

# Percepções e Limites: Visão do Corpo e da Doença

HELEN GONÇALVES \*

JUVENAL DIAS DA COSTA \*\*

ANA MARIA BAPTISTA MENEZES \*\*\*

## RESUMO

---

O objetivo deste estudo foi revelar que algumas manifestações corporais são percebidas como mais graves pelos pacientes. Observou-se que a percepção e a representação social da tuberculose interferem na cura. Foram entrevistados pacientes com tuberculose e seus familiares e discutiu-se como a concepção diversificada da origem e contágio da tuberculose influencia o processo terapêutico. A capacidade de lidar com as dificuldades são, sobretudo, preocupações ligadas à vida social. O médico aborda o processo biológico minimizando sua atenção ao paciente, tornando-o mais sujeito à passividade. Essas perspectivas demonstraram as diferenças entre doentes e médicos no processo de adoecimento e cura.

**Palavras-chave:** Tuberculose; representação social; adesão.

---

\* Mestre em Antropologia, pesquisadora do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

\*\* Mestre em Epidemiologia, professor assistente do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

\*\*\* Doutora em Epidemiologia, professora titular de Pneumologia, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

## **ABSTRACT**

---

### **Perceptions and Limits: Looking at Body and Disease**

The study shows that some bodily manifestations are considered more serious for the patients than others. The general perception of society about tuberculosis was found to interfere with its cure. Patients and relatives were interviewed. There were discussions on how the diverse conception of the source and the contagiousness of the disease influenced therapy. The capacity of dealing with the difficulties was found to be related with social life. The doctor deals more with the biological aspects of disease giving little attention to the patient and making them more passive. These perspectives show the diverging point of view of patients and doctors in the process of disease and cure.

**Keywords:** Tuberculosis; social representation; commitment.

## **RÉSUMÉ**

---

### **Perception et Limites: Vision du Corps et de la Maladie**

Cet étude a eu comme objectif révéler que quelques manifestations corporelles sont aperçues comme plus graves par les patients. On a remarqué que la perception et la représentation sociale de la tuberculose interviennent dans la guérison. On a interviewé des patients tuberculeux et leurs familles. On a aussi étudié comment la conception diversifiée de l'origine et du contagion de la tuberculose influence le procès thérapeutique. La capacité de manipuler les difficultés est surtout liée à la vie sociale. Le médecin s'approche du procès biologique et rationne l'attention donnée au patient; cela lui rend plus assujetti à la passivité. Ces perspectives ont démontré les différences entre les malades et les médecins dans le procès de la maladie et de la guérison.

**Mots-clé:** Tuberculose; représentation sociale; adhésion.

Recebido em 16/4/99.

Aprovado em 30/6/99.

A Antropologia tem realizado estudos relevantes, salientando que a doença não deve ser concebida, unicamente, enquanto um fenômeno biológico em si, mas como uma elaboração simbólica, a partir de uma perspectiva social, cultural e histórica, própria de cada grupo estudado. Essas diferentes formas de vivenciar a doença, pelos agentes sociais, têm também estimulado os estudos que investigam as relações com as instituições, com os profissionais de saúde e os tipos de terapêuticas que se mostram mais adequados, no seu entendimento. Portanto, essas contribuições têm demonstrado que, cada vez mais, deve-se procurar, em diferentes recortes, a compreensão de diversas culturas e, principalmente, na área da saúde, sobre as concepções de corpo e as representações de saúde e doença que se mostram diferenciadas. As representações do corpo, para muitos indivíduos, se configuram de forma mais intensa durante a doença, afetando assim as suas relações no cotidiano. Essas percepções e representações do corpo influenciam a qualidade e a intensidade da participação do doente, em diversos âmbitos da vida social.

O objetivo geral do estudo é demonstrar que alguns sintomas e sinais são percebidos como mais graves, pelos indivíduos doentes e seus familiares, associados à percepção e à representação social da tuberculose. Tais percepções podem interferir no processo terapêutico de cura, tal como é recomendado pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT), ou seja, na ingestão diária dos medicamentos durante os seis meses de tratamento, como forma de controle horizontal da doença. Também será discutido como a concepção diversificada da origem e contágio da tuberculose influencia no modo de pensar e agir antes e durante o processo terapêutico.

Partiu-se de um projeto (Controle Epidemiológico da Tuberculose na cidade de Pelotas, RS) que incluiu diversos subestudos. De modo geral, o objetivo foi avaliar fatores de risco e incidência para casos novos de tuberculose, em pacientes de 20 a 80 anos, entre junho de 1994 e junho de 1995, com acompanhamento por mais seis meses (Menezes *et al.*, 1998).

O estudo etnográfico, como um subestudo, se propôs a verificar, entre outros objetivos, as razões existentes para a não-adesão ao tratamento. Utilizou-se o método etnográfico de observação participante, conjugado com as entrevistas semi-estruturadas e conversas informais. A primeira fase do trabalho de campo teve como objetivo manter contato com os profissionais de saúde do centro de saúde (CS), único local a tratar a doença na cidade. Obtidos os nomes e endereços das pessoas com tuberculose inscritas no PCT, as conversas foram, em grande parte, realizadas nas suas residências,

com presença de alguns familiares. Quando possível, foram abordados os familiares e os amigos dos doentes, colaborando para a compreensão das dinâmicas sociais. O universo da pesquisa foi composto por um grupo de homens e mulheres que procuraram o CS e tinham começado o tratamento para tuberculose há pelo menos um mês, ou seja, somente entrava-se em contato com o doente decorridos 30 dias de seu tratamento. Os informantes acompanhados mais intensamente foram abordados em diferentes períodos dos anos de 1994, 1995 (enquanto adoecidos) e 1996 (não mais adoecidos), totalizando um grupo de 50 indivíduos entre 16 e 81 anos.

### **As Preocupações durante o Diagnóstico**

A partir dos sintomas percebidos no corpo, Helman (1994) propõe uma autodefinição de doente que contempla oito pontos percebidos subjetivamente, sendo: 1) percepção de mudanças na aparência corporal (ex.: emagrecimento); 2) mudanças nas funções orgânicas regulares (ex.: respiração ofegante); 3) emissões orgânicas incomuns (ex.: escarro com sangue); 4) mudanças no funcionamento de um órgão do corpo (ex.: dor nas pernas, dificuldade de caminhar); 5) mudança nos cinco sentidos (ex.: perda de sensações); 6) sintomas físicos desagradáveis (ex.: suores, dor no peito, tosse); 7) estados emocionais exagerados ou incomuns (ex.: angústia, depressão); 8) mudanças de comportamento em relação a outras pessoas (ex.: isolamento). Dos oito pontos apresentados pelo autor, pelo menos seis são comuns nos relatos dos informantes contatados durante o período de estudo. Entretanto, numa autodefinição de doente, nem sempre se apresentam estados emocionais exagerados ou incomuns, ou são notadas modificações dos cinco sentidos; e nem mesmo se exclui a percepção dos outros.

Quando os doentes já têm uma pista clínica de suas manifestações “anormais” e já estão se consultando com médicos, quer sejam do CS, particulares ou dos hospitais e postos, muito mais do que uma expectativa está criada. Além das diferentes manifestações, a definição de ser doente passou, necessariamente, por uma discussão com outros, sobre suas sensações de mal-estar.

### **A Temporalidade da Percepção e da Doença**

A concepção de que no processo de adoecimento o corpo pode se tornar mais “visível”, tanto para si como para outras pessoas, pressupõe que a

forma de lidar com a descoberta de algo diferente do “normal” (doença) possa influenciar na condução da terapêutica. Durante a percepção do adoecimento, é a saúde e o *status* saudável são valorizados de forma diferente da vida diária, quando geralmente não se questiona se está (e até que ponto) saudável. Uma vez adoecidos, os indivíduos, de um modo geral, buscam a restauração da saúde, envolvendo freqüentemente a procura de indícios corporais que apontem uma melhora (antes ou depois da ajuda médica). Tais indícios podem tanto ser comunicados socialmente, através do comportamento do indivíduo, como pelo próprio corpo, numa linguagem não-verbal. Estas formas de comunicação permitem que a posição de doente seja percebida dentro de vários contextos (indivíduo e a família; indivíduo e o trabalho; indivíduo e a rede de amizades) e que a trilogia corpo / saúde / doença se desenvolva em diferentes níveis.

### Alertas Iniciais

Sinais e sintomas são definições delimitadas por conceitos biomédicos; porém, na prática diária dos informantes, não possuem o mesmo sentido. Tanto *senal* como *sintoma* são utilizados como sinônimos. É interessante relacionar essas ressemantizações (Boltanski, 1989), com a dificuldade (ou a forma diferenciada) que os grupos de baixa renda possuem, ao trabalharem com noções e fenômenos abstratos e invisíveis (como os vírus e as bactérias), e a necessidade de materializar estes agentes através de *sintomas* visíveis ou sensíveis, ou seja, que passam pelos sentidos e sensações corporais.

No estudo, as manifestações atribuídas à tuberculose, quando **não** estão relacionadas diretamente a alguma doença, são vistas como uma *indisposição* passageira. Isto pressupõe que os sinais, enquanto sensações isoladas, dispersas e não intensas — como dor nas costas, falta de apetite e tosse — não chegam a constituir inicialmente um quadro considerado doentio pelos informantes. A distinção e a classificação das sensações em doença são influenciadas e determinadas por um conjunto de elementos (por exemplo, a intensidade da dor, da tosse, do emagrecimento) que não passa somente pelos sinais isolados.

A Tabela 1 demonstrou algumas diferenças, dos dois estudos já citados, comparando quais são os sinais da tuberculose mais lembrados e valorizados pelos doentes. Dentro das diferentes sensações e sintomas corporais existe uma classificação hierárquica que está influenciando, conforme a intensida-

de e o tipo de manifestação, o espaço de tempo da procura de ajuda médica e, portanto, de uma autodefinição, de *estar se sentindo* doente.

**Tabela 1.** Comparação da frequência dos sintomas detectados pelos informantes nos estudos etnográfico e epidemiológico, Pelotas/RS.

Sinais/Sintoma	Componente Epidemiológico (n=152) †	Componente Etnográfico (n= 50) ‡
<i>Tosse</i>	132 (86,8%)	42 (85,0%)
<i>Catarro/escarro</i>	113 (74,3%)	43 (86,0%)
<i>Sangue no catarro</i>	42 (27,6%)	21 (42,6%)
<i>Emagrecimento</i>	123 (80,9%)	50 (100,0%)
<i>Falta de apetite</i>	107 (70,4%)	44 (88,2%)
<i>Suores à noite</i>	116 (76,3%)	38 (76,8%)
<i>Febre</i>	102 (67,1%)	33 (66,8%)

† No estudo epidemiológico a pergunta feita foi: “No último mês o Sr. teve?”, as alternativas eram sim ou não para cada um dos sintomas mencionados acima.

‡ O estudo etnográfico procurava captar os sintomas percebidos antes da consulta e/ou que ainda persistiam em diferentes etapas do processo de tratamento.

Sem discutir a distinção das abordagens, e com base nos dados de campo, observou-se que no estudo etnográfico o emagrecimento é um sinal extremamente valorizado e decisivo do processo de adoecimento, seguido da falta de apetite. No componente epidemiológico, o sinal mais mencionado por todos os entrevistados é a tosse, seguida do emagrecimento<sup>1</sup>. Um dos fatores para essa diferença pode estar no que a abordagem médica valoriza para o diagnóstico da tuberculose. A tosse produtiva há pelo menos três semanas é um dos pré-requisitos para investigação da doença, e talvez daí advenha o maior índice desta variável no componente epidemiológico do estudo. O emagrecimento em si não é indicativo apenas da tuberculose, mas comum a várias outras enfermidades que levam as pessoas a associarem a mudança

<sup>1</sup> O estudo de Job *et al.* (1986) faz uma discussão semelhante para a tuberculose. Os autores indicam que tosse, febre e sudorese noturna são sintomas mais recorrentes que outros e o tempo decorrido entre início dos sintomas e procura médica com um número percentual maior (34%) foi de menos de um mês. Job *et al.* sugerem a importância, em termos de saúde pública, de se poder educar a população sobre a doença. No entanto, o maior número de indivíduos detectou mudanças e procurou em menos de trinta dias os serviços de saúde, mesmo desconhecendo estarem com tuberculose — fato que nos leva a pensar qual a importância e o significado da educação sanitária enquanto não se privilegia a perspectiva do doente.

física à doença. Outros sinais, igualmente importantes para os informantes e determinantes para a procura de ajuda médica, não foram categorizados/captados pelo estudo epidemiológico, como por exemplo a *pontada*, a variação da coloração e o cheiro do escarro, o cansaço e a *fraqueza* (que difere do emagrecimento). O estudo epidemiológico (Dias da Costa *et al.*, 1998) mostrou que a maior parte das pessoas levou até 15 dias para começar a consultar, o que não significa que já não tenham se tratado anteriormente para sintomas atribuídos à pneumonia, bronquite ou gripe, com recursos médicos tradicionais (chás, xaropes) e oficiais (outros serviços de saúde). Essa possibilidade veio a ser confirmada nos contatos mantidos com os informantes. A procura de socorro e esclarecimento médico só é factível quando as sensações indicam a presença de algo que não mais depende dos recursos de que dispõem.

Quando as sensações aumentam de intensidade ou são diferenciadas de sintomas já sentidos, em outras ocasiões, os doentes tendem a procurar ajuda médica. Portanto, a percepção inicial de quais sintomas são mais preocupantes e o tempo que levam para a procura de ajuda médica apresentam uma correlação com o repertório de doenças mais comuns no seu meio e que não correspondem mais à intensidade das sensações sentidas.

No grupo entrevistado, grande parte dos indivíduos procurou ajuda clínica com até 15 dias decorridos da atribuição da percepção das mensagens corporais como “anormais”, o que não significa que, hipoteticamente, se hoje começasse a tosse e decorressem 15 dias, ocorreria a procura de ajuda médica. O que foi apurado no estudo etnográfico se diferencia do estudo epidemiológico, ou seja, os sintomas poderiam existir há mais de um mês, por exemplo, mas só foram considerados incontroláveis ou preocupantes quando já haviam decorrido aproximadamente dois meses. Isto só foi possível identificar com o depoimento mais detalhado dos informantes e familiares. Esses sinais, como salientado, poderiam existir há mais tempo, desde que não fossem considerados como prejuízo incapacitante físico e/ou moral. Alguns dos entrevistados relataram ter auto-administrado antibióticos, receitados por parentes ou já conhecidos pela história familiar anterior de doenças, tais como pneumonia, bronquite e gripe *forte*. Em Pelotas, não foram encontrados casos em que os agentes da medicina tradicional fossem solicitados antes dos médicos, mas o mesmo não se aplica para os recursos de cura. Houve casos em que receitas caseiras, como chás e xaropes, foram utilizadas antes, durante e após o tratamento quimioterápico da tuberculose. No estudo epidemiológico estas mesmas proporções foram encontradas.

## Relação com outras Doenças

Uma grande parte dos entrevistados atribui os primeiros sinais da tuberculose às enfermidades mais comuns, presentes no discurso médico local e facilmente explicáveis em seu meio, tais como: uma *forte pontada*, ou *pneumonia mal curada*, atribuída em decorrência, principalmente, da exposição alternada ao frio e ao calor; uma *gripe mal curada* (que permanece alojada no corpo). No entanto, a *gripe forte* e a *pneumonia forte* ou *pontada forte*, em vários casos, foram descritas como a *causa* (etiologia) e não são apenas vistas como sinais indicativos da tuberculose<sup>2</sup>. A *causa* (ênica) se mantém, mesmo depois do diagnóstico médico de tuberculose. Os depoimentos dos familiares, abaixo, são exemplos de como vêem a origem da doença.

“[a *pontada*], bem forte, foi dupla — foi uma *pontada* dupla, e isso dava muita tosse, e essas coisas nele. Só que ele sentia dor aqui assim do lado. Aquela dor assim. A gente tinha que erguer ele e tudo. Foi isso que deu nele; nunca tinha ficado doente, nunca, nunca. Deu este ano de novo, deu o ano passado e decerto não ficou curado e aquilo voltou. É a mesma, a mesma coisa, os mesmos sintomas” (Ana, esposa de doente, 35 anos).

“o médico me explicou que foi uma *pneumonia mal curada*, que como estávamos com um parente no hospital, fomos sempre visitar e ajudar. Como pegávamos chuva e frio nestas idas e vindas ele acabou por ficar bastante gripado e pegou uma pneumonia, e depois uma infecção [tuberculose]” (Maria, esposa de doente, 36 anos).

No entanto, estas duas causalidades (médica e leiga) estão entrelaçadas. Ambas incorporam nos seus modelos elementos destas perspectivas. Ambos os modelos “compreendem a estrutura, função e disfunção do organismo de um modo diferente” (Helman, 1994). Para a grande maioria dos casos contatados, o conhecimento de como a doença se instaurou ou surgiu demonstra que o discurso biomédico foi incorporado de uma forma específica (individual) pela visão leiga (Boltanski, 1989). Um exemplo disso são os depoimentos acima. Porém, dentro da visão leiga a etiologia da doença não tem, necessariamente, de ser um germe ou micróbio, pode ser uma entidade

<sup>2</sup> Clinicamente, a explicação dá-se pela baixa da resistência e não por serem enfermidades que afetam as vias respiratórias.

espírita ou uma conseqüência natural do desgaste corporal. Na consulta médica os modelos explicativos são influenciados por vários aspectos, tanto do médico como do paciente. Neste mesmo espaço, o poder legitimado do médico pode se sobrepor ao modelo (leigo) do paciente. Segundo Peltó e Peltó (1997), de modo geral, quando se fala em *conhecimento* está implicado que a informação está baseada em “fatos científicos”, ou seja, sobre a informação que as pessoas têm da moderna biomedicina. Enquanto que *crença*, usualmente, se refere ao termo *folk models*, também usado para conotar concepções errôneas, da perspectiva da biomedicina e que também constitui obstáculos. Em síntese, essas diferenciações, na prática, não podem se dar negando a perspectiva do paciente e quão ela está impregnada da médica (oficial) e da história social, pessoal e familiar sobre as moléstias. O mesmo pode ser considerado para o médico.

### O que a Vida Acumula

O desgaste físico/emocional no trabalho e/ou na vida da casa e que se *acumula* no corpo durante o decorrer da vida são concepções de corpo e explicações dadas para a tuberculose. É bastante comum o uso da expressão *pontada nas costas* para nomear e esclarecer o tipo de sensação sentida na região afetada. Dentro da semiologia médica, procura-se classificar as dores em diferentes tipos — um dos quais é a dor em forma de pontada. Esta aceitação e uso freqüente dos tipos de dor indicam que as percepções e noções leigas do corpo são reabsorvidas pela medicina, facilitando o diálogo e a compreensão, por parte do médico, dos sinais e sintomas do paciente. Dessa forma, a *pontada* está culturalmente ligada à pneumonia, nas concepções médica e leiga.

“Depois ele pegou uma gripe muito forte, uma *pontada*, e não curou direito, e ele foi ficando e foi ficando, e achando que ia ficar bom, e tomando remédio caseiro, uma coisa e outra, e aquilo foi indo, e aquilo foi se agravando, se agravando (...). Foi *pontada* e foi indo até atingir o pulmão, não é. Então por causa disso que ele veio ficar sofrendo do pulmão. Ele achava até que não era, achava que era bronquite, mas não era, não era bronquite. Aquilo virou, quando viu, atingiu o pulmão, acho que infeccionou, ou coisa parecida” (Rubem, pai de doente, 53 anos).

“(...) quando sentia muita dor, uma dor que eu não sei explicar como é que é, é horrível, uma coisa, eu tomava os remédios para infecção e não adiantava

— seguia com aquelas dores assim pelas costas (...). Acho que tudo começou quando um temporal começou, num dia quente, no verão. O vento e a chuva arrancaram as telhas aqui da casa, e estava quente, um calor dentro de casa e eu saí com as crianças para nos proteger, e aí é que com o choque do calor do corpo e com a chuva gelada e vento deu nisso, uma infecção na garganta e as febres, depois virou tuberculose” (Gladis, 25 anos).

A concepção de *acúmulo* no corpo, de eventos, sensações, micróbios e/ou doenças que não se manifestaram em determinada época é bastante recorrente e explicativa da origem da doença, como colocado nos relatos. Nessas tensões estão compreendidas desde as variações climáticas, até as tensões emocionais. No entanto, não é a única representação que surge; por ter *acumulado* o desgaste por tanto tempo, o corpo *perde* (enfraquece) a capacidade de se defender em algum momento, sendo este, então, o momento ideal em que a doença se manifesta ou se instaura. Essas situações que se *acumulam* no corpo-receptáculo permitem e/ou tornam-se receptíveis, em determinado período (em que o indivíduo está fragilizado), a desenvolver uma doença, quer pelo tipo de trabalho que desempenha ou por suas condições de vida. Neste sentido, a doença pode ser tanto um mal físico, quanto moral, expresso no corpo, ou decorrente de fatores naturais (clima frio, úmido) ou do comportamento do indivíduo (Duarte, 1986). Os componentes físicos e morais estão entrelaçados; a idéia que surge — de que as pessoas que tiveram poucos recursos financeiros, que souberam *aproveitar* as vantagens na vida e que hoje trabalham mais com o corpo estão, talvez, mais expostas a doenças — demonstra que as fronteiras são fluidas entre ambas categorias.

Observou-se que o fato de *assumir* que as sensações eram decorrentes de alguma doença significava muito mais do que *estar* doente. Resumidamente, demonstra-se que concretizar a situação de doença/doente através de um diagnóstico médico é um processo complexo e às vezes bastante dramático, porque desencadeia uma série de acontecimentos, que acionam outros eventos indesejáveis e principalmente, no momento, incontroláveis para o doente. Nesse sentido, dentro do observado, os médicos não estão considerando a abrangência das alterações cotidianas como um fator importante para a adesão à terapêutica. A doença é uma construção social, porque está envolta e é afetada por mais elementos que o próprio indivíduo e o seu corpo (Conrad e Schneider, 1992). A ameaça de uma mudança na condição social, mesmo que temporária, de ser pai ou mãe é um dos agravantes da doença

e, por vezes, da não conclusão do tratamento como prescrito. Sem essa concepção, os médicos não consideram esses acontecimentos, desencadeados pela doença, com um ponto importante para que o tratamento tenha o êxito desejado pelo PCT.

As manifestações da doença, somadas ao crescente emagrecimento, por exemplo, demarcam a presença de um desequilíbrio orgânico, que pode influenciar na visão de mundo do doente, como ocorreu em épocas passadas com os “*tuberculosos*” internados nos sanatórios (Nogueira, 1949). Portanto, o reconhecimento do diagnóstico, juntamente com o desenvolvimento da sintomatologia, exige que a pessoa rompa drasticamente com seu cotidiano e assuma o papel de doente, o que implica outras articulações e comportamentos sociais ou doenças, muitas vezes estigmatizadas ou negadas. Todavia, a ruptura se dá em outro nível, menos intenso de modo geral, para aquelas pessoas que procuram o serviço de saúde antes do avanço da doença. Salienta-se a existência de uma gama variada de situações e de implicações, que não podem ser esgotadas neste trabalho. A diversidade das reações não permite que se faça, a não ser analiticamente, um recorte e uma classificação de grupo(s) das expectativas e reações do processo pré e pós-diagnóstico.

No momento inicial (pré-diagnóstico) — que é de reconhecimento e de classificação das diferentes sensações, a preocupação de *ser* ou de *se achar com* — não surge, na grande maioria dos entrevistados, a possibilidade de ser a tuberculose a causa dos sintomas<sup>3</sup>.

Poucos foram aqueles que pensaram, inicialmente, na hipótese de ter tuberculose. O fato de estarem ou não doentes é a angústia maior, mas isto não se refere unicamente à tuberculose-doença e sim, à categoria doença e/ou saúde. Alguns sintomas são característicos e mais conhecidos por outras doenças. Os que consideraram a probabilidade de ter contraído tuberculose são aqueles que mantiveram contato com alguém doente (com tuberculose),

<sup>3</sup> A tuberculose é uma doença inicialmente pouco citada, quando da especulação dos sintomas iniciais. Este fato deve-se talvez aos seguintes fatores: 1) a tuberculose é uma doença que tem seu diagnóstico muitas vezes tardio, pela falta de melhor investigação médica e por ser uma doença insidiosa (“comecei a sentir febre e dor de garganta e me trataram para infecção até descobrirem a tuberculose”); 2) pela qualidade do atendimento disponível na rede pública (“o pronto-socorro não me adiantava nada, me davam um comprimidinho lá e nunca me adiantou nada”); 3) pela pouca divulgação da doença, como recorrente (“*nem sabia que isso ainda existia*”); 4) e pela falta de melhor investigação das queixas (“só diziam que isso é uma tosse, uma coisa simples”). Entretanto, apesar destes motivos mencionados, o doente ainda poderia associar os sintomas à doença. Cabe perguntar: por que então a tuberculose não faz parte do repertório inicial das doenças possíveis de se ter? A investigação de quais sintomas estão preocupando as pessoas é um indicativo de resposta.

recentemente, ou que têm presente em sua memória lembranças de algum amigo, vizinho próximo ou parente doente. Salienta-se que a partir da experiência mais próxima, os indivíduos primeiro identificam e depois associam os sintomas à tuberculose, principalmente depois da(s) consulta(s) médica(s).

### **Sensações: as Prioridades e suas Relações**

O emagrecimento constante é um dos sinais que mais têm chamado a atenção de todos os informantes, inclusive dos amigos ou parentes. Está associado à concepção da *fraqueza* corporal: perda das forças, perda de apetite, cansaço, falta de ânimo.

“(...) eu tive duas gripes, foi das primeiras coisas assim, gripe mal curada mesmo. Aí então eu tive aquelas gripes fortes e um fastio que eu não podia comer, não podia comer nada, nada, só um café com leite, e aí então eu... é como digo, a tal de gripe que me deixou assim — aí não podia comer e aí a pessoa ia enfraquecendo. Baixei uns quantos quilos, até me esqueci quantos quilos baixei” (Elisa, 81 anos).

A comparação com o peso anterior e o aspecto do corpo atual é um fato sempre mencionado. A concepção de doença, que se exalta nesse momento, é daquela que realmente definha o corpo em sua força e massa.

“Eu estava no meu peso normal, era 60 quilos, depois de um mês, antes de eu ir para o hospital, eu me pesei e eu estava com 48. E eu não sei, quando, quando eu baixei o hospital, olhe lá se eu estava pesando os 48 quilos (...). Magrinho, fiquei que é puro osso” (Luís, 42 anos).

Quando o corpo começa a emagrecer sem motivos identificados pelos próprios indivíduos, a causa é atribuída a alguma doença mal curada, e/ou à alimentação irregular e/ou ao comportamento do indivíduo.

“(...) bate a falta de vontade da pessoa comer e a pessoa não dá, e se forçava muito vomitava, quer dizer que não valia a pena (...). Tomava mais era leite, comia fruta, essas coisas assim” (Silvio, 31 anos).

Ressalta-se a multiplicidade de fatores que afetam as concepções e representações de doença. O alimento é a substância que nutre, que dá

energia (força) ao corpo e que o preserva e o *sustenta no combate às* doenças. Parte desta concepção é apreendida pela cultura popular (com informações provenientes da sua rede de amigos, de parentes e do trabalho), pelo discurso médico; outra é pela mídia, que incentiva o consumo de determinados alimentos, atribuindo-lhes propriedades nutritivas que muitas vezes não correspondem à sabedoria científica. Existem outros indicadores de que a nutrição, através dos alimentos, não é a única via de recuperação da capacidade corporal — o soro é um exemplo. Aqueles informantes que foram internados para exames diagnósticos ou para começo do tratamento da tuberculose tinham a noção de que o soro, administrado no hospital, era de fundamental importância para sua recuperação, pois o líquido injetado na veia é nutritivo; nele estão contidas as substâncias necessárias para que o sangue fique *forte*; o soro contém substâncias semelhantes ao sangue, tão *fortes* quanto o próprio sangue. Portanto, é o sangue *forte* que *sustenta* o corpo.

Outra importante concepção evocada e associada à *fraqueza* é a do desgaste corporal decorrente do trabalho pesado ou insalubre, e do consumo de bebida alcoólica de forma contínua (como hábito) ou de modo excessivo por um determinado período (como na juventude). Estas concepções surgem mais nas narrativas dos homens. No exemplo abaixo, o trabalho e a bebida influenciaram no seu processo de adoecimento.

Carlo: “(...) aí eu fui para o Touring, e o Touring que me ralou sabe, eu estava bem. Mas nesses banhados, para tirar esses carros, no inverno gelado, o cara pegava e tirava os sapatos para entrar dentro d’água, tomava um banho gelado, foi *acumulando*. Aí eu entrei de férias e eu adoeci. Aí eu fui na doutora e estou me curando, graças a Deus”. (...) Eu não estava comendo, não estava com fome, mas é por causa do (...)”.

— “Da bebida?”

Carlo: “Aí eu fui lá nela [médica], ela me deu até uma mijada<sup>4</sup>, me mijou e eu fiquei quieto, ela tem razão. Mas desta vez eu não boto mais, posso tomar uma cerveja, isso aí ela disse que dava, mas cachaça, uísque, esses troços não mais” (Carlo, 55 anos).

<sup>4</sup> Expressão coloquial muito empregada no Sul do Brasil, que significa “dar uma bronca” ou também “brigar”.

Ressalto que de todos informantes com história *anterior* de alcoolismo (seis homens) por eles mencionada, apenas um está casado, morando com a esposa e os filhos. Portanto, as narrativas femininas sobre a bebida e a doença não foram captadas, porque não fazem parte da realidade das pessoas contatadas com tuberculose. As mães entrevistadas evitaram tal assunto.

O tipo de trabalho e vida, segundo relatos, é a *única* opção para quem *não estudou* e é importante para diferenciar qual o tipo de doença possível de se ter. Os entrevistados que não terminaram o 1º grau completo sentiam que suas chances no mercado de trabalho estavam bastante prejudicadas, pois não conseguiam melhores empregos, e isto significa que não poderiam exercer profissões que exigissem menos da força corporal. Sendo assim, seu corpo estava sendo sobrecarregado e com o decorrer do tempo estaria menos apto para as atividades até então realizadas. Alguns relatos mencionam a tuberculose como uma doença consumidora de forças; relacionam esse evento ao agente etiológico da doença, à forma como esse agente se mantém e prejudica o corpo:

“acho que é um bichinho assim, eu vi lá no Centro de Saúde, num cartaz, é um bichinho assim, compridinho, que **vai comendo** assim por dentro, vai comendo o pulmão e assim vai” (Mariana, 21 anos – grifo nosso).

## O Sinal Incontrolável

A tosse é um dos sintomas de doenças respiratórias há muito tempo presente, tanto no discurso popular, como no oficial. É a partir da tosse que as pessoas começam a se preocupar e acreditar que na região “dos pulmões”, “das costas” localizam-se a dor e o problema; além do fato de que a tosse, quando excessiva e persistente, pode levar a uma hemoptise, sendo então especificamente associada a um *problema* no pulmão. A sensação de estar com *falta de ar* é mencionada para reforçar o local atingido.

“Aí aquela tosse começou a agravar demais (...). Eu encostava a moto na porta da cozinha aqui e ficava meia hora tossindo. Chegava a me doer assim, cabeça, peito aqui assim tudo. Aí foi, foi um dia que eu... eu não suportei mais aquela tosse. Eu soltava o serviço às seis horas e eu ia consultar lá no Clínicas [hospital] e já não adiantava — isso aí tem que ser, tem que procurar um médico, tem que fazer um tratamento (...). E a tosse cada vez mais. Pô, tossia

a noite inteira! Acho que eu tive quatro ou cinco meses tossindo e sem parar! Não agüentava mais (...). Eu peguei dali do Clínicas e sempre com aquela tosse. No fim eu já estava desesperado de tanta tosse, não agüentava mais, e ainda pegava muito frio com a moto, tu sabes que a moto a gente pega muito frio. Eu peguei uns meses meio frio, uns dias frio, e... peguei e fui lá na Beneficência [hospital] lá embaixo, fui no pronto-socorro ali e consultei. Cheguei ali e tal... e aí uma doutora me atendeu, me examinou, peguei e expliquei para ela, eu estou assim, assim, acho que já fazem quatro ou cinco meses que eu estou tossindo, eu não paro nunca de tossir, é noite e dia... eu já estou que não agüento mais, eu já estava com o peito e tudo que não agüentava mais de tanta tosse, já pensou quatro ou cinco meses tossindo noite e dia (...). Aí ela pegou e disse: “— Olha isso aí é, pode ver, tem 90% de chance de ser o vírus da tuberculose”. Eu nem sabia o que era isso. E perguntei para ela: “— Isso é grave?” E ela: “— Ah é, isso aí é grave sim” (...) e pegou e disse para mim: “— Olha tu tem que ir no Centro de Saúde, e falar com o médico tal” (...). E aí fomos [ele e a mãe] no Centro de Saúde e por fim eu estava que... até as forças eu estava perdendo, de tanto tossir (...). Aí fomos lá, consultei com este médico (...) e eu entrei assim, e ele olhou para mim assim, ele pegou e disse assim para minha mãe: “— Mas este rapaz já era até para tá baixado”, diz ele. Eu me assustei, ué, oh! louco, vou bater [morrer] agora!” (Paulo, 31 anos).

A princípio, nenhum informante considera a tosse um sintoma de doença. No entanto, quando a ela se somam as dores e a tosse se torna incontrolável, passa a ser um sintoma que requer investigação e/ou tratamento — principalmente quando acompanhada de sangue e/ou catarro purulento. O que se percebe é que a tosse sempre será um sintoma de que algo errado com seu corpo está acontecendo, mas dependendo da intensidade com que esta se manifesta e da sua associação com outros fluidos (como o sangue e o escarro) pode ser mais ou menos grave e não preocupante. Neste ponto, as concepções médicas e leigas não parecem conflitantes. O contato com os fluidos corporais, até então presentes apenas no espaço interno do corpo, contemplam a idéia de gravidade dos sinais percebidos e a preocupação de ser uma doença incurável e capaz de matar, como a Aids. Essa associação surge frequentemente nos relatos dos informantes que emagreceram rapidamente e expeliram sangue, também no escarro. No entanto, a possibilidade de estar com Aids nem sempre é algo discutido abertamente com parentes ou amigos, por uma série de implicações que abarcam, entre outras, os estigmas,

os medos e as mudanças familiares. Muitas vezes, são os próprios parentes que perguntam ao médico, ou ainda insinua e/ou induzem o assunto em casa, procurando pistas nos sintomas corporais e nas narrativas que confirmem ou não sua suspeita. Existem aqueles que perguntam diretamente ou já rotulam sem maiores constrangimentos.

“(…) que não conseguia nem assim falar e respirar direito, que tinha uma dor constante do lado do peito, emagreci muito, perdi a fome completamente, cheguei achar que era Aids” (Maria, 25 anos).

“(…) lá no hospital a minha amiga pediu que fizessem o teste de HIV, mas deu negativo, eu não tenho Aids” (Flávio, 35 anos).

Em alguns casos os sintomas ainda não diagnosticados também podem ser atribuídos ao câncer, ou por desconfiança própria ou por suspeita médica:

“(…) começava a tossir e ficava chiando assim um pouco, e aí eu tive assim um mês, dois meses, às vezes eu tinha, não era sempre. Eu até achava que era causado por pó do meu apartamento (...). E aí eu continuei um pouco assim, mas depois sumiu... e, mas aí o pai e a mãe insistiram para eu ir ao médico, sei lá para ver o que podia ser, uma coisa assim [câncer]. E ele [médico] para fazer um raio-X, coisa normal. E aí eu fiz um raio-X e apareceu uma bolota assim no meu pulmão. E aí eu levei um susto. O que pode ser? E ele olhou e disse que não me assustasse, que coisa ruim não devia ser. E que provavelmente podia ser o que chamam de hematoma, que é tipo de um tumor benigno no pulmão” (Milton, 25 anos).

A preocupação e a suspeita mencionada, de que seus sintomas, no período anterior ao diagnóstico de tuberculose, poderiam ser sinais da Aids ou do câncer, confirmam que as representações são reelaboradas e contextualizadas em determinada situação e contexto social (histórico, local, atual), onde suas idéias e ações tenham sentido e significado para aquele momento de vida (Moscovici, 1990; Magnani, 1988).

### **O que Deve Sair, o Escarro**

O escarro é um dos sinais que mais incomodam os informantes do estudo; as queixas geralmente abordam a expectoração, a coloração e o cheiro.

O escarro, sintoma comum em outras doenças respiratórias, incrementa a suposição ou dá a certeza de ser uma doença anteriormente *mal curada*, geralmente uma pneumonia ou uma gripe. Existe a dificuldade de compreender o que acontece com o pulmão, além das cavernas, por exemplo, que são tão abstratas quanto a doença, para os informantes. Uma doença que é capaz de contaminar qualquer pessoa, mesmo saudável, sem qualquer sintoma/sinal de gripe ou pneumonia. Porém, o fato de não conseguirem abstrair o *micróbio/vírus/bichinho* da tuberculose não significa que desconheçam sua existência e desacreditem que estão com tuberculose.

O trabalho de Ailinger e Dear (1997) com imigrantes latinos registrados para ingresso na terapia preventiva de tuberculose, em um departamento municipal de saúde norte-americano, revela que a dificuldade de entender o processo de desenvolvimento da tuberculose também se dá em outros contextos, mas que uma das categorias em que esta dificuldade se coloca mais evidenciada é via contágio. Os autores pretendem demonstrar o pluralismo (leigos e oficiais), destacando que a percepção do “cliente” é importante para o suporte necessário, que conduza a uma terapia preventiva de tuberculose. No entanto, enfatizam que os “clientes” explanam suas doenças infecciosas “em termos de suas experiências de vida em seus países de origem, senso comum, e uma informação limitada disponível a eles” (*idem*, 1997). Para tal conclusão, não fazem qualquer análise das categorias êmicas, portanto, a visão destes “clientes” não chega a ser compreendida.

No entanto, em Pelotas, o número de casos dos que acreditam que a origem do seu mal é consequência de uma gripe ou pneumonia *mal curada* se mostrou mais comum nos que percebem a coloração amarelada em seu escarro, com alguns filetes (amarelados, esverdeados ou com sangue) em partes dele. A grande maioria considera ser uma forma de expelir o próprio vírus ou micróbio, que está causando os sinais “anormais”. Mais claramente, é expelindo a “inflamação” que se tem menos micróbios, ainda que esta relação nem sempre se mantenha nítida.

O fato de o escarro ser visto como uma inflamação salienta duas concepções do processo de adoecimento, segundo os informantes: o de ter uma quantidade relativamente grande de inflamação interna, a ponto de escarrá-la; segundo, de conter no escarro os agentes causadores da doença. Mesmo que ainda não sejam sabedores de seu diagnóstico, parte desta representação vem do discurso médico já introjetado. A idéia que está perpassada é a de limpar os pulmões, colocando o impuro (a doença) para fora. O tipo de

exame diagnóstico realizado está também influenciando no modo como é percebida a doença, tanto no local onde o corpo é afetado, como no fluido contagioso. Deste modo a tuberculose, uma vez detectada através do exame de escarro, é vista e associada aos pulmões, ou a uma doença não curada nos pulmões.

Nogueira (1949) e Sontag (1984) exemplificam em seus trabalhos estas representações da tuberculose, em que a aparência externa é oposta à condição interna do corpo. Nogueira comenta que evitar de engolir o próprio escarro era uma prática comum do regime higieno-dietético e que tinha a finalidade de “evitar os efeitos da auto-infecção”. Parece que esta prática pode ser estendida até os nossos dias. Por exemplo, o cartaz fixado na porta da secretaria do Programa, em Pelotas, mostra um pulmão sendo limpo por um rodo — equipamento utilizado para limpar chão e vidros sujos em propagandas de alvejantes e desinfetantes para o chão do banheiro e/ou da cozinha, lugares contaminados por “germes e micróbios”. O escarro, para os informantes, deve ser expelido sob pena de a infecção *crescer* e não haver mais solução, principalmente quando *passa* para outras partes do corpo. Por exemplo, um informante explicava, através de sua radiografia do tórax e da face, que as partes brancas no rosto eram a infecção (tuberculose), que havia *passado* para a *cabeça* e se tornava um câncer que *lhe comia* por dentro. Contudo, o que é importante salientar são as representações de alguns fluidos corporais como malignos.

Os fluidos malignos são aqueles que possuem, negativamente, uma associação com dores, sangue e características especiais como cor, odor, consistência e volume. Além dessas propriedades, estes fluidos são produzidos por um agente mórbido — um *bichinho* ou *micróbio*. Quanto maior é a presença visível desses fluidos, maiores são a certeza da gravidade do problema, a dúvida e a preocupação sobre o que *está ocorrendo* dentro do corpo. A visibilidade da doença está manifesta no que sai (através do escarro, vômito) e nas radiografias, pedidas pelo médico e que são bastante difíceis, para um leigo, de ser interpretadas de modo correto. Isso demonstra que as leituras das sensações corporais estão imbuídas de interpretações, representações e percepções possíveis e compartilhadas no seu contexto social. Demonstram, inclusive, a interação com o discurso e o modo de atuar do sistema médico — isto é, por meio dos líquidos corporais é que se pode detectar algo; é através da visibilidade (exames, coleta de material) da manifestação mórbida que se chega a um conhecimento maior da doença.

## Sangue Vivo

A presença de sinais considerados igualmente graves, como a tosse seguida de *sangue vivo no escarro*, induz a uma correlação mais imediata com a noção de doença e com a *fraqueza*. Expelir sangue expõe o indivíduo a situações incontrolláveis (porque espontâneas e involuntárias). Além disso, perdem-se o líquido e a substância da vida, reavivando a imagem, agora próxima e real, da morte. A perda de sangue é vista como mais grave do que o catarro da tuberculose; este último é mais comum em outras doenças, enquanto que o sangue, por ser considerado um líquido/substância muito importante do corpo, não deve ser perdido, muito menos quando essa perda é expelida sem o controle do indivíduo.

Os humores, nestes casos, estão presentes e visíveis, como fluidos e atividades corporais que não se submetem ao controle físico, que têm repercussões culturais/sociais, pois não há regras de quando, onde e na presença de quem eles possam surgir (por exemplo, um escarro com sangue). Portanto, os humores são percebidos como perigosos, em função de um código cultural específico que separa substâncias impuras e puras (Douglas, 1976). A oposição e a comparação entre o interno e o externo no corpo do doente com tuberculose são uma constante, por exemplo, quando se tem o escarro sangrento. Esta mesma analogia pode ser transposta para o processo de cura (pré-diagnóstico, diagnóstico e pós-diagnóstico).

A fase pré-diagnóstica pode ser vista como mais exteriorizada e mais moralizadora, quando se atribuem as causas ao estilo de vida, ao trabalho, a *acumular* tensões ou emoções. Enquanto que no diagnóstico e pós-diagnóstico o enfoque se dá mais na exteriorização do interno, levando a preocupações com os fluidos e os contágios. Ou ainda se pode pensar que são formas diversas de lidar com o interno ou externo do corpo, quando propicia ver-se de um ângulo que não é, necessariamente, o mesmo para outra fase deste processo.

“Tive tosse, só que uma tosse seca, uma tosse meio seca, sem escarro e sem nada, só tosse (...). É, um dia eu estava abaixado assim e me veio aquele calor assim suspeito, botei mais de um litro de sangue pela boca. Aí passaram-se quatro dias depois e botei mais meio litro e pouco, aí me assustei e fui lá no médico, falei com ele: “— Não, isso aí é normal nesta doença?” (...) Tá eu vim para casa e fiz o tratamento, e hoje tem vezes que aparece um sinal de

sangue às vezes, aparece aquele sinal, mas pouquinho coisa, coisa mínima que boto para fora. Mas não é claro que isso é da doença. E diz que o doutor é especialista nesta doença (...). Decaí no peso, eu decaí” (Nilo, 40 anos).

Neste depoimento, pelo menos cinco pontos são relevantes para demonstrar que a percepção da gravidade dos sintomas (classificados como doença) aumenta as chances de uma procura médica mais imediata. A princípio, uma tosse que não foi associada a algo mais grave, por não apresentar nenhum indicativo que a diferenciasse de algo perigoso ou de uma gripe mal curada. A presença do sangue (fluido vital) colocado pela boca em quantidade é extremamente preocupante, mostrando a fragilidade do corpo frente ao problema, agora associado à idéia de doença grave. É com a procura de um médico especialista que se tem constatada a significância médica do sinal (sangue) dentro do contexto da doença. Outro fator presente é o cuidado com o tratamento — não quebrar as regras recomendadas é uma das garantias dadas pela Medicina para a recuperação da saúde. Por fim, o peso que não retornou ao seu “normal” significa perigo, presença da doença ou de não recuperação total do dano causado ao corpo pela *fraqueza*. Portanto, requer maiores cuidados e, assim, induz à percepção da gravidade da tuberculose como uma doença capaz de matar.

Deve ser salientado que o corpo, para os entrevistados, não tem uma representação única, pretensamente utilitarista e de sobrevivência, no sentido do trabalho, mas de um espaço específico para diversas expressões significativas. É a partir do corpo que os indivíduos mantêm uma relação direta com o mundo. O *trabalho* é um fator importante para essa relação, talvez um dos mais preocupantes, porque dele depende uma série de outras questões que estão implicadas, tais como: o autocontrole, o lazer, o prazer, a autonomia de ir e vir. Além disso, o *trabalho* pode funcionar *como* ou *ser* um símbolo; ou ser um indicador de capacidade intelectual e física; de participação social; de mudança de papéis dentro da casa / empresa / instituição; papel moral de ser homem ou mulher; de capacidade de prover (Gonçalves, 1998); de realização pessoal e emocional. O conflito de *estar* doente para alguns se acentuava quando não mais trabalhavam, ou porque estavam impossibilitados de exercer suas antigas funções, ou porque era pelo trabalho que sua *posição* como indivíduo se firmava. Ou seja, muitas vezes as percepções das alterações corporais se concretizavam pelo trabalho.

## Considerações Finais

Segundo Boltanski (1989), a representação corporal, nas classes populares pesquisadas, tem um forte componente utilitarista. A doença é percebida como uma manifestação brutal, visto que os sintomas que a precederam não foram assimilados. O argumento relaciona a percepção do corpo em diferentes classes com o uso social que se faz deste. Em outras palavras, um aumento da atenção às sensações corporais mórbidas, dos indivíduos de classes populares, causaria, em consequência, uma diminuição da atividade física.

Tentando transpor este tipo de argumento no confronto com os dados deste estudo, o que se encontra não é, em parte, uma redução do esforço físico em decorrência de um maior reconhecimento das sensações mórbidas do corpo. Inicialmente observa-se que, em muitos casos, o reconhecimento das sensações dolorosas leva a um esforço maior da sua capacidade física. O indivíduo afetado por sensações “anormais” tende a superá-las, expandindo, por exemplo, o tempo de procura de um diagnóstico clínico que confirme a doença.

Talvez parte dessa apreensão esteja influenciada pelo modo com o qual os informantes articulam-se no campo profissional. A superação dos limites de capacidade física está ligada à concepção de enfrentamento da doença; isso ocorre em ambos os sexos. A idéia de não poder se *entregar* para a doença é recorrente nos relatos de alguns informantes. Não é apenas uma atitude mais (ou apenas) masculina frente à doença, mas uma atitude encontrada em pessoas que se pensam injustiçadas com a tuberculose, e que tiveram uma ruptura drástica com seu cotidiano. A relação estabelecida com a doença e a rede social, em que o doente está inserido, está intrinsecamente ligada ao que possa vir a acontecer quando todos (e aí estão incluídos amigos ou não) souberem da tuberculose, ou quando a doença não for estagnada em sua evolução e curada. A capacidade de enfrentar e superar as dificuldades advindas de uma série de situações são sobretudo preocupações que estão ligadas à vida social (trabalho, lazer, família) muito mais do que à vida individual (homem, mulher). Embora sejam relativos a cada caso, os papéis esperados e cobrados socialmente de cada indivíduo fazem com que estes superem as suas dificuldades em relação aos outros e à doença, colocando-se em posição de ser rechaçados (principalmente pelo contágio) ou admirados.

Dentro do observado, o médico, por sua vez, alerta para o processo corporal e biológico, minimizando sua atenção ao paciente como um ser

social, tornando-o assim mais sujeito à passividade. Isso é válido quando o médico não investiga e não relaciona as mudanças no cotidiano, por *estar* doente, com os comportamentos que alteram a terapêutica de cura, limitando assim a sua atuação e a do doente à ingestão dos medicamentos. Ambas as perspectivas demonstram a necessidade de perceber e diferenciar os olhares — do doente, da família e do médico — para o processo de adoecimento e de cura.

### Referências Bibliográficas

- AILINGER, R.; DEAR, M. Latino immigrant's explanatory models of tuberculosis infection. *Qualitative Health Research*, v. 7, n. 4, p. 521-531, 1997.
- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. From badness to sickness: changing designations of deviance and social control. In: CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992. p. 17-37.
- DIAS DA COSTA, J.; GONÇALVES, H.; MENEZES, A. M.; DEVENS, E.; PIVA, M.; GOMES, M.; VAZ, M. Controle epidemiológico da tuberculose na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: adesão ao tratamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 409-415, abr.-jun. 1998.
- DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- DUARTE, L. F. *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- GONÇALVES, H. Corpo doente: um estudo sobre a percepção corporal da tuberculose. In: DUARTE, L. F.; LEAL, O. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, p. 105-120.
- HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- JOB, J.; GOZZANO, J.; BERNARDES JÚNIOR, O.; GARCIA, R.; MIRALHES, O.; MIRANDA, M. Informações que antecederam o diagnóstico de tuberculose pulmonar e tempo decorrido até o início do tratamento em pacientes matriculados no centro de saúde, São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 21-25. 1986.
- MAGNANI, J. Discurso e representação, ou de como os Baloma de Kiriwina podem reencarnar-se nas atuais pesquisas. In: CARDOSO, R. *Aventura antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988, p.127-140.

- MENEZES, A. M.; DIAS DA COSTA, J.; GONÇALVES, H.; MORRIS, S.; MENEZES, M.; LEMOS, S.; OLIVEIRA, R.; PALMA, E. Incidência de fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do sul do país. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 1, p. 50-60, abril 1998.
- MOSCOVICI, S. *A máquina de fazer deuses: sociologia e psicologia*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- NOGUEIRA, O. Experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar em São Paulo. *Sociologia: Revista Didática e Científica*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 3-18 / 20-32. 1949.
- PELTO, P.; PELTO, G. Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New York, v. 11, n. 2, p. 147-163, 1997.
- SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.