

# O significado da tuberculose pulmonar para a pessoa que adoece e seus comunicantes

## RESUMO

Objetivou-se identificar o significado da tuberculose pulmonar para a pessoa que adoece e seus comunicantes. Estudo de abordagem qualitativa sendo os dados coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo Temática. Participaram da pesquisa 14 pessoas e foram depreendidas duas categorias: A representação da tuberculose pulmonar para o doente e para seus comunicantes e A atenção dispensada pelos serviços de saúde. Significaram a tuberculose à imagem que a pessoa adoecida apresenta com seu aspecto deteriorado; o medo acerca da transmissão da doença e; a sua relação com a morte. Em relação a atenção dispensada pelos serviços de saúde observou-se olhar discreto às equipes de Atenção Primária à Saúde e a valorização do serviço prestado pelo Serviço de Referência em Tuberculose, com destaque ao acolhimento e vínculo presentes na relação usuários-profissionais de saúde.

**DESCRITORES:** Tuberculose; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem.

## ABSTRACT

The aim was to identify the meaning of pulmonary tuberculosis for the sick person and their communicators. Qualitative approach study being the data collected through semi-structured interviews and analyzed by the Thematic Content Analysis technique. Fourteen people participated in the research and two categories were identified: The representation of pulmonary tuberculosis for the patient and their communicators and The attention given by the health services. They meant tuberculosis in the image that the sick person presents with its deteriorated aspect; the fear about the transmission of the disease and; its relation to death. Regarding the attention given by the health services, we observed a discreet look at the Primary Health Care teams and the appreciation of the service provided by the Tuberculosis Reference Service, with emphasis on the welcoming and bonding present in the users-health professionals relationship.

**KEYWORDS:** Tuberculosis; Qualitative Research; Nursing.

## RESUMEN

El objetivo fue identificar el significado de tuberculosis pulmonar para la persona enferma y sus comunicadores. El estudio de enfoque cualitativo es la información recopilada a través de entrevistas semiestructuradas y analizada por la técnica de Análisis de contenido temático. Catorce personas participaron en la investigación y se identificaron dos categorías: la representación de la tuberculosis pulmonar para el paciente y sus comunicadores y la atención prestada por los servicios de salud. Se referían a tuberculosis en la imagen que presenta la persona enferma con su aspecto deteriorado; el miedo a la transmisión de la enfermedad y; su relación con la muerte. Con respecto a la atención brindada por los servicios de salud, observamos una mirada discreta a los equipos de Atención Primaria de Salud y la apreciación del servicio brindado por el Servicio de Referencia de Tuberculosis, con énfasis en la acogida y el vínculo presente en la relación entre usuarios y profesionales de la salud.

**PALABRAS CLAVE:** Tuberculosis; Investigación Cualitativa; Enfermería.

RECEBIDO EM: 07/10/2019 APROVADO EM: 09/10/2019

### Carlos Sérgio Barbosa de Souza

Enfermeiro. Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Vitória da Conquista-BA.

### Gislaine Machado dos Santos

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho e em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica, Paragominas-PA.

### Aline Russomano de Gouvêa

Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Fundação Educacional de Fernandópolis, Fernandópolis-SP.

## Michela Macedo Lima Costa

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Vitória da Conquista-BA.

## Adriana Luiz Sartoreto Mafra

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Santa Fé do Sul-SP.

## José Martins Pinto Neto

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Fernandópolis-SP.

## Edirlei Machado dos Santos

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas (UFMS/CPTL).

## INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar continua sendo um problema de saúde pública e uma preocupação dos serviços de saúde no Brasil e no mundo. É uma doença, dentre as transmissíveis, que mais provoca mortes. Em 2013, estimava-se que nove milhões pessoas desenvolveriam tuberculose e, deste total, 1,5 milhão morreriam, sendo que 360.000 seriam HIV-positivos<sup>(1)</sup>.

O ano de 2015 tornou-se um marco na história da tuberculose, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs acabar com a doença como um problema de saúde pública. O recrudescimento da doença em virtude da epidemia de AIDS e os seus efeitos devastadores nas pessoas vivendo com o HIV – dentre eles a alta letalidade e o aumento de casos de multidrogarresistência – e a concentração da tuberculose em populações vulneráveis, socialmente, induziram à priorização no combate à doença em nível global<sup>(2)</sup>.

Tal situação pode ser explicada uma vez que a tuberculose apresenta-se como uma doença negligenciada cujo perfil se associa à vulnerabilidade de ordem social como situação de pobreza, precárias condições de vida e as iniquidades em saúde. Num país como o Brasil, deve-se considerar a magnitude das desigualdades sociais que tornam vulneráveis os indivíduos à manifestação da doença<sup>(3)</sup>.

No Brasil, o diagnóstico tardio e as fragilidades de acesso aos serviços de saúde associados à qualificação dos profissionais, especialmente os que atuam nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), têm se mostrado como nós críticos a serem desfe-

tos, na busca pela melhoria dos coeficientes de incidência, prevalência e das taxas de abandono do tratamento medicamentoso<sup>(4)</sup>.

Acerca da qualificação profissional, tal aspecto é fundamental para o avanço da implementação e desenvolvimento de ações que agreguem à melhoria da qualidade da atenção à tuberculose, prática que deveria ser melhor enfatizada desde a Graduação<sup>(5)</sup>.

Outro aspecto importante relaciona-se à falta de adesão das pessoas adoecidas ao tratamento medicamentoso, situação que constitui um dos maiores obstáculos para o alcance da cura, sendo este um desafio no processo de controle da doença. Mesmo com a oferta do tratamento garantido pelo Estado, tal cenário requer atenção especial dos gestores e profissionais de saúde com vistas ao enfrentamento da tuberculose na atualidade<sup>(6)</sup>. O abandono do tratamento torna-se um grande problema para obtenção da cura, uma vez que a infecção permanece e contribui para o aumento da mortalidade e de taxas de recidiva, corroborando para o desenvolvimento de cepas ou bacilos muito resistentes<sup>(7)</sup>.

A tuberculose ainda causa certo temor por ser expressão de algo que é socialmente digno de censura, bem como por representar o estágio último de miséria humana. Desta forma, permanece no imaginário social e, como forma de relação da sociedade com o usuário doente, o processo de estigmatização da doença e do doente<sup>(8)</sup>.

Nesta perspectiva, alguns usuários adoecidos por tuberculose pulmonar encontram dificuldades de conviver em sociedade, sendo o estigma o elemento principal. Tal situação pode ser explicada pela falta

de conhecimento sobre a doença, a transmissão e a existência de um tratamento seguro e eficaz que possibilita a cura. Tanto para a pessoa que adoece, quanto para seus comunicantes, há fragilidades que os impedem de desenvolverem o enfrentamento do problema, pelo aspecto estigmatizante que a tuberculose traz em sua construção sócio-histórica, o que pode contribuir para que a pessoa adoecida omita seu problema de saúde e, em alguns casos, opte pelo não tratamento<sup>(9)</sup>.

Diante do contexto apresentado, os questionamentos que nortearam o desenvolvimento da presente pesquisa foram: Qual o significado da tuberculose pulmonar para a pessoa que adoece? Qual o significado para o comunicante de ter um membro da família adoecido por tuberculose pulmonar? O que pensam os usuários doentes de tuberculose pulmonar e os seus comunicantes domiciliares sobre o atendimento ofertado pelos serviços de saúde? Objetivou-se identificar o significado da tuberculose pulmonar para a pessoa que adoece e aos seus comunicantes.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de natureza exploratória e descritiva. O método qualitativo permite a revelação de processos sociais referentes a um grupo particular estudado. Conhecer a história, as relações, percepções, opiniões, crenças e interpretações construídas pela população sobre o meio e sobre si mesmo, caracterizam a pesquisa qualitativa, justificando a escolha de tal método para esta pesquisa<sup>(10)</sup>.

Existe, neste tipo de pesquisa, uma preocupação com a qualidade das informações. Procura-se uma compreensão particular, não se ocupando com generalizações, leis ou princípios, sua atenção está no peculiar, nas especificidades, almejando compreender o fenômeno em estudo por meio da análise de crenças, atitudes, sentimentos e motivações dos indivíduos estudados<sup>(11)</sup>. São justamente os significados, pontos de vista, vivências e percepções dos usuários adoecidos e seus comunicantes que subsidiaram o presente estudo.

É exploratória à medida que proporciona maior proximidade e familiaridade com a questão proposta, tendo como objetivo torná-la mais evidente e constituir hipóteses ao seu respeito, tendo em vistas o aprimoramento de ideias bem como a descoberta e confirmação de intuições. É descritiva por ter como característica a descrição de atitudes e opiniões<sup>(12)</sup>.

O estudo foi desenvolvido em um município do Sudoeste do Estado da Bahia. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014, o município possui uma população estimada de 340.199 habitantes para uma área total de aproximadamente 3.704 Km<sup>2</sup>.

Os índices econômicos e sociais atestam o desenvolvimento da cidade. O Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE) passou do 11º lugar no ranking baiano no ano de 1996, para 9º lugar no ano de 2000. O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) apresentou melhora significativa, passando do 24º para o 6º lugar. E em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o da cidade foi a que apresentou uma melhoria mais significativa comparada aos demais municípios baianos<sup>(13)</sup>.

A amostra representa um subconjunto de um universo ou da população, por meio do qual se estabelece ou estimam-se as características desse universo<sup>(14)</sup>. Nesta perspectiva, a amostra qualitativa ideal, aquela que reflete as múltiplas dimensões de um objeto, ou seja, na amostragem em pesquisa qualitativa, o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e com a diversidade no processo de compreensão<sup>(10)</sup>.

Nesta vertente, a amostra empregada na presente pesquisa foi constituída por usuários em tratamento para tuberculose pulmonar e os seus comunicantes. Os participantes do estudo foram identificados a partir do registro de casos no serviço de Dermatologia e Pneumologia Sanitária, diagnosticados com tuberculose pulmonar e que tivessem facilidade de expressividade verbal no fornecimento de informações relevantes acerca do objeto de estudo<sup>(15)</sup>.

Uma das características que mais diferenciam a pesquisa qualitativa da quantitativa em relação à amostragem é a quantidade de participantes pesquisados. Neste contexto, ressaltam que em pesquisas qualitativas não se trabalha com números e estatísticas em relação a um universo de indivíduos, tornando, desta forma, o tamanho da amostra não essencial<sup>(15)</sup>.

O dimensionamento da quantidade de participantes para compor a amostra da presente pesquisa seguiu o critério de saturação<sup>(10)</sup>. Deste modo, enquanto houver “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas para a investigação em curso, as entrevistas precisam continuar sendo feitas. Em outras palavras, o fechamento amostral por saturação teórica compreendeu a suspensão de novos participantes na pesquisa a partir da redundância dos dados já coletados<sup>(16)</sup>.

A coleta de dados aconteceu entre maio e junho de 2015, nos domicílios dos participantes, a partir da técnica de entrevista individual semiestruturada, o que possibilitou a flexibilidade durante as entrevistas, sem se prender às indagações formuladas<sup>(10)</sup>, mediante a utilização de um roteiro norteador e um gravador digital para registro dos dados. Tal roteiro foi composto por duas partes, sendo que na primeira constavam informações que possibilitaram fazer a caracterização dos participantes da pesquisa e a segunda formada por questões norteadoras referentes ao objeto de estudo. As entrevistas foram agendadas previamente, via telefone, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (CEP/UFBA), com parecer sob n.º 1.022.173, CAAE 42625515.7.0000.5556, de 14 de

abril de 2015 e da anuência dos participantes.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, técnica comumente utilizada em pesquisas de cunho qualitativo. Bardin<sup>(17:37)</sup> conceitua tal forma de análise como:

*“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.*

A operacionalização da Análise de Conteúdo dispõe de distintas técnicas, entretanto, na presente pesquisa, foi empregada a técnica de Análise Temática, por ser considerada a mais adequada para estudos qualitativos que tratam de questões referentes ao universo saúde<sup>(10)</sup>.

A Análise Temática baseia-se na descoberta dos núcleos de sentido presentes na comunicação, ou seja, nos temas. O tema configura-se como uma unidade de registro que corresponde aos recortes de sentido e é geralmente utilizado no estudo de opiniões, valores e percepções. Respostas a questões abertas e as reuniões grupais, o que ocorrerá no estudo proposto, são constantemente interpretadas tendo como base o tema<sup>(17)</sup>. A Análise Temática subdivide-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação<sup>(10)</sup>.

A pré-análise consistiu basicamente na fase de organização do material, na qual foi estabelecido um contato direto e profundo com os dados levantados de modo que o pesquisador se sentiu invadido por seu conteúdo. O material pode ser analisado respondendo a algumas normas de validade e confiabilidade, representadas pela exaustividade, representatividade e homogeneidade.

Na etapa de exploração do material, as

ideias foram classificadas e agrupadas com o intuito de que o núcleo de compreensão do texto fosse alcançado. Inicialmente, foram feitos recortes de unidades de sentido, ou seja, de expressões significativas. Posteriormente, os pesquisadores designaram a forma de codificação a ser utilizada e por fim agregaram os dados por meio de categorias teóricas ou empíricas.

Na última etapa, foram feitas inferências à medida que as interpretações foram sendo realizadas. Neste momento, ocorreu o estabelecimento de relações com as teorias pensadas anteriormente, bem como, a abertura para novas visões interpretativas.

Na apresentação e discussão das categorias temáticas, os recortes temáticos empregados correspondem às falas dos usuários em tratamento e seus comunicantes. Alguns vícios de linguagem foram suprimidos com o intuito de melhorar o estilo linguístico do texto oriundo das falas dos participantes do estudo, no entanto, mantivemos palavras que pudessem apresentar um significado próprio acerca dos objetivos do presente estudo. Os recortes dos fragmentos das falas estão apresentados com uma letra e um número, sendo que a letra “D” corresponde aos fragmentos das falas dos usuários em tratamento para a tuberculose pulmonar e a letra “C” para os comunicantes domiciliares dos casos de tuberculose. Os números correspondem à ordem em que as entrevistas foram realizadas.

## RESULTADOS

Participaram da presente pesquisa 14 pessoas, sendo 07 pessoas adoecidas e em tratamento medicamentoso para tuberculose pulmonar e 07 pessoas comunicantes de pessoas adoecidas pela tuberculose. Deste total, 06 doentes eram homens e 01 mulher. Quanto aos comunicantes, todos os entrevistados eram do sexo feminino.

A seguir estão apresentados os dados que conformam o perfil sociodemográfico da amostra estudada e as categorias temáticas construídas.

Em relação aos usuários em tratamento, todos encontravam-se em tratamento com duração prevista de seis meses, destes cinco

em esquema de Tratamento Diretamente Observado (TDO) e um com esquema auto-administrado.

Nenhum dos 07 usuários adoecidos apresentava história pregressa de tratamento medicamentoso para tuberculose pulmonar. Todos realizaram baciloscopia de escarro e radiografia de tórax no momento do diagnóstico, e afirmaram realizar baciloscopia mensal de controle.

Quanto aos participantes da pesquisa e que se apresentaram na condição de comunicantes, 06 passaram por avaliação após o diagnóstico de tuberculose pulmonar do familiar, apenas 01 não tinha feito, entretanto, o atendimento já estava agendado no serviço de Dermatologia e Pneumologia Sanitária do município cenário do estudo.

Dos 07 comunicantes, nenhum fez tratamento para Infecção Latente por Tuberculose (ILT) e não apresentava história pregressa anterior da doença.

Em relação aos resultados oriundos da análise temática das falas dos participantes do estudo, foram depreendidas duas categorias temáticas: A representação da tuberculose pulmonar para o doente e para seus comunicantes e A atenção dispensada pelos serviços de saúde.

## DISCUSSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, sobre o esquema de tratamento utilizado, 06 participantes encontram-se em uso do esquema de TDO. Tal aspecto está em consonância com a recomendação do Ministério da Saúde, uma vez que o TDO é caracterizado pela supervisão da ingestão dos medicamentos na Unidade de Saúde ou no domicílio do doente.

Para que o esquema de tratamento adotado seja o supervisionado, a ingestão dos medicamentos deve ser por um profissional de saúde ou por familiar orientado para tal atividade. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para a decisão de que o tratamento foi supervisionado, convencionou-se que, no mínimo, 24 tomadas da medicação tenham sido diretamente observadas na fase de ataque (dois primeiros

meses) e 48 doses na fase de manutenção - 4 meses subsequentes<sup>(18)</sup>.

Dos participantes da pesquisa (07) que se enquadravam na condição de comunicante de caso de tuberculose pulmonar, apenas um (01) ainda não tinha passado por avaliação pelos serviços de saúde, entretanto, já dispunha de data para tal atendimento no Centro de Pneumologia Sanitária do município cenário do estudo.

Neste contexto, comunicante é definido como toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice, no momento do diagnóstico da tuberculose. Esse convívio pode se dar em casa e/ou em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição<sup>(19)</sup>.

A atividade de controle de contatos deve ser considerada uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e contribuir para o diagnóstico precoce dos casos de doença ativa nesta população. O controle de contato deve ser realizado fundamentalmente pela atenção básica. Os serviços devem se estruturar para que esta prática de grande repercussão para o controle da tuberculose seja otimizada<sup>(19)</sup>.

A organização da atenção à família de pessoas com tuberculose bacilífera está relacionada ao cumprimento de diretrizes contempladas no Plano Nacional de Controle da Doença (PNCT). Deve ser realizada, prioritariamente, entre os comunicantes intradomiciliares das pessoas adoecidas com doença pulmonar e resultado de baciloscopia positiva<sup>(19,20)</sup>.

Nos serviços que já realizam controle de comunicantes, esforços adicionais devem ser feitos para ampliação do cuidado entre os assintomáticos e também a instituição do tratamento da ILT (quimioprofilaxia secundária), quando indicado<sup>(19)</sup>.

Salienta-se que no município cenário da presente pesquisa, as ações de controle dos comunicantes, bem como as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento ficam sob a responsabilidade do Centro de Pneumologia Sanitária. Nesta vertente, em

outro estudo<sup>(20)</sup>, realizado em Pelotas-RS, cuja investigação tomou como objeto de estudo a avaliação dos comunicantes de casos de tuberculose, os autores identificaram a necessidade de desenvolvimento de uma política local de APS, empenhada com o usuário adoecido e seus comunicantes, com o intuito de contribuir para o diagnóstico precoce, a avaliação clínica adequada dos contatos e, conseqüentemente, a interrupção da cadeia de transmissão da doença em tempo oportuno.

### A representação da tuberculose pulmonar para o doente e seus comunicantes

A presente categoria foi construída a partir dos núcleos de sentido que deram significado à forma como a doença é percebida, tanto para a pessoa que adoece, quanto para a pessoa que convive com o usuário adoecido.

Nesta perspectiva, a percepção é sempre uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de sentido e tem sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo e de nossas vivências<sup>(21)</sup>. Destarte, o mundo percebido é qualitativo, significativo, estruturado [...] onde as pessoas dão às coisas percebidas novos sentidos e novos valores, uma vez que as coisas fazem parte da vida cotidiana das pessoas e estas interagem com o mundo.

Ao serem indagados a falarem sobre o significado/representação que a tuberculose pulmonar tem, emergiram nas falas dos participantes da pesquisa elementos que estão relacionados a: (des) conhecimento da doença; “fotografia” da pessoa com tuberculose; preocupação com a transmissão e; a tuberculose e sua relação com a morte.

A falta de conhecimento sobre a doença é um aspecto que contribui de forma negativa para a construção simbólica que cada pessoa faz de determinado elemento ou situação. As transições na imagem da tuberculose, do século XIX para o século XX, não evidenciam apenas dificuldades de conceituação acerca de suas origens e métodos de tratamento, mas mostram questões relativas ao comportamento das pessoas adoecidas e a reação da coletividade ao fenôme-

no patológico. Deste modo, a tuberculose conforma-se como uma doença repleta de significação em função das expressões do desejo coletivo de reorganização da ordem social<sup>(8)</sup>.

*“Ninguém nunca tinha me falado sobre isso [tuberculose], não conhecia. [...] Eu sentia que o cigarro estava me fazendo mal, achava que era por conta do cigarro. Notei que estava perdendo peso e quando comecei a ficar sem apetite, vi que não estava bom. O pessoal [conhecidos], falou que eu não podia trabalhar, nem tomar poeira e nem sol [...]” (D3).*

*“[...] Não tenho muito conhecimento sobre a tuberculose, ela é uma coisa que a gente tem que se cuidar desde o início [...]” (C3).*

O desconhecimento da doença mostra-se como um sério problema para os participantes da pesquisa, sejam doentes ou comunicantes, uma vez que existem tabus e informações estereotipadas acerca da tuberculose, o que contribui significativamente para a manutenção do tratamento, os cuidados a serem desenvolvidos em relação ao processo e até mesmo a adaptação das pessoas adoecidas à sociedade<sup>(22)</sup>.

O aspecto simbólico que a doença produz traz à tona as representações e significados que os participantes da pesquisa têm da mesma. Nesta vertente, os participantes trouxeram em suas falas elementos “fotográficos” que identificam a pessoa adoecida com tuberculose. Os fragmentos das falas a seguir retratam tal imagem.

*“Quando peguei a doença, procurei a minha irmã porque estava fraco, parecia um doente de cemitério porque emagreci demais, tudo que comia vomitava [...]” (D1).*

*“Quero que essa doença suma daqui que não pegue em mais ninguém porque é uma doença que judia. Porque eu vejo o sofrimento dele [irmão com tuberculose], e tem uma mulher*

*[vizinha] na rua de baixo que lava para mim pra eu ter paciência com ele [irmão adoecido] que ela [vizinha] já cuidou de um senhor assim e, é uma doença que judia demais [...]” (C3).*

*“[...] eu estava feio na foto, fiquei com medo de acontecer isto” (D5).*

O aspecto físico deteriorado pela manifestação da doença ganhou grande visibilidade na fala dos participantes do estudo, como evidenciado por meio dos fragmentos das falas de D1 e C3. A tuberculose foi representada/significada pelos participantes do estudo como uma realidade ameaçadora que afeta e incapacita a pessoa adoecida e, concomitantemente, torna-se capaz de provocar mudanças no espaço familiar e na relação que se estabelece entre os sujeitos com o mundo e consigo mesmo.

Tal aspecto faz com que o medo passe a gerar um sentimento de impotência que se torna mais robusto do que o próprio usuário adoecido, o que pode provocar a desconfiguração de sua identidade relacionada à perda de controle da situação, simultaneamente às limitações oriundas da doença<sup>(19)</sup>. Deste modo, o indivíduo se afasta da razão e oculta suas atitudes acerca do enfrentamento da doença que o mesmo experientia<sup>(23)</sup>.

Ademais, o medo da transmissibilidade da doença emergiu como uma das preocupações tanto para as pessoas que adoeceram, como para os seus comunicantes.

*“[...] Eu fiquei com medo, me veio muitas coisas à cabeça porque diz que é uma doença [tuberculose] que pega [...] separei todas as coisas dele [doente] e das outras pessoas daqui [familiares], copo, pratos, aqui tem crianças, é mais fácil de pegar a doença” (C4).*

*“[...] No início eu tive medo, cheguei para ela [doente] e disse: Você separa um copo e um prato pra você, meu medo era de passar para outras pessoas” (C6).*

*“[...] Quando falaram que eu estava com tuberculose fiquei com medo porque eu nunca tive isso [tuberculose], e fiquei com medo de pegar em minha mãe, em meu marido e em minha irmã e, prejudicá-los [...]” (D5).*

*“[...] ficava só de máscara, eu até gostava [de usar máscara] e depois de 4 meses a médica me pediu para não usar mais porque não precisava. Usava o tempo inteiro até que um dia eu fui lá [centro de referência em tuberculose] e a médica mandou eu tirar porque não precisava mais usar, nem na minha casa. Porque tinha melhorado, e eu não estava tossindo mais, aquele catarro preto-amarelado era porque eu fumava [...]” (D7).*

Os recortes das entrevistas anteriores evidenciam como torna-se fragilizada a inserção da pessoa adoecida por tuberculose em um grupo, neste caso, o núcleo familiar, amplia a preocupação e o medo de que outra pessoa próxima adoça em decorrência de um processo de transmissão. Tal sentimento se exacerba à medida em que a pessoa adoecida assume a culpabilidade pela transmissão da doença, situação que pode provocar certo desgaste psíquico na pessoa adoecida e em seus comunicantes.

A preocupação na separação de utensílios pessoais usados pela pessoa adoecida e o uso de máscaras emergiram como elementos inerentes ao medo de transmissão da doença, tanto na percepção de doentes como seus comunicantes. A preocupação em separar os utensílios domésticos também foi identificada em outro estudo<sup>(24)</sup>. Nesta perspectiva, observa-se que a presente representação relaciona-se ao que se cristalizou no senso comum e é ratificada pelos próprios comunicantes de usuários adoecidos com tuberculose, quando afirmam ser uma doença contagiosa<sup>(24)</sup>.

Tal aspecto pode ser considerado antagônico, uma vez que pode ser compreendi-

do, concomitantemente, como uma forma de cuidado dispensado ao doente e como uma prática que contribui para o estigma à pessoa adoecida. Deste modo, a tuberculose faz emergir uma série de sentimentos diretamente relacionados às repercussões da doença acerca do processo de produção social e tudo o que dele pode emanar<sup>(24,25)</sup>.

Outro elemento presente nas falas dos participantes foi a relação tuberculose-morte. O aspecto físico comprometido, a experiência vivenciada pelos mesmos e o saber oriundo da construção sócio-histórica que cada participante da pesquisa tem sobre a doença contribuíram para a associação da doença à morte. Os recortes das falas a seguir ilustram tal representação.

*“[...] Para mim é um horror [risos], no começo é bem levezinha [quadro da doença], mas depois que vai avançando pensei que iria morrer. Acho que é um horror porque maltrata muito, eu não conseguia nem ficar sentada, só deitada, sentia fraqueza e a tosse que era demais. Tinha vontade de comer e não conseguia” (D2).*

*“Pra ser sincero, eu quase perdi a razão de viver, porque é uma doença [tuberculose] muito pesada, pode levar até a morte. Eu mesmo me isolei e virei um ninguém em casa. Não notei preconceito por parte das pessoas, eu mesmo que tinha preconceito de mim e me isolei” (D6).*

*“[...] conhecia a tuberculose das novelas, que era grave e as pessoas cuspiam sangue e morriam por não ter tratamento, era isso que passava na minha cabeça” (C2).*

*“[...] é uma doença maldita, e eu me sentia muito isolado, ela [tuberculose] maltrata, nós pensamos que todo mundo que tinha tuberculose morria, porque nos filmes que passavam na televisão mostravam que as pessoas com tuberculose morriam sempre no final do filme, mas hoje eu sei*

*que se tratar direitinho tem 100% de cura” (D3).*

Tal circunstância pode ser explicada, uma vez que as pessoas adoecidas experimentam não apenas a sensação de apartamento da vida social, mas, talvez muito mais tragicamente, a de rompimento entre seus corpos e seus espíritos. Deste modo, o que torna atraente na vida dos indivíduos é a maneira como buscam situar-se tanto em relação a um mundo saturado de terríveis alegorias acerca de sua condição, quanto em relação aos processos físicos e mentais instituídos pela doença<sup>(8)</sup>.

O (des) conhecimento da doença, a “fotografia” da pessoa com tuberculose, a preocupação com a transmissão e a tuberculose e sua relação com a morte discutidos na presente categoria temática e que deram significado/representação à doença são elementos que podem associar-se ao estigma que a doença ainda carrega.

Neste contexto, para a sociedade, a doença tem um sentido, uma vez que a mesma funciona como significante social<sup>(26)</sup>. No caso, especificamente da tuberculose, sua representação sempre esteve repleta de sentidos ambíguos no decorrer da história, podendo estar ainda associada ao último estágio da miséria humana<sup>(27)</sup>. O registro de um número maior de casos nas classes desfavorecidas faz com que a tuberculose ainda evoque ideias presentes no imaginário popular e, conseqüentemente, uma associação da doença a hábitos socialmente censurados, para exemplificar, o abuso de álcool e comportamentos sociais indesejáveis<sup>(27)</sup>.

As pessoas estigmatizadas, geralmente, internalizam um determinado sentimento e passam a adotar um conjunto de atitudes que comprometem a sua autoestima, como vergonha, isolamento, desgosto e culpa<sup>(28)</sup>. Tais atitudes podem levar a comportamentos que desamparam a busca pelo tratamento e favorecem a disseminação da doença, bem como a ocultação da doença nas suas relações interpessoais ou mesmo a exacerbação dos comportamentos de risco.

### A atenção dispensada pelos serviços de saúde

A presente categoria temática foi de-

preendida com o intuito de identificar as percepções dos participantes da pesquisa, doentes e seus comunicantes sobre os serviços de saúde e a atenção dispensada pelos mesmos, especificamente no que se refere às ações de controle da tuberculose no município cenário de estudo. Foram analisados elementos que representam: a (in) visibilidade dos serviços da APS, o serviço especializado como referência para os usuários e o acolhimento e vínculo como potencialidades no processo de cura.

Em relação à estrutura dos serviços de saúde no controle da tuberculose, os serviços de APS devem representar a principal “porta de entrada” para os usuários dos serviços públicos de saúde, à exceção dos casos mais complexos e que exijam intervenção imediata de um equipamento de saúde de maior complexidade tecnológica de atenção à saúde.

Os participantes da pesquisa trouxeram em suas falas a participação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ao longo de seu processo de tratamento, bem como o encaminhamento feito pelo profissional médico do usuário com quadro clínico suspeito de tuberculose ao serviço de referência que o município dispõe. Ambos aspectos foram os únicos presentes nas falas e que representaram a participação dos serviços da APS em relação ao Programa de Controle da Tuberculose, o que conferiu certa (in) visibilidade aos serviços da APS, fato preocupante uma vez que estes serviços deveriam ser a principal referência para os usuários.

O equipamento de saúde referência para o diagnóstico, tratamento, acompanhamento em tuberculose que mais emergiu nas falas dos participantes do estudo foi o centro de referência em tuberculose do município, como identificado nos recortes das falas a seguir:

*“Lá [centro de referência em tuberculose] foi muito bom, foi ótimo e está sendo bom, ela [filha em tratamento] é bem tratada, eu não vou lá [centro de referência em tuberculose] porque não dá para eu acompanhá-la porque eu trabalho e não tem como eu sair, mas, ela [filha em tra-*

*tamento] vai e eles [centro de referência em tuberculose] ajudaram a gente umas duas vezes, com a meta-de de uma cesta básica, mas, como a agente de saúde não está vindo aqui em casa, eles [centro de referência em tuberculose] não estão dando mais [a cesta básica] [...]” (C1).*

*“No Centro de Referência. O médico aqui do posto [Unidade Básica de Saúde] que me encaminhou. O acompanhamento é feito lá [centro de referência em tuberculose] e eles passaram tudo para a agente de saúde, ela que sempre vem ver se estou tomando o remédio” (D4).*

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, prevê-se que as unidades de saúde de APS incorporem aos seus processos de trabalho a responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de controle da tuberculose. Sob este aspecto, espera-se que os profissionais que compõem tais equipes sejam capazes de identificar na área adstrita os usuários que apresentem tosse por três semanas ou mais - sintomático respiratório<sup>(29)</sup>, acolhê-los e dispensar toda a atenção necessária com o intuito de garantir o diagnóstico, o tratamento e acompanhamento dos usuários adoecidos e seus comunicantes.

Embora os serviços da APS sejam os responsáveis diretos por desenvolverem as ações propostas pelo Programa de Controle da Tuberculose, no município cenário do estudo tal responsabilidade fica sob a tutela do Centro de Referência em Pneumologia Sanitária. Tal prática desqualifica o papel da APS, exacerba as atribuições do centro de referência e, concomitantemente, dificulta o deslocamento dos usuários e seus comunicantes em busca de uma produção de cuidados inerente ao controle da doença e que deveriam estar sendo desenvolvidos pelos serviços do território onde estes vivem.

Apesar dos avanços emanados com a descentralização das ações de controle da tuberculose, observa-se o discreto protagonismo dos serviços da APS no diagnóstico da doença. Tal aspecto apresenta proble-

mas, principalmente acerca do acesso, isto é, à forma como o usuário experimenta o serviço de saúde. O acesso está voltado mais à resolutividade do que à dimensão geográfica e envolve aspectos sociodemográficos, culturais e prevalência das dificuldades relacionadas à organização e planejamento das ações de saúde<sup>(30)</sup>.

Deste modo, face a situação percebida, destaca-se que a incorporação das ações de controle da tuberculose nos serviços de APS exige a conscientização, o envolvimento, a integração e a articulação permanente dos responsáveis pelo controle da doença nos distintos níveis dos serviços de saúde, para a efetivação de políticas, planejamento, avaliação e adequação do conjunto de estratégias e tecnologias adotadas, especificamente no nível municipal, cenário onde ocorre de fato a implementação das políticas públicas de saúde<sup>(29)</sup>.

No recorte da fala de D4 existe menção à distribuição de cesta básica como forma de incentivo à adesão ao tratamento medicamentoso. Tal forma de incentivo dispensada aos usuários em TDO foi identificada em outro estudo<sup>(22)</sup>.

Outros aspectos que representaram os serviços de saúde, a partir dos fragmentos extraídos das falas dos participantes da pesquisa, foram o acolhimento e o vínculo construídos com os profissionais do Centro de Referência em Pneumologia Sanitária:

*“[...] Eu gostei demais, as meninas [profissionais do centro de referência em tuberculose] são muito legais, elas nos tratam muito bem, a médica é ótima, pode ser qual for a idade ela trata como um bebê, se eu souber de alguém com este problema eu envio para lá [centro de referência em tuberculose]” (C5).*

*“[...] Se algum dia eu conhecer alguma pessoa com os sintomas da doença eu já encaminhado para lá [centro de referência em tuberculose] para fazer os exames, porque quanto mais cedo a pessoa descobrir, melhor” (C7).*

Neste caso, a busca do usuário e seus co-

municantes por determinado equipamento de saúde depende diretamente de como estes são recebidos pelos serviços e da estrutura e qualificação que tais serviços dispõem para garantir o atendimento às demandas de saúde daqueles que por estes procuram.

O acolhimento envolve um comprometimento, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana empática e respeitosa ao usuário. Possibilita a avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais que necessitam ser consideradas<sup>(31)</sup>. É mais do que uma triagem qualificada ou, pressupõe uma articulação constituída pela identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, redução da centralidade nas consultas médicas e melhor utilização do potencial dos demais profissionais que compõem as equipes de saúde<sup>(32)</sup>.

Deste modo, a produção de atos em saúde deve se concretizar pautada no respeito ao outro como um ser autônomo e digno, a partir da compreensão dos limites dos sujeitos envolvidos nessa relação, das singularidades de cada um, bem como as especificidades das necessidades apresentadas em cada momento, retratam um atendimento humanizado e simultaneamente comprometido com os usuários<sup>(33)</sup>.

## CONCLUSÃO

A tuberculose pulmonar ainda se constitui como a principal forma da doença e continua sendo um problema de saúde pública e um desafio para gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde.

Na presente pesquisa, buscou-se identificar e analisar o significado que as pessoas adoecidas e seus comunicantes dão à mesma e aos serviços de saúde que desenvolvem ações de controle da doença no município cenário de estudo.

A tuberculose permanece, na atualidade, segundo os participantes do estudo, de elementos que evidenciam o aspecto físico deteriorado da pessoa que adoece, o medo exacerbado com a transmissão, principalmente no núcleo familiar e sua associação à morte, mesmo com o conhecimento da existência da cura da mesma. Tais aspectos contribuem para posturas e práticas ainda estigmatizantes oriundas, sobretudo, da construção sócio-histórica que a doença apresenta.

A partir das falas de doentes e comunicantes, observou-se uma discreta participação dos serviços de APS e um destaque aos serviços de referência em tuberculose do município estudado, o que evidencia, segundo as percepções dos participantes do estudo, uma fragilidade no processo de descentralização dos serviços de tuberculose

para as equipes de APS.

Outro aspecto estudado foi a busca pela forma como os participantes do estudo apresentam os serviços de saúde em relação ao tratamento e controle da tuberculose. Neste contexto, usuários adoecidos com tuberculose pulmonar e seus comunicantes perceberam os serviços de saúde, a partir de uma participação ínfima dos serviços da APS como agregadores ao processo de cura e controle da doença, com destaque neste cenário ao encaminhamento do usuário ao serviço de referência, feito pelo profissional médico e à figura do ACS no acompanhamento do usuário em TDO.

O acolhimento e o vínculo presentes nas falas dos entrevistados evidenciam que a forma como os profissionais de saúde os recebem e os abordam são elementos que adquirem relevância no processo de acompanhamento e cura.

Portanto, os resultados da presente pesquisa convergem para a necessidade de descentralização dos serviços de controle da tuberculose para as equipes de APS e, concomitantemente, potencializar a desconstrução do estigma social ainda presente, em que usuários adoecidos e comunicantes ainda se esbarram. ■

\*O presente trabalho contou com o apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report [Internet]. 2014 [acesso em 15 jun 2015]; 118. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1).
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
3. Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance? Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2008 [acesso em 15 out 2015]; 16(4):659-664. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400002&lng=en).
4. Scatena LM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 13 nov 2016]; 43(3):389-397. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300001&lng=en).
5. Carvalho CF, Ponce MAZ, Silva-Sobrinho RA, Mendez RDR, Santos MA, Santos EM, et al. Tuberculosis: knowledge among nursing undergraduate students. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 07 out 2019]; 72(5):1279-1287. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000501279&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501279&lng=en).
6. Wendling APB, Modena CM, Schall VT. Tuberculose: o estigma na visão de gerentes de centros de saúde de Belo Horizonte, MG-Brasil. Cad Esc Saúde Pública. 2010; 4(2):11-18.
7. Natal S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. Bol. Pneumol. Sanit. [Internet]. 1999 [acesso em 12 set 2015]; 7(1):65-78. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000501279&lng=en](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501279&lng=en).



## REFERÊNCIAS

- d=S0103-460X1999000100007&lng=pt.
8. Pôrto A. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso em 12 out 2015]; 41(Suppl1):43-49. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800007&lng=en).
9. Gonçalves H. Peste Branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.
11. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saude soc.* [Internet]. 2004 [acesso em 03 ago 2015]; 13(3):44-57. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en).
12. Gil AC. Como classificar as pesquisas? In: Gil A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. p.41-57.
13. Vitória da Conquista. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. História. [Internet]. [acesso em 01 out 2014]. Disponível em: <http://www.pmvc.com.br/v1/conteudo/9/historia.html>.
14. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2012. 200 p.
15. Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2002 [acesso em 13 nov 2015]; 36(4):439-447. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000400009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400009&lng=en).
16. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesqui.* [Internet]. 2002 [acesso em 13 nov 2015]; 115:139-154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010015742002000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742002000100005&lng=en&nrm=iso).
17. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70; 2004. 223 p.
18. Ministério da Saúde (BR). Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 168 p.
19. Ministério da Saúde (BR). Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 284 p.
20. Lima LM, Schwartz E, Cardozo Gonzáles RI, Harter J, Lima JF. The tuberculosis control program in Pelotas/RS, Brazil: home contact investigations. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2013 [acesso em 15 set 2015]; 34(2):102-110. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200013&lng=en).
21. Chauí M. Convite à filosofia. 14. ed. São Paulo: Ática; 2012. 520 p.
22. Vendramini SHF, Villa TCS, Palha PF, Monroe AA. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. *Bol. Pneumol. Sanit.* [Internet]. 2002 [acesso em 13 nov 2015]; 10(1):5-12. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-460X2002000100002&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-460X2002000100002&lng=pt).
23. Francioni FF. Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus. Dissertação [Mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
24. Clementino FS, Martiniano MS, Clementino MJSM, Sousa JC, Marcolino EC, Miranda FAN. Tuberculose: desvendando conflitos pessoais e sócias. *Rev. Enferm. UERJ.* [Internet] 2011 [acesso em 27 nov 2015]; 19(4):638-43. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a23.pdf>.
25. Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle de tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
26. Sontag, S. A doença como metáfora. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2002. 108 p.
27. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LCT; 1988. 124 p.
28. Bertazone EC, Gir E. Aspectos gerais da sexualidade dos portadores de tuberculose pulmonar atendidos em unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto-SP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2000 [acesso em 13 nov 2015]; 8(1):115-122. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000100016&lng=en).
29. Cardoso-Gonzales RI, Costa LM, Pereira CS, Pinho LB, Lima LM, Soares DMD, et al. Ações de busca de sintomáticos respiratórios de tuberculose na visão dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Rev. enferm. Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 23 out 2015]; 1(1):24-32. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/141778>.
30. Mizuhira V, Gazetta C, Vendramin S, Ponce M, Wysocki A, Villa T. Procura da atenção básica para o diagnóstico da tuberculose. *Arquivos de Ciências da Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 15 set 2015]; 22(2):94-98. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/150/74>.
31. Dalcanale-Tesser C, Poli-Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 07 nov 2015]; 15(supl. 3):3615-24. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000900036&script=sci\\_arttext&lng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000900036&script=sci_arttext&lng=es).
32. Solla JISP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev. bras. saúde matern. infant.* [Internet]. 2005 [acesso em 15 nov 2015]; 5(4):493-503. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768>.
33. Collet N, Alves Rozendo C. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2003 [acesso em 23 out 2015]; 56(2):189-192. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019643016.pdf>.