



## RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE BODY OF THE TUBERCULOSIS CARRIER: CONFLICTS, DIFFICULTIES, AND REGULAR PROJECTS  
IN OCUPATIONAL THERAPY TO OBTAIN A CUREO CORPO DO PORTADOR DE TUBERCULOSE: ENFRENTAMENTOS, DIFICULDADES E PROJEÇÕES DIÁRIAS NA TERAPIA  
OCUPACIONAL PARA OBTENÇÃO DA CURAEL CUERPO DEL PORTADOR DE TUBERCULOSIS - ENFRENTAMIENTOS, DIFICULTADES Y PROYECCIONES DIARIAS EN LA  
TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA OBTENCIÓN DE LA CURACIÓNAngela Maria Fernandes Bittencourt da Silva<sup>1</sup>, Fernanda Carvalho de Queiroz Mello<sup>2</sup>,  
Nebia Maria Almeida de Figueiredo<sup>3</sup>, Afrânio Lineu Kritski<sup>4</sup>

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify how the patient faces its day-to-day life and to discuss these confrontations for adherence to treatment through occupational therapy. **Method:** This is a qualitative study, using semi-structured interviews, with ten clients with pulmonary tuberculosis, aged 18-45, regardless of color, creed or gender, in the period from August 2005 to July 2006. Those who had less than a month of treatment were excluded. To answer the questions, the process of exploring the material of the ten interviews recorded through the pre-analysis of the data was undertaken. **Results:** The indicators of conflicts were obtained from 76 evocations, and after logging and processing the data, they were grouped into three categories: 1<sup>st</sup>, cope with the illness and its consequences in daily treatment; 2<sup>nd</sup>, cope with the illness and the emotions in daily living; 3<sup>rd</sup>, face and treat the disease with spirituality and faith. **Conclusion:** It was concluded that there are several factors experienced by patients, affecting their body and that occupational therapy promotes the adherence and bonding of the treatment. **Descriptors:** Occupational therapy, Content analysis, Body, Qualitative research, Tuberculosis.

## RESUMO

**Objetivos:** Identificar como o doente enfrenta seu dia-a-dia e discutir esses enfrentamentos para a adesão ao tratamento, por meio da Terapia Ocupacional. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, em que se utilizou a entrevista semi-estrutura, com dez clientes com tuberculose pulmonar, na faixa etária de 18 a 45 anos, independente de cor, credo ou gênero, foram excluídos os que tinham menos de um mês de tratamento, no período de agosto de 2005 a julho de 2006. Para responder as questões, realizou-se processo de exploração do material das dez entrevistas gravadas por meio da pré-análise dos dados. **Resultados:** Os indicadores de enfrentamentos foram obtidos a partir de 76 evocações e que após a exploração e tratamento dos dados, os mesmos foram agrupados em três categorias: 1<sup>a</sup> enfrentar a doença e suas conseqüências no cotidiano do tratamento; 2<sup>a</sup> enfrentar a doença e as emoções cotidianas do tratar e a 3<sup>a</sup> enfrentar a doença com espiritualidade e fé. **Conclusão:** Concluiu-se que existem diversos elementos vividos pelos pacientes, afetando seu corpo e que a Terapia Ocupacional propicia a adesão e o vínculo ao tratamento. **Descritores:** Terapia ocupacional, Análise de conteúdo, Corpo, Pesquisa qualitativa, Tuberculose.

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar cómo el paciente se enfrenta a su día a día y discutir estos enfrentamientos para la adhesión al tratamiento ,atravésde la Terapia Ocupacional. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo, que utilizó la entrevista semi-estructurada, con diez clientes con tuberculosis pulmonar, con edades entre 18-45 años, independientemente de su color, credo o sexo, fueron excluidos los que tenían menos de un mes de tratamiento, entre agosto de 2005 Julio de 2006. Para responder a las preguntas, se llevó a cabo el proceso de exploración del material de las diez entrevistas grabadas a través del análisis previo de datos. **Resultados:** Los indicadores de los enfrentamientos se obtuvieron a partir de 76 evocaciones y después de la exploración y procesamiento de datos, se clasificaron en tres categorías: 1<sup>a</sup> hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias en el tratamiento diario; 2<sup>o</sup> enfrentar a la enfermedad y las emociones cotidianas del tratamiento; y 3<sup>o</sup> tratar la enfermedad con espiritualidad y con fe. **Conclusión:** Se concluye que hay varios factores que sufren los pacientes, afectando a su cuerpo y que la terapia ocupacional promueve la adhesión y vinculación al tratamiento. **Descritores:** Terapeutica ocupacional, Análisis del contenido, Cuerpo, Investigación cualitativa, Tuberculosis.

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional. Professora Adjunta de Terapia Ocupacional do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia, doutoranda de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. IFRJ. E-mail: abittenc@hucff.ufrj.br. <sup>2</sup>Medica. Pós-doutorado em Medicina. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina/UFRJ.E-mail: fcqmello@uninet.com.br. <sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem/UFRJ. Professora Titular/EEAP/UNIRIO. E-mail: nebia@unirio.br. <sup>4</sup>Médico. Pós-doutorado em Medicina, Professor Adjunta da Faculdade de Medicina/UFRJ. E-mail: kritskia@gmail.com. Trabalho elaborado da Dissertação de Mestrado, do Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar (PCTH), do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ.

## INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença milenar infecto-contagiosa, que assume evolução crônica cujo agente etiológico é o *M.tuberculosis (Mtb)*. Esta enfermidade encontra campo fértil entre indivíduos já debilitados por condições de vida e do trabalho precário. Atinge principalmente os pulmões, devido seu microsistema favorável (úmido, quente, arejado e sombrio) e provoca fadiga, febre, emagrecimento, tosse e dor no peito<sup>1</sup>.

Um indivíduo sadio ao fazer contato com um portador de TB pode ficar infectado, num prazo de 24 horas, ao aspirar às gotículas microscópicas que são eliminadas no ar por meio da tosse, do espirro ou da fala.

No século XX, surge à primeira droga realmente eficaz contra o *Mtb (hominis)*: a *estreptomina*, descoberta por Shatz e colaboradores, contudo, ela só foi suficiente para o tratamento por pouco tempo, pois começaram a aparecer mutantes resistentes, sendo necessária sua associação com outros fármacos para se obter sucesso com o tratamento. Em 1952 surge a isoniazida, em 1954 a pirazinamida, em 1962 o etambutol e em 1963 a rifampicina. Introduzida na prática em 1966, a rifampicina foi à droga que permitiu tratar os casos até então resistentes e de generalizar o tratamento ambulatorial da TB<sup>2</sup>.

Com o advento da quimioterapia, a TB passou a ser uma enfermidade curável e por isso, acreditava-se que a luta contra ela estava praticamente ganha, pois havia meios de controlá-la sem maiores dificuldades. Entretanto no final do século XX, a incidência de TB volta a ser preocupante, seja pelo recrudescimento da miséria em enorme contingente da população mundial, seja pelas guerras, seja pelo aumento da

resistência bacilar, seja pela falta de adesão ao tratamento, ou seja, pela influência da AIDS<sup>3</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO)<sup>4</sup>, a TB vem ceifando mais vidas humanas do que a malária e a AIDS juntas. Ainda de acordo com esta instituição, no ano de 2005 cerca de um terço da população mundial foi infectada pelo *Mtb* e mais de oito milhões de pessoas adoeceram. Apesar de existirem fármacos eficazes, contra a TB, na realidade o êxito do tratamento aponta para fatores complexos que intervêm nos resultados, entre os quais, a resistência aos medicamentos e o tratamento incompleto são os mais preocupantes para a saúde pública. O Brasil encontra-se em décimo sexto lugar, entre os países de maiores casuísticas de TB no mundo com taxa de abandono que varia de 4,5% a 20,3%<sup>5</sup>.

Alguns elementos contribuem para o abandono do tratamento: renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim ou inexistente, famílias numerosas, adensamentos comunitários, desnutrição alimentar, alcoolismo, doenças infecciosas associadas (HIV), dificuldades de acesso aos serviços de saúde, fragilidade da assistência social, entre outros<sup>6</sup>. Estudos de Fox *et al*<sup>7</sup> e Picon *et al*<sup>8</sup> comprovaram que apesar disso, os hábitos de comprar cigarros, beber cervejas ou refrigerantes não foram abandonados. Tendo por base estes elementos, inferiu-se que alguns espaços urbanos tinham alto potencial de reprodução da endemia de TB, tais como: as favelas, os alagados, as populações que vivem em ambientes socialmente fechados (escolas, creches, presídios, abrigos, entre outros...) <sup>9</sup>.

Adesão se caracteriza pela autonomia que o paciente tem de aceitar ou não as recomendações das equipes de saúde (*transfere para o doente a responsabilidade da cura*)

enquanto provedor e participante ativo deste processo, retirando do Estado a sua responsabilidade<sup>10</sup>. Todavia se ocorrer o abandono à quimioterapia, à culpabilidade não é só do paciente, pois na maioria das vezes ele não tem consciência da evolução do tratamento e das conseqüências da não adesão. Este fato pode estar ligado a fatores subjetivos, como valorização da vida, entendimento de saúde, percepção da gravidade da doença, a capacidade de entendimento das orientações médicas, fatores prévios comuns para explicar a alta taxa de abandono. Portanto a não adesão ao tratamento não desresponsabiliza a saúde pública, ou o Programa de Controle da Tuberculose, ou a equipe de saúde, da atuação frente a este sujeito, pelo contrário, exige deles ação mais vigorosa e consciente.

Liefoghe *et al*<sup>11</sup> relataram que o paciente, ao receber o diagnóstico de TB, leva um choque ou tem dificuldade de aceitá-lo inicialmente. Soma-se a estes fatores, a influência do imaginário coletivo, dos mitos (crença infundada ou mal fundamentada) e dos esteriótipos (quadros mentais, baseados em mitos, que levam as pessoas a associar uma característica a determinados grupos) que acompanham a TB desde épocas remotas. O sujeito encontra-se diante do preconceito, da discriminação e dos estigmas e recebe a marca ou o atributo de *tuberculoso* o que interfere diretamente na sua vida cotidiana de relações com a família, com a comunidade, com o trabalho exigindo dele certo grau de investimento, que muitas das vezes ele não se sente capaz de dar devido à perda econômica e social. Ele modifica suas atividades cotidianas; molda-se às exigências do seu meio; omite a doença e se isola rompendo com seus sonhos e desejos, mais íntimos<sup>12</sup>.

Figueiredo<sup>13</sup> relata que desde que nascemos nosso corpo traz histórias que nos concebe como indivíduos da espécie humana, perpetuada graças à intervenção entre indivíduos de grupos diferentes, responsáveis pela diversidade individual e étnica. Esse corpo vai adquirindo originalidade à medida que interage com o entorno. O corpo biológico passa a integrar um universo humano de sentidos, crenças, e aparência mediada e codificada. Desta maneira o corpo amplia suas crenças religiosas e idéias estéticas porque, sua superfície não é somente um limite do corpo efetivo, mas uma superfície exposta que opera como um texto.

Mery<sup>14</sup> nos fala da negação da existência do corpo biológico como foi construído, imaginário e simbolicamente, ao afirmar que o corpo é subjetivação e não biológico, que ele é potencialidade e representação de modos de existências e por diferentes modos são qualificadas como normais ou não. Em contrapartida esse corpo é disparado de dentro do seu campo simbólico e da sua imaginação e vai se construindo nas suas fissuras, nos seus não fazeres, nos seus vazios, nos seus conflitos e contradições, surgindo de maneira mais evidente em situações sociais e históricas.

Nesse momento a terapia ocupacional convoca o terapeuta ao exercício da função terapêutica e pedagógica da construção de possibilidades, que possam auxiliar na articulação do sujeito com sua produção, ampliar a sua problematização, pois sua produção não é (ou não *deveria* ser) pré-estabelecida por uma determinada ordem econômica, política ou social, mas envolve todas as ações de um determinado sujeito que permitam sua permanente construção pessoal e social, seu cotidiano e sua cultura<sup>15</sup>.

Segundo a Associação Americana de

Terapia Ocupacional (AOTA)<sup>16</sup> a Terapia Ocupacional (TO) caracteriza-se pelo uso proposital de atividades dirigidas ou específicas com indivíduos que são limitados por prejuízos ou doenças físicas ou clínicas; disfunções psicossociais; déficit de desenvolvimento ou aprendizagem, insuficiências causadas pelo empobrecimento ou diferenças culturais ou do processo de envelhecimento, no sentido de melhorar ou aumentar a independência, prevenir incapacidade e manter a saúde. A prática abrange a avaliação, o tratamento e o processo terapêutico. Os propósitos do processo incluem: ensinar técnicas para habilitar o indivíduo nas atividades de vida diária (AVD), desenvolvimento de habilidades perceptuais-motoras e sensório integrativo por meio de jogos e brincadeiras, do desenvolvimento das capacidades pré-vocacionais, de lazer, projetos, confecção e aplicação de aparelhos selecionados de órteses e próteses ou equipamentos adaptativos, utilização de artes e ofícios, especificamente projetados e a utilização de exercícios visando o desempenho funcional do enfermo.

A TO fomenta a alteração dentro do contexto das interações dinâmicas entre a ocupação, os meios de relação negociados pelo paciente e pelo terapeuta e o ambiente em que ocorre o engajamento na ocupação. Este padrão de atividade-relação-ambiente é um processo complexo que exige atenção para diversos fatores que podem influenciar a capacidade da pessoa para aprender a fazer, incluindo as percepções dos pacientes envolvidos no processo e que conseguem se perceber de maneira diferenciada. Esse experimentar dos possíveis auto-atributos para em seguida selecionar aqueles que são incorporados ao seu auto-conceito. Desta maneira o processo de auto-desenvolvimento se realiza

com a combinação da interação da autoconsciência, pela exploração sensório-motora e a reflexão, facilita as interações com os outros. O eu se desenvolve para proteger o indivíduo, garantir o mínimo de sobrevivência e para expandir a qualidade de vida.

Os estudos da subjetividade – que refletem sobre os modos de pensar, agir e sentir; enfim, sobre os modos de viver e existir do homem – têm constituído um campo privilegiado para pesquisas que buscam atender à complexidade do sujeito. Incorporar esses elementos, a TO faz com que ela assuma o objeto de diferentes modos de existir do sujeito: suas formas de organização, atividades, o estabelecimento de vínculos, pontes com a família, com a comunidade e outras dimensões da rede social<sup>17</sup>.

Na TO, o fazer humano é seu objeto de estudo, e seu instrumento de trabalho a partir da análise das condições (físicas, clínicas, perceptivas, profissionais, psicológicas, sociais) que podem afetar o fazer, naquele que se lhe apresenta como cliente, a encontrar (ou reencontrar) seu lugar social, como ser ativo e dono de sua vida, tendo como metas a qualidade de vida e a inclusão social. Esta profissão procura se fundamentar em três conceitos inclusivistas que permitir à pessoa com deficiência recuperar o poder sobre a própria vida, são eles: *autonomia* - prontidão física, cognitiva e/ou social que a pessoa com deficiência tem em um determinado ambiente, por exemplo, para locomover-se, para realizar determinada atividade escolar, profissional, etc.; *independência* - capacidade de tomar decisões, sem depender de outras pessoas.

Considerando que o fazer do sujeito sustenta a construção do seu cotidiano, onde a rotina existe, mas é singular, pois é vivida e realizada de modo pessoal, podemos pensar que a

assistência em TO contribuiu para a construção desse cotidiano interrompido pela TB, a partir de situações que transformaram em experiências significativas para o paciente. Isso pode acontecer no adoecimento por outras enfermidades.

Conscientes de que a não complementação do tratamento na maioria das vezes é porque os pacientes não acreditam na cura da doença, o que acarreta frustrações e enfrentamentos que os impedem de continuar com o tratamento, além da possibilidade de desenvolver a multiresistência, pois ela é resultante de mau tratamento prévio, quer por abandono precoce, quer por irregularidade de tomada de medicamento<sup>18</sup>. Esta investigação vem ao encontro desses problemas porque busca conhecer como o portador de TB enfrenta este longo cotidiano da cura.

Esta pesquisa foi realizada no Programa de Controle de Tuberculose Hospitalar (PCTH), do Instituto de Doença do Tórax (IDT) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Após a defesa da dissertação de mestrado, intitulada *Cotidiano dos portadores de tuberculose inscritos em Programa de Controle de Tuberculose de um Hospital Universitário na Cidade do Rio de Janeiro*<sup>19</sup>, demo-nos conta de que muitos dados produzidos não haviam sido aproveitados e que mereciam destaque num outro trabalho, que possibilitasse vislumbrar novas possibilidades de tratar no ambulatório, uma vez o percentual de abandono era significativo.

Na leitura flutuante dos dados resultantes das transcrições das fitas muitas respostas diziam respeito a outro objeto de investigação que assumimos como: significado dado pelos clientes com TB sobre o dia-a-dia de fazer o tratamento e o enfrentamento que incide sobre o seu corpo doente. Partindo da concepção de que os motivos para a não conclusão do tratamento, como

recomendado pela OMS, são múltiplos e que a perspectiva centrada no modelo biomédico não oferece suporte suficiente ao profissional de saúde para compreender e aceitar a decisão favorável ou não de se tratar por parte do paciente<sup>20</sup>.

## METODOLOGIA

Escolhemos o método quanti-qualitativo porque enquanto a pesquisa qualitativa abriga a análise interpretativa e se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificada, uma vez que trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes do sujeito o que possibilita trabalhos em espaços mais profundos das relações dos processos e dos fenômenos: que ainda são impossíveis de operacionalização no plano mensurável<sup>21</sup>. A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informações numéricas mediante situações de controle onde se analisa as informações estatisticamente. Ao se juntar os dois métodos<sup>22</sup> criam-se a possibilidade de complementações entre palavras e números.

O espaço para investigação foi o PCTH local propício para desenvolver este estudo, pois neste cenário são desenvolvidas várias pesquisas sobre a TB. Assim sendo, após liberação desta pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (parecer 087/2005), realizamos o processo de familiarização com os pacientes que realizaram tratamento nesta unidade do Complexo Hospitalar da UFRJ.

Foram considerados elegíveis para participarem do estudo dez portadores de TB pulmonar inscritos no PCTH/IDT/HUCFF/UFRJ, em tratamento ambulatorial há pelo menos 30 dias, residentes ou não no município do Rio de Janeiro, com idade superior a 18 anos, de qualquer cor, religião, nível de escolaridade, gênero, atividade

profissional, grau de infecção, independente do esquema de tratamento ou do modo de administração. Fornecemos todas as informações sobre a pesquisa, os portadores de TB que aceitaram participar da mesma, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e iniciamos o processo de coleta de dados. Foram excluídos do estudo: os usuários cujo diagnóstico bacteriológico ou de probabilidade de TB não foi confirmada; os que apresentaram dificuldade de se obter informação verbal e os que eram portadores de outra enfermidade crônica associada aos estigmas (câncer, hanseníase, HIV).

Para destacar os elementos sobre enfrentamentos no dia-a-dia de tratamento de TB, seguiram-se as orientações de Bardin<sup>22</sup> que consiste em três pólos cronológicos: pré-análise, explorações do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise fez-se a leitura *flutuante* - momento em que se entra em contato com o material transcrito (documento) e o pesquisador se deixa invadir pelas impressões do material lido e aos poucos reflete e formula hipóteses sobre o que estava lendo ou vendo. A leitura exaustiva levou a uma das regras principais que é a *exaustividade*, onde se destacou todos os elementos do *corpus* das entrevistas.

Levamos em consideração o rigor da amostra, retiramos na pré-análise os dados significativos e realizamos a distribuição dos caracteres dos elementos identificados num universo maior. Nesse momento definimos a amostra dos elementos destacados da leitura flutuante. A partir de Polit<sup>23</sup>, fizemos o tratamento dos resultados brutos tratados de maneira a ser significativos (falantes) e válidos. Dessas operações surgiram estatísticas simples (percentagens) ou mais complexas (fatoriais) o que permitiu estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais se

condensaram em relevo as informações fornecidas pela análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O antropólogo norte americano Clifford Geertz<sup>24</sup> aponta que o ser humano não é apenas respirar, mas controlar a respiração; não é apenas falar, mas emitir palavras e frases apropriadas, nas situações sociais apropriadas, etc. Não é apenas sentir, mas sentir certas emoções distintas como *“paciência”*, *“desprendimento”*, *“resignação”*, *“respeito”*. Esse é um pequeno recorte que caracteriza o ser humano, capaz de vencer as incertezas que surgem no caminho. Há outra interpretação, todavia, da expressão: o de *“ser”* humano corresponde o valorizar a própria vida e zelar por ela, apesar das barreiras apresentadas; cuidar da saúde, incluindo, aqui, mente, corpo e alma, faz de cada um *“seres”* mais *“humanos”*.

O pacto para construção da uma linha de cuidado que se produza a partir do *“desejo”*, adesão ao tratamento, vontade política, recursos cognitivos e materiais, cujo centro nervoso está associado à reorganização do processo de atendimento. Essa estratégica se organiza pela capacidade de interlocução, negociação, associação fina de técnica e política e no envolvimento de todos os atores nos diversos níveis assistenciais.

De acordo com Bardin, após o tratamento bruto dos dados concluímos o primeiro quadro resultante da leitura flutuante dos dados conseqüentes da questão: Como é seu dia-a-dia fazendo tratamento de TB? (quadro 1).

Quadro 1 - Codificações dos temas em evocações (número de vezes que o tema aparece)

Ord.	Dimensões	Temas		Total
1	Enfrentar a doença e suas conseqüências no cotidiano de tratar da TB	Tratamento	28	35
		Falta de Recurso	3	
		Orientações	4	
2	Enfrentar a doença e as emoções cotidianas de tratar da TB	Medo, culpa	30	34
		Isolamento	4	
3	Enfrentar a doença e a fé em Deus no cotidiano do tratar da TB	Deus		7
		Igreja	2	
<b>Total</b>				<b>76</b>

A partir do destaque dos elementos contidos nesses dados realizamos a codificação, isto é, escolhemos as unidades e a enumerações (escolha das regras), e fizemos as classificações:

1. Listamos os temas elementos das respostas às questões;

2. Organizamos os 76 termos que foram denominados de:

- Dimensões concreto-objetivas onde se encontram os elementos relacionados à racionalidade que envolve diagnóstico, tratamento, orientações, sinais e sintomas da doença e a falta de recursos.
- Dimensões concreto-subjetivas, onde se localizam o preconceito, o isolamento, os medos, a tristeza, o desespero, a vontade de morrer, os problemas familiares e outros.
- Dimensão espiritual, onde a Igreja e a fé em Deus são os que sabem da doença e o sustentam no longo caminho da cura.
- Dimensões concreto-objetivas onde se encontram os elementos relacionados à racionalidade que envolve diagnóstico, tratamento, orientações, sinais e sintomas da doença e a falta de recursos.

Uma das principais preocupações, hoje, para aumentar a efetividade dos programas nacionais de controle da tuberculose é o aumento da adesão ao tratamento, com a redução das taxas de abandono. A busca de casos novos e o tratamento da TB, apesar de não reduzir imediatamente o número de indivíduos infectados pelo bacilo, é definitivamente o que levará a uma redução do problema em longo prazo. Há muitas ações que devem ser priorizada, entre elas a quimioprofilaxia em contatos e em clientes portadores de HIV e reatores à prova tuberculínica. No Brasil, existem poucos estudos acerca do conhecimento das causas subjetivas do abandono do tratamento da TB e das características dos doentes que pertence a estes grupos. Mesmo na literatura científica internacional, a maioria dos estudos acerca do tratamento, geralmente se refere à outras patologias e, muito raramente são relacionados com a TB<sup>25</sup>.

No início os pacientes não tinham clareza do tipo de patologia que tinham e nem suspeitavam da TB.

*Eu pensei que estava com uma gripe forte. (Entrevista 9).*

Mesmo eles sendo atendidos pelos diferentes profissionais de saúde e em diferentes lugares.

*Depois de passar por seis hospitais, os médicos quando me viam falavam sinto muito (Entrevista 3)*

*Aí me derem remédio, me mandaram para outro médico (Entrevista 5).*

A possibilidade da TB não é informada e em muitos casos, e eles são tratados por outros problemas pulmonares.

A primeira reação que se apresentou foi referente à notificação do diagnóstico da TB, alguns pacientes relataram estado de choque emocional inicial.

*Eu fiquei louca, fiquei louca. (Entrevista 4).*

Ou ficaram sem esperança de viver.

*Achei que nem ia ver meu filho nascer. (Entrevista 1).*

Se sentiram limitados devido aos sintomas e a queda do estado clínico geral.

*Eu cheguei cambaleando falando bobeira, besteira, eu só não perdi o apetite, mas tinha febre e suador. (Entrevista 3)*

A percepção da própria doença e a importância do tratamento depende do recebimento de informações corretas e, para isto ocorrer, são fundamentais as boas relações profissional de saúde-pacientes, do serviço saúde-paciente e do profissional de saúde-serviço. Os profissionais de saúde precisam efetivar o acolhimento ao enfermo para que ele seja capaz de ir além das expectativas dos doentes em relação a sua doença, mas de fatores ligados a sua cultura, a sua comunidade e suas crenças e valores, para que possamos exercitar o sentimento de solidariedade<sup>26</sup>.

Ao iniciar o tratamento da TB verificamos um paradoxo, principalmente após ser preconizado o tratamento ambulatorial de curta duração. Por um lado, os doentes têm que se submeter aos seis meses de terapêuticas potencialmente tóxicas e realizar acompanhamento mensal na unidade de atendimento onde realiza seu tratamento, ou seja, é uma pessoa doente; por outro lado, estes doentes são estimulados a terem uma vida ativa normal.

Diante da melhora clínica, o enfermo modifica suas prioridades, e uma delas pode ser o abandono à quimioterapia.

*Se não fosse às enfermeiras assim que melhorei eu ia embora, mas elas me telefonaram e eu voltei. (Entrevista 1)*

Desta maneira, a orientação do profissional de saúde é fundamental para que o enfermo entenda a necessidade da adesão, da prevenção e do conhecimento da doença<sup>27</sup>.

Fatores ligados às dimensões concreto-objetivas tais como: a pobreza; sem trabalho fixo, à incapacidade de prover recursos mínimos para sua própria sobrevivência ou da família, interferem na continuidade do tratamento. Bertolli Filho refere que na história da TB os enfermos estavam ligados ao excesso de consumo de bebida, as farras, a prostituição, o que deixavam transparecer que seu comportamento era ligado ao desregramento social e amoral.

*Eu saía com os amigos, todas as 6ª, sábados e domingos, bebia direto, brincava até tarde, perdia noites de sono, tocava no pagode. (Entrevista 4)*

Eram tidas como causas consideráveis de envergonha para a família, com o diagnóstico essas rotinas que lhe davam prazer eram abandonadas.

*Tomo remédio, todo dia, me desliguei, um mocado dos amigos, totalmente, porque por não posso mais sair, não posso fazer nada, não posso beber direito, não posso mais brincar, não posso chegar tarde, por isso prefiro ficar em casa, trancado, vendo televisão. (Entrevista 4)*

A TB deixa o sujeito muitas vezes incapacitado para o exercício de uma atividade profissional, acarretando sofrimento subjetivo, pois implica sentimentos de impotência, vergonha e isolamento. O homem ao se desligar do seu espaço público masculino do trabalho - ser homem, ser pai, ser responsável pelo sustento da família - possibilita a vivência da doença e da incapacidade, com origem na angústia, frustração e dor.

*Perdi o emprego e minha família esta passando fome, tudo por causa da TB. (Entrevista 1)*

A enfermidade o remete para o espaço do privado, do feminino.

*Agora ajudo minha mulher, ela sai para trabalhar e eu cuido das crianças e da casa. (Entrevista 9)*

Pode representar a experiência que desintegra a unidade da pessoa e, ao mesmo tempo, serve como matriz para a construção de nova identidade social dos sujeitos<sup>28</sup>.

As idéias de contágio são difusas e a observação de frequentes recaídas provoca descrença na possibilidade de cura da tuberculose. Alguns ainda verbalizam a dificuldade de entender as orientações dadas pelos profissionais de saúde, principalmente as relacionadas com os efeitos colaterais da medicação. Portanto, enfrentar o problema como dado real, tanto para o doente como para aqueles que o cercam, não é tarefa simples como poderia parecer. Com o tratamento outras alterações físicas ocorreram, devido à obrigatoriedade da ingestão dos comprimidos diários e dos efeitos adversos (mal estar, a falta de ar, a coceira, o formigamento) que alguns pacientes apresentaram. Porto<sup>29</sup> nos fala que neste momento eles vivenciaram a ambivalência entre tomar a medicação específica ou parar com a mesma e não se curarem.

*Eu vomitava muito, então parei de tomar remédio e deixei de vomitar, vou parar. (Entrevista 8)*

Ao conviver diariamente com a dificuldade de realizar suas atividades da vida diária, por mais simples que sejam o cliente muitas das vezes relata dispnéia e diminuição de sua resistência física. Desta maneira a doença, cria vários laços de dependência entre os profissionais da saúde, entre a injusta da medicação, e nas reações adversas, que muitas das vezes favorece o abandono ao tratamento.

O portador de tuberculose vai se transformando gradativamente, num ser humano

impotente diante da patologia e "incapacitado" para o auto-cuidado, necessitando da compreensão emocional, afetiva, familiar e de um acolhimento por parte dos profissionais de saúde que o atendem.

Os doentes experimentam não apenas a sensação de apartamento da vida social e profissional. O que torna interessante a vida desses indivíduos é o modo como buscam situar-se tanto em relação a um mundo saturado de terríveis fantasias acerca de sua doença.

*Se elas pudessem colocava pano no telefone, para não pegar a doença. (Entrevista 10)*

Quanto a sua condição social.

*Não saio do portão, não converso com os vizinhos. (Entrevista 8)*

E na sua condição física.

*Hoje, minha mulher é que pega o gás, porque não tenho mais força para carregar. (Entrevista 3)*

Esta maneira própria de sentir a doença, de perceber-se enquanto doente e de reorganizar a vida a partir do advento da TB<sup>30</sup>, faz com que ele sintasse inferiorizado frente às exigências de seu cotidiano familiar.

Nas populações socialmente vulneráveis o risco de infecção pela TB é muito maior do que na população em geral, devido: a falta de saneamento básico; a fome; pela desnutrição; o número crescente de pessoas subempregadas e desempregadas; o aumento das favelas com aglomerações intradomiciliares que propiciam o aumento das doenças infecto-contagiosas<sup>31</sup>.

Mesmo quando se admite que a TB seja uma doença curável, a crença da comunidade é de que fica *sempre alguma coisa ruim dentro do corpo*. O doente com *mancha no pulmão* carrega essa marca que altera profundamente sua inserção no grupo social e facilita sua exclusão no mercado de trabalho.

*Eu não falei para o chefe que eu faço tratamento para TB, porque ele não me daria o emprego, eu ia tirar RX e ia aparecer aquela mancha, então, rua... (Entrevista 1)*

E com isso o prover econômico de sua família não se realizaria. Observamos que essa enfermidade na esfera da racionalidade afeta o seu portador em sua subjetividade, altera seu papel dentro da família, modifica seu status familiar e social e a sua resistência física que o obriga a uma exclusão social.

**Dimensões concreto-subjetivas, onde se localizam o preconceito, o isolamento, os medos, a tristeza, o desespero, a vontade de morrer, os problemas familiares e outros.**

A análise do conteúdo das entrevistas levou-nos a identificar uma série de sentimentos relacionados com o conhecimento do diagnóstico de uma doença crônica como a tuberculose. A partir do momento em que os clientes expressaram seus sentimentos, possibilitou-nos a constatação de que eles encontravam relacionados com as diferentes fases do processo da doença.

Ao saber do diagnóstico a primeira reação foi à negação, considerada como um dos mecanismos de defesa utilizado nas situações de crise para aliviar o stress. Segundo Guerra nesta fase *o indivíduo continua a afirmar que não é verdade, que está bem, desprezando alguns dos sintomas*. O choque salienta a preponderância da confusão de idéias, onde o desespero, a raiva contra o profissional de saúde e pessoas efetivamente próximas, fica visível. A partir deste momento surge a revolta contra tudo e contra todos.

*Não acredito que estou com esta doença, de novo. (Entrevista 5)*

Nessa ocasião o paciente pergunta por que foi ele atingido e não outra pessoa sente alterações no corpo, sente-se vulnerável para viver sua rotina diária.

O medo e a solidão foram associados aos momentos de grande stress, aos problemas sociais do contágio, a estigmatização.

*Tudo ali é separado, não é mole não. (Entrevista 4)*

A rejeição, o isolamento é que faz emergir reações como o medo da morte.

*Vi a morte de perto. (Entrevista 5)*

Da rejeição, do contágio, a culpabilidade, a ocultação e o isolamento.

*A minha preocupação era passar a doença para minha família. (Entrevista 3)*

A ausência do suporte social e dos apoios afetivos.

*Se meu filho ia me visitar pouco, agora é que ele não vai mesmo. (Entrevista 5)*

A discriminação sofrida pela doença, acarretam uma reação de isolamento e apatia, por parte do portador de TB. Essas reações vieram acompanhadas de grande sofrimento, pelo fato do tratamento longo, efetuado diariamente nos hospitais, que alterou as rotinas da vida diária das pessoas afetadas pela TB.

Outro obstáculo que encontraram foi à discriminação e o preconceito social.

*Senti que se ela pudesse colocava um tampão no telefone, com medo de pegar a doença. (Entrevista 5)*

O fato de estar com tuberculose ameaçou seus padrões da rotina familiar, profissional e social. Estas vivências emocionadas e dolorosas criaram um estado de sensibilidade em que os pequenos gestos tinham significados profundos. Obrigou-os a restringir-lhes sua naturalidade, gerou dependência e o afastamento dos amigos, muitos deles resolveram ocultar a enfermidade e abandonarem suas antigas atividades rotineiras e prazerosas. Foi um momento de intensa elaboração mental, pois superar esta condição pareceu ser grande desafio a ser vencido

cotidianamente com as forças que se dispunha naquele instante. Foi preciso o enfermo encontrar dentro de si poder capaz de ultrapassar essas fronteiras para conseguir completar o tratamento.

A crise de vida trazida pela doença fragiliza o enfermo e sua família, quebra e o expõe a barreiras que protegiam, ele se sente vulnerável, principalmente em relação aos profissionais de saúde. Nesta situação verifica-se que o silêncio, a dor física.

*Eu tomava o remédio e a injeção, chegava na segunda, ainda estava com o braço todo duro e doía muito. (Entrevista 1)*

A dor moral.

*Acho que se não bebesse muito. (Entrevista 8).*

A dependência do cuidado de outro, o encontro com a possibilidade de morte os sentimentos de raiva e de solidão.

*Eu fiquei praticamente sozinha. (Entrevista 5).*

A inveja, o ressentimento, a auto-piedade, o desespero.

*Olho mais para o interior, e no interior eu acho que a gente fica mais deprimida e oprimida ao mesmo tempo. (Entrevista 5).*

O medo, o choque, a negação, a revolta.

*Com a TB eu tive tudo de ruim, tive que parar de estudar, tive que parar tudo. (Entrevista 7)*

A angústia.

*A TB mudou a minha aparência, o rosto tá mais fino, to mais curvada, muita coisa mudou. (Entrevista 5)*

E, também suas fantasias e desejos confusos foram evocados e pareceram tomar a mente por períodos prolongados.

O sofrimento e a depressão foram entendidos pelos significados que ultrapassam os limites da experiência da doença física e fornece elementos cognitivos, tais como: tristeza; vazio;

aborrecimento; sensações de irritabilidade; tensão e agitação; perda de interesse pela vida.

*Eu me sinto mais abatido, às vezes mais revoltado, triste. (Entrevista 10)*

Dependência nas atividades diárias; perturbações do sono; a falta de concentração, memória e dificuldade de raciocínio; pessimismo e perda de esperança e a diminuição de energia. Neste sentido, as fraquezas dos processos dos agentes envolvidos abrem possibilidades de interrogações sobre o modo instituído e a possibilidade de escutar os sons do cotidiano do tratamento.

**Dimensão espiritual, onde a Igreja e a fé em Deus são os que sabem da doença e o sustentam no longo caminho da cura.**

A Espiritualidade consiste, na busca pessoal de sentido para o próprio existir e agir. É um dom gratuito que nos é oferecido, que podemos ou não aceitar. Por isso, a Espiritualidade ajuda o portador de TB a descobrir o sentido da sua vida na qual se sente inserido, solidário, útil e participativo. Ela é encarada como um fenômeno complexo, cuja expressão é multifacetada, não se restringindo ao componente religioso, sendo fortemente influenciada pela descrição da sua essência e pelas crenças filosóficas - de índole religiosa ou não - de cada um dos intervenientes, contemplando um caminho e um trabalho individual, numa concepção holística de interação entre seres espirituais no Mundo.

Huf<sup>32</sup> destaca a importância do resgate da espiritualidade como meio de transformar os momentos de angústia, priorizando a busca pela paz interior, procurando promover o bem estar, apesar da inevitabilidade do sofrimento. A autora considera que vivenciar a espiritualidade inclui exercitar a fé, a esperança, o altruísmo, a solidariedade, aceitando a finitude como uma experiência que propicia sensibilizar-se com o

outro e encontrar um significado para sua própria existência.

Para Boff<sup>33</sup> a espiritualidade é uma das fontes primordiais de inspiração do novo, de esperança do ser humano. Segundo o autor:

A espiritualidade vem sendo descoberta como dimensão profunda do humano, como elemento necessário para o desabrochar pleno de nossa individuação e como espaço de paz no meio dos conflitos e desolações sociais e existenciais.

A espiritualidade não se mede por quantidade de oração, por volume, por números ou por estatística, a verdadeira espiritualidade cimeta as atitudes na fé.

*Eu confio em Jesus e isso não vai ficar assim no meu corpo. (Entrevista 5)*

Na esperança que nos levam a olhar para frente com otimismo, alegria, esperança, altruísmo, solidariedade, aceitando a finitude, buscando vencer as dificuldades.

*Eles falaram que iam tirar um pedaço do meu fígado, mas Jesus não vai deixar. (Entrevista 8)*

Tudo como uma experiência que propicia sensibilizar-se com o outro e encontrar um significado para sua própria existência.

É por meio do desenvolvimento da espiritualidade que os enfermos encontraram apoio para o enfrentamento cotidiano da solidão e da tristeza, gerado pelo amadurecimento da vida interior, aceitação das perdas, da doença e, até mesmo, de sua finitude, pois somente o ser humano tem a capacidade de transformar os fatos ruins em uma experiência de libertação em defesa da vida, protestando contra os mecanismos de morte.

*Deus nos ensina muito dentro destas situações, que nós atravessamos, eu tinha que me resguardar, para que não pegasse no sentimento material da doença, pois do lado espiritual não há nenhum contato. (Entrevista 7)*

Desta maneira a fé e a crença em Deus facilitam ao portador de TB a adesão ao tratamento e a permanecer no caminho da cura.

O cuidar faz parte da existência humana desde o nascimento à sua finitude, constituindo uma necessidade primordial do homem no processo de ser e de viver. Boff compreende o cuidar como modo de ser essencial à pessoa humana, que precisa estar presente em tudo, representando não só um instante de atenção, mas uma atitude de ocupação, de envolvimento com o outro. O cuidar, portanto, é relacional.

*Na igreja tudo é normal. Eles falam a irmã deixa de ser boba, confia em Deus, vai tomando os remédios, e fazendo os exames e vê se a tua (TB) não fica boa. (Entrevista 6)*

Isso requer do profissional um agir ético, atencioso para com o portador de TB que está necessitando de cuidados.

Segundo Ferreira<sup>34</sup>, as religiões referem-se à crença na existência de uma força ou de forças sobrenaturais por meio de doutrina e rituais próprios. Reverência às coisas sagradas, crença fervorosa devoção, culto, ética, metafísica, pois religião está relacionada com a crença no direito à salvação, pregada por qualquer tradição de fé, associada aos ensinamentos ou dogmas religiosos.

*Me agarrei com Deus. Quando você coloca fé em ação, ajuda muito a aceitar essa doença. (Entrevista 9)*

Boff<sup>35</sup> ao distinguir a religião da espiritualidade, afirma que as religiões constituem uma construção do ser humano que trabalha com o divino, com o sagrado, mas não é o espiritual. Enquanto a dimensão espiritual se revela pela capacidade de diálogo consigo mesmo, traduzindo-se “*pelo amor, pela sensibilidade, pela compaixão, pela escuta do outro, pela responsabilidade e pelo cuidado como atitude fundamental*”. Deste modo a prática da religião pelas classes populares contribui para amenizar o

sofrimento, aliviar as angústias, como também se associa ao processo saúde-doença. A religião renova as forças para os embates cotidianos na luta pela sobrevivência e contra os efeitos adversos da medicação.

Os portadores de TB, muitas vezes, manifestam-se, sentimentos de medo e angústia, os quais foram identificados, e que por meio da sua fé na Igreja e em Deus, os capacitaram a lidar com as suas emoções intensas e os seus questionamentos angustiados, evitando assumirem uma postura de fuga ou de bloqueio na sua sensibilidade para poder preservar sua própria estabilidade emocional<sup>36</sup>. Eles experimentaram pessoalmente os misteriosos caminhos do eu profundo, suas contradições e mecanismos internos, suas formas simbólicas de expressão, sua capacidade de tratar a TB e de mobilizar energias intensas para obter a cura.

Desta maneira, os portadores de TB, perceberam que existe uma conexão entre fé e saúde que ficou dispersos na dimensão espiritual do seu cotidiano de tratamento, e que este corpo com TB buscou um cuidar que o retire das trevas, de seu tratamento criando novos prismas e contribua para sua auto-aceitação na família, na comunidade e no trabalho.

## CONCLUSÃO

Conhecer como era o dia-a-dia do tratamento de tuberculose foi fundamental para que compreendêssemos o que eles enfrentaram (ser/estar doente em tratamento) nos indicando que existiam elementos diversos vividos por eles que precisavam de nossa atenção. Tendemos a olhar apenas para aquilo que se queríamos ver (a doença) e não para o sujeito doente (o que se encontra oculto), que às vezes abandonavam o tratamento e/ou deixavam de tomar a medicação

corretamente, pois era a melhor atitude que o portador de TB podia realizar frente ao seu universo de viver carregado de preocupações que não se conseguia identificar.

A sensação de sofrimento, dispnéia, algias, medo da morte ou de uma crise forte que caracterizam o *estar - doente* do portador de TB, foram externalizadas diferentemente por cada pessoa, e mereceu análises individuais pelas pesquisadoras. Precisamos de utilizar a subjetividade, junto com a cultura, crenças e valores no contexto da saúde, para descobrir o interior do homem abrangendo seus problemas pessoais e financeiros, familiares e sociais.

Precisamos nos preparar para novas leituras que envolvam a expressão corporal, os signos que o corpo expressa e que não estamos habilitados a ler para que possamos entender a subjetividade do cuidar em TB. É importante entendermos que na Terapia Ocupacional os símbolos expressos se atualizam em sintomas e doenças, de um corpo-doente, sem emoção, sem cognição, sem segredos e sem símbolos, apenas, um corpo emissor de sintomas da TB e que o fornecimento de informação sobre a doença e seu tratamento e pelos técnicos de saúde, facilitam a adesão ao tratamento, diminui a angústia, e permiti aumentar o conhecimento da enfermidade parte dos enfermos.

O cuidado em TB na Terapia Ocupacional envolveu empatia e acolhimento se configurou como um tratar que abarcou a autoconfiança para retomada da sua vida cotidiana em seu contexto existencial. Este cuidar que se estabeleceu por meio da fala, da conversa, pois a pessoa cuidada estava presente no momento da verbalização e nesta ocasião puderam expor suas emoções, seus sofrimentos, seus medos que se escondiam na sua trama da vida. Pareceu-nos que o acolher e o desenvolver vínculo foi o melhor caminho para os

portadores de TB conseguirem captar as emoções e os sofrimentos oriundos do seu universo subjetivo de enfrentar a doença.

Que o ato de cuidado dirigido, também, à dimensão espiritual do paciente, foi preciso para agregar ao saber científico a intuição, a emoção e a acuidade de percepção sensível, além da razão, que esse cuidar fosse direcionado aos desejos de cura, ao sentir, ao compreender, a afetividade, a imaginação, a intermediação e que fosse refletido no cotidiano de tratamento.

Contextualizando todas essas informações e trazendo-as para nossa realidade, passamos a priorizar respostas, soluções: discutimos vivências; refletimos sobre novos horizontes; reinventamos a vivência aos apelos da consciência; propiciamos ao indivíduo externar sonhos; limitações e valores já conquistados; estabelecemos ideologias na ampliação da capacidade de pensar com acerto, lógica e bom senso. Que a TO considerou a escuta e o diálogo como meio de se estabelecer a relação intersubjetiva, sustentada no respeito, na tolerância e na solidariedade.

Conhecer os enfrentamentos diários que os portadores de TB passam, foi necessário buscar soluções alternativas, baseadas no acolhimento e na efetiva relação terapeuta-paciente, na qual a incorporação da individualidade de cada sujeito foi respeitada e que se procuramos compreender o atendimento em saúde no qual faz parte o portador de TB no seu tempo e espaço próprio<sup>37</sup> e a Terapia Ocupacional.

Concluimos que os valores e as crenças dos enfermos foram respeitados e compreendidos, pois ao trabalharmos com o universo de significados, convivemos com a espiritualidade do cuidar por parte do terapeuta e da religiosidade cura por parte do portador de TB, que será preciso as duas andarem juntas (espiritualidade de religião) para que possamos percorrer juntos os

longos caminhos da cura da TB. Que os resultados desta pesquisa tiveram implicações clínicas que envolveram as fases de tratamento e de acompanhamento medicamentoso (que é dito fazer muito mal); que submergiu uma postura mais filosófica para trabalhar e compreender as emoções deste doente que é histórico e está em seu mundo particular. Entendemos que o imaginário coletivo do tratamento de TB esta cheio de significados conflitantes, adversos, incompatíveis com o plano real, que precisa ser mais estudado para se obter maior adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Kritski AI, Conde MC, Souza GM. Tuberculose: do ambulatório a enfermaria. 3ªed. São Paulo: Atheneu; 2005.
2. Guillaume P. La tuberculose. In J. P. Bardet et al. (orgs), Peurs et terreur face à la contagion: cholera, tuberculose, syphilis XIX-XX siècles. Paris: Fayard; 1992.
3. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [pagina na Internet]. 2002 Feb [acesso em 2008 Mai 18]; 35(1): 51-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
4. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Control 2005 [serial on the Internet] 2008 [acesso em 2008 jun 25]; Available from: <http://www.who.int/gtb/publications/index.htm>
5. World Health Organization. 2009. Global Tuberculosis Control. WHO Report. Geneva, Switzerland
6. Hijjar, M. A. Tuberculose: desafio permanente. Cad. Saúde Pública. 2005,[pagina da internet] vol.21, n.2, pp. 348-349 [acesso em 2008 out 20]
7. Fox W, Prabhakar R, Ganapathy S, E Somasundaram, P, An inquiry into the attitudes of

South Indian patients to the coloration of the urine by Rifampicin. *Tubercl.* 1987; 68: 201-207

8. Picon P, Rizzon CFE, Ott WP. Tuberculose: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento em Clínica e Saúde Pública. Rio de Janeiro: Medsi; 1993

9. Ministério da Saúde (BR). Experiências Inovadoras no SUS: relatos de experiências. Desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. [página na Internet]. Brasília (DF); 2002 [acesso em 2008 out 20]. Disponível em <http://www.saude.gov.br>.

10. Manual de Tuberculose, 2002, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, (ENSP) disponível em <http://www.ead.fiocruz.br/>.

11. Liefooghe R, Michiels N, Habib S, Moran MBE, De Muynck, A. Perception and social consequences of tuberculosis: A focus group study of tuberculosis patient in Sialkot, Pakistan. *Soc. sci. med.* [serial on the Internet] 1995, [cited 2008 Mai 18]; 41:1685-1692.

12. Sontag S. A doença como metáfora. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.

13. Figueiredo NMA, Machado WCA (org). Corpo e saúde: condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada. 2009.

14. Mery E. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. [periódico na internet], 2007 [acesso 2009 mai 18]; Disponível em:

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/mery/artigos-25.pdf>.

15. Tedesco S. Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 1999 Set

[acesso 2008 Maio 18]; 21(3): 188-189. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

16. AOTA AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Uniform terminology for occupational therapy. *Am. j. occup. ther.*, 3. ed., v. 48, n.11, 1994.

17. Liberman F. O corpo como produção de subjetividade. *Cadernos de Subjetividade PUC.* São Paulo: 1997; 5 (2) : 12.

18. Dalcomo et al, Estudo de efetividade de esquemas alternativos para tratamento da tuberculose multirresistente no Brasil, *J Pneumol*, 25(2) - mar-abr de 1999.

19. Bittencourt AMFS. Cotidiano dos portadores de tuberculose inscritos em Programa de Controle de Tuberculose de um hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós Graduação em Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

20. Farmer P. Social scientists and the new tuberculosis. *Soc. sci. med.* 1997; 44 (3): 347-358.

21. Minayo MCS, Deslandes SF (org). Caminhos do Pensamento - Epistemologia e Método. 1ª ed, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

22. Polit DF, Hungler BP. *Investigação científica en ciencias de la salud.* 3ª ed. México: Interamericana; 1991.

23. Bardin, T. *Análise de Conteúdo.* Lisboa. Ed. 70; 2008.

24. Geertz, C. *A interpretação das culturas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

25. Gerhardt G, Penna ML, Natal S, Valente J. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar *Bol. pneumol. Sanit*, 1999; 7 (1).

26. Chretien, J. Tuberculosis y VIH. El duo maldito. *Bol Unión Int Tuberc Enf Resp*, 1990; 65 (1): 27-30.

Silva, AMFB, Mello FCQ, Figueiredo NMA *et al.*

27. Watts TE. The regularity of attendance of male tuberculosis patients diagnosed at Mulago Hospital between January and July in 1968 and in 1970. *Tubercle*. 1972; 53: 174- 181.
28. Nardi HCO. Ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: Duarte LFD, Leal OF (org.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.
29. Porto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(supl 1): 43-49.
30. Nascimento, DR. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
31. Grybowski, S. Cost in tuberculosis control. *Tubercle*. 1987 ; 68 (supl): 33-37.
32. Guerra MP. *Sida. Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século; 1998.
33. Huf DD. *A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem*. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.
34. Ferreira ABH. *Dicionário eletrônico: século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira e Lexikon Informática, 1999.
35. Boff L. *Ética e Moral: a busca dos fundamentos*. Petrópolis: Vozes; 2003.
36. Boff L. *Princípios de Compaixão e Cuidado*. Petrópolis: Vozes; 2000.
37. Paterson JG, E Zderad, LT. *Humanistic nursing*. National League for Nursing. New York; 1988.

Recebido em: 09/04/2010

Aprovado em: 25/09/2010