

Perspectivas #131

Culpando a vítima: conhecimento sobre tuberculose está associado a um estigma maior no Brasil

Mollie J. Cohen e Heather Ewing

com Marshall Eakin, Timothy Sterling
y Elizabeth J. Zechmeister

Vanderbilt University

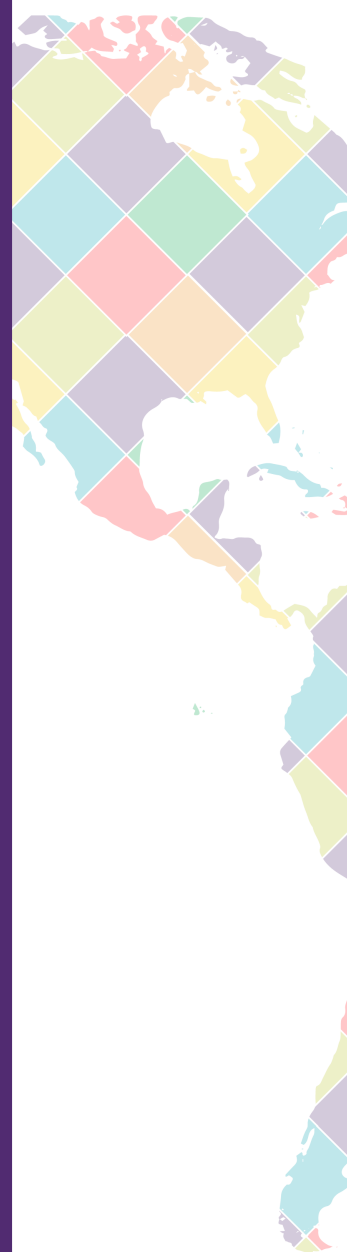
mollie.j.cohen@vanderbilt.edu

heather.m.ewing@vanderbilt.edu

20 de Março de 2018

Resultados principais:

- 16% dos brasileiros acreditam que pessoas infectadas com tuberculose ativa deveriam se sentir envergonhadas da doença e merecem estar doentes devido a comportamento imoral.
- Um maior nível de educação é associado negativamente com expressões de estigmatização de pessoas com tuberculose (TB).
- O nível de conhecimento sobre tuberculose (TB) é razoavelmente alto no Brasil: mais de 60% dos brasileiros tem conhecimento sobre infecção de tuberculose latente.
- Indivíduos com maior nível de conhecimento sobre a TB tem uma maior probabilidade de apresentar atitudes estigmatizadoras em direção a pessoas com tuberculose ativa.



A tuberculose (TB) ultrapassou o HIV em 2015 como a principal causa de morte por doenças infecciosas (World Health Organization 2015). Por décadas, a TB tem sido uma das dez principais causas de mortalidade do mundo (World Health Organization 2018). Apesar de afetar pessoas em todo o mundo, a TB afeta de forma desproporcional os países com renda baixa e média, especialmente indivíduos que moram em grandes centros urbanos. No Brasil, onde mais de 85% da população vive em áreas urbanas, incluindo algumas das maiores cidades em toda América Latina a TB é um problema de saúde pública importante. Em 2015, foram reportados 84.000 novos casos de TB, o que faz do Brasil um dos 20 países que mais sofrem com a doença (Pelissari e Diaz-Quijano 2017).

Em lugares com altos níveis de TB, como o Brasil, o estigma social afeta as pessoas infectadas de forma adversa e, ironicamente, os sistemas de saúde encarregados de tratamento (Kelly 1999; Louw et al. 2012; Lee et al. 2017; Courtwright e Turner 2010). Os pacientes que sofrem estigma devido ao conhecimento público de seus diagnósticos de TB frequentemente passam a ser isolados socialmente, o que pode levar a uma redução substancial na qualidade de vida desses indivíduos, e contribuir para piora em indicadores de saúde pública (Louw et al. 2012; Courtwright e Turner 2010). O impacto negativo do estigma sobre pacientes pode diminuir a eficácia dos sistemas de saúde, pois as clínicas passam a ter dificuldade em manter os pacientes que enfrentam as consequências negativas da estigmatização social. O abandono do tratamento da tuberculose aumenta o risco de desenvolvimento de resistência a medicamentos, levando assim a uma severidade da infecção (Courtwright e Turner 2010; Kelly 1999; Lee et al. 2017)¹.

Governos em sociedades com altos níveis de TB frequentemente conduzem campanhas para aumentar o conhecimento da população sobre a doença e minimizam a prevalência de atitudes estigmatizadoras. Porém, ainda que diversos estudos tenham demonstrado que a estigmatização tem efeitos negativos sobre os pacientes e os sistemas de saúde pública, poucos estudos representativos em nível nacional avaliaram a relação entre o conhecimento específico da TB e a prevalência de atitudes estigmatizadoras na população (veja Rood et al. 2017).

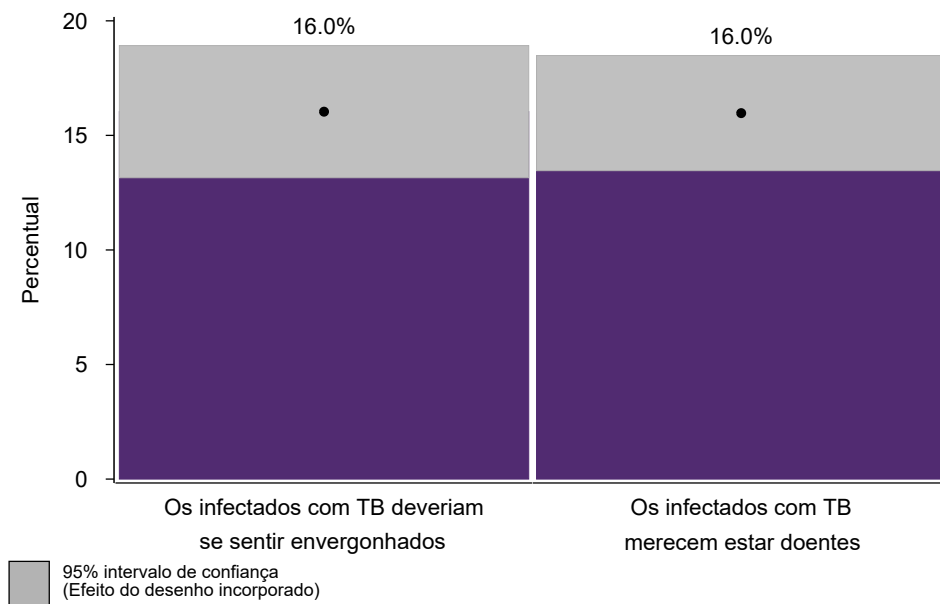


Gráfico 1: Percentual de brasileiros que expressam crenças estigmatizadoras em relação àqueles que sofrem de TB

Este relatório da série *Perspectivas* mostra que, em uma preocupante inversão de expectativas, um maior nível de conhecimento sobre os sintomas de TB está associado a uma maior probabilidade de estigmatizar aqueles que tem a doença e até de culpar as vítimas pelo seu azar ².

Este relatório da série *Perspectivas* examina as variáveis preditoras de atitudes estigmatizadoras em relação a TB, incluindo o relevante impacto do conhecimento específico sobre a doença. O relatório se utiliza de dados da pesquisa de opinião pública Barômetro das Américas 2016/2017 no Brasil, na qual foi perguntado a 750 pessoas³ que respondessem “sim” ou “não” às seguintes perguntas que avaliam a concordância com visões estigmatizadas de pessoas com TB:

TBS4B. As pessoas que tem tuberculose devem se sentir envergonhadas da doença⁴.

TBS4C. As pessoas que tem tuberculose merecem estar doentes devido à

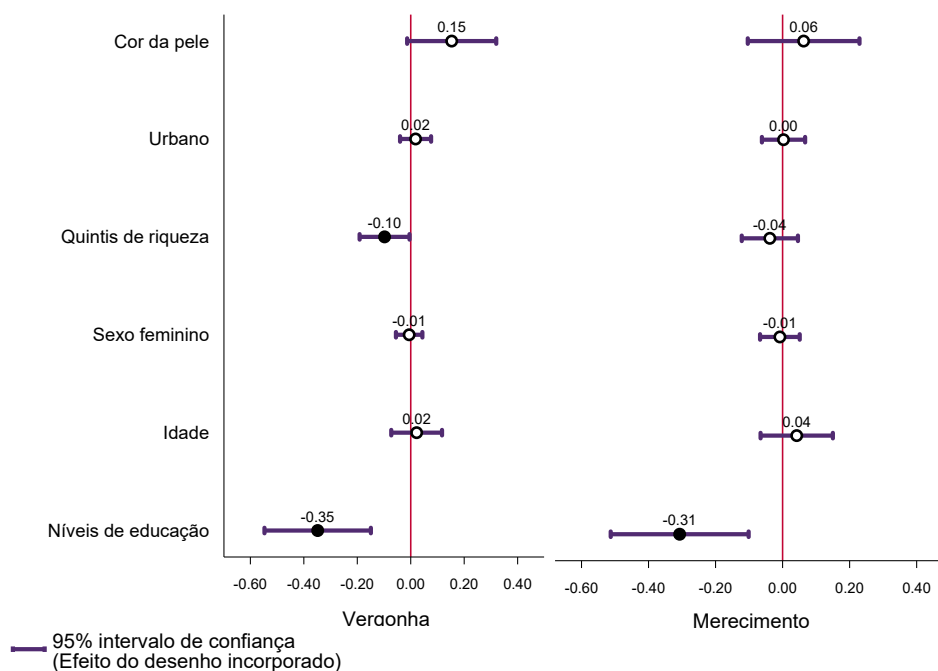
maneira que elas vivem e ao comportamento imoral que elas apresentam.

O Gráfico 1 mostra o percentual de respondentes que concordaram com as afirmações. Aproximadamente 16% dos brasileiros afirmam que aqueles com TB devem se sentir envergonhados da doença, e uma proporção igual afirma que estas pessoas merecem estar infectadas.

Preditores demográficos e socioeconômicos de atitudes estigmatizadoras

Pesquisadores do estigma direcionado à TB tem encontrado considerável variação entre indivíduos e países (Adane et al. 2017; Craig et al. 2017; Rood et al. 2017). Ainda que existam poucos estudos sobre o tema no Brasil, e que não conheçamos nenhuma pesquisa que se utilize de uma amostra nacional representativa de qualquer país latino-americano, trabalhos em nível macro em outras regiões do mundo sugerem que várias características de nível individual podem estar associadas ao estigma ligado a TB. Especificamente, trabalhos sobre países africanos mostram que o estigma social àqueles que tem TB é, na média, mais baixo em países com maiores níveis de educação (Adane et al. 2017; Agho, Hall e Ewald 2014). Estudos no Paquistão e Nigéria indicam que indivíduos que residem em zonas urbanas, onde a TB é mais prevalente, tem uma maior probabilidade de estigmatizar àqueles com TB em comparação a indivíduos que vivem em zonas rurais (Agho, Hall e Ewald 2014; Mushtaq et al. 2011). Finalmente, diversos estudos mostram que é mais provável que os jovens estigmatizem pessoas com TB do que pessoas mais velhas (Adane et al. 2017; Agho, Hall e Ewald 2014; Gilpin et al. 2011; Rood et al. 2017).

Nas próximas seções, usamos modelos estatísticos para prever quem expressa atitudes estigmatizadoras em direção em relação a pessoas com TB usando variáveis demográficas e socioeconômicas. Também controlamos por características da população que estão associadas com a incidência de TB. Por exemplo, a TB está geograficamente concentrada



Source: © Fonte: Barômetro das Américas pelo LAPOP, 2016/17; Brazil_v1.0

Gráfico 2: Efeitos máximos dos preditores demográficos e socioeconômicos sobre o estigma

no Brasil: a região Sudeste é responsável por 43.8% do total de infectados, enquanto a região Nordeste fica em segundo lugar com 27.3% (Pelissari e Diaz-Quijano 2017). Mesmo controlando por diferenças regionais, os brasileiros de pele mais escura possuem taxas mais altas de contração de TB, assim como indivíduos que vivem em áreas de baixa renda (Pelissari e Diaz-Quijano 2017)⁵. Portanto, incluímos como controles medidas de educação, idade, cor da pele do entrevistado⁶, variáveis dividindo a população em quintis de riqueza e um indicador binário para residência urbana⁷. Também controlamos no modelo o gênero do entrevistado, e incluímos variáveis que indicam a região (efeitos fixos por região), os quais não são apresentados abaixo por motivos de espaço⁸.

O Gráfico 2 apresenta os resultados de dois modelos de regressão logística que estimam os efeitos de cada variável independente sobre a probabilidade de que um entrevistado responda afirmativamente a cada uma das medidas de estigma, isto é, que expresse atitudes estigmatiza-

doras sobre a TB. Cada ponto no gráfico apresenta o efeito estimado do aumento máximo de cada variável independente (descrita no eixo y) sobre a probabilidade de uma resposta positiva (em comparação a uma negativa) para cada variável dependente (descrita no eixo x). As barras horizontais representam os intervalos de confiança de 95 por cento ao redor das estimativas. Os pontos vazios indicam que uma relação não é estatisticamente significativa, e os pontos sólidos indicam uma relação significativa. Se o ponto se encontra à direita da linha vertical sob o zero, representa uma relação positiva, enquanto que aqueles que se encontram à esquerda da linha no zero representam uma relação negativa entre a variável independente e a dependente.

Os resultados indicam que os entrevistados com maior nível educacional tem uma probabilidade significativamente menor de afirmar que as pessoas com TB deveriam se sentir envergonhadas por estarem doentes. Este resultado de que as atitudes estigmatizadoras são menores entre aqueles com mais educação coincide com estudos prévios, e indica que indivíduos que possuem maior nível educacional aceitam mais as pessoas com TB. Por outro lado, é possível que aqueles com maior nível educacional simplesmente sejam mais conscientes da resposta socialmente desejada (neste caso, o contrário de expressões estigmatizadoras).

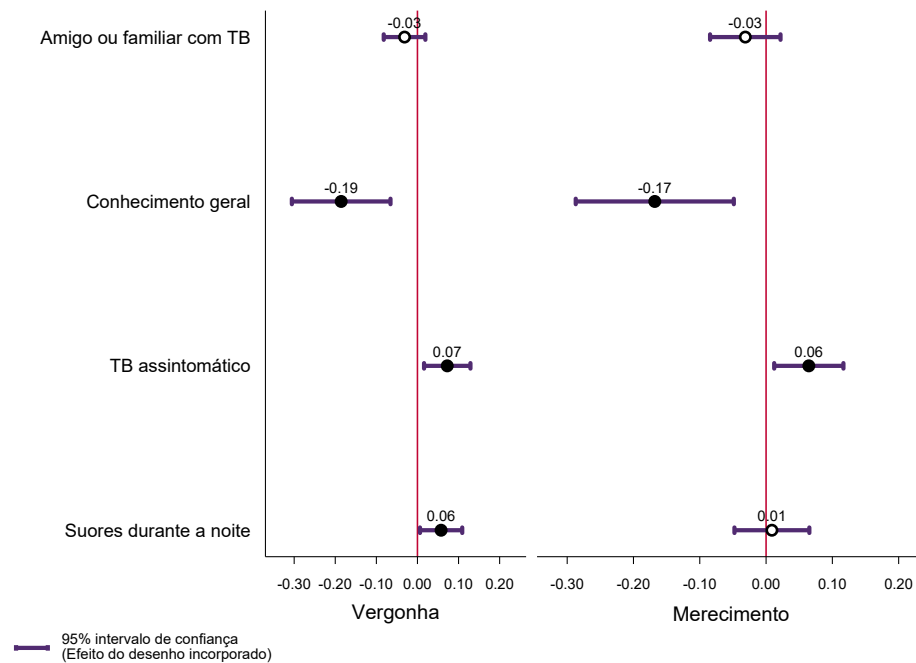
Tanto ter a pele mais escura quanto ter menos riqueza material estão associados a uma maior probabilidade de afirmar que quem sofre de TB deveria se sentir envergonhado/a. Especificamente, os entrevistados com a cor de pele mais escura tem uma probabilidade quinze pontos percentuais mais alta de responder que alguém deve se sentir envergonhado/a por ter TB que aqueles de tom de pele mais claro, enquanto indivíduos com menor riqueza material tem uma probabilidade dez pontos percentuais menor de afirmar que alguém com TB merece sentir vergonha. Não foi encontrada evidência de que haja uma relação significativa entre residência em área urbana, gênero, região ou idade e as medidas de estigma.

Conhecimento sobre tuberculose e estigma

Agências de saúde frequentemente utilizam a educação pública como a estratégia central para melhorar os resultados no campo das doenças infecciosas (Heijnders e Meij 2006). É presumido que melhorar o conhecimento público sobre as doenças infecciosas traz benefícios como um maior reconhecimento das doenças, redução na demora em buscar tratamento e menor estigma social para pessoas infeccionadas. Muitos esforços de educação tem como objetivo ensinar a população sobre a causa e o tratamento de uma doença, e corrigir ideias equivocadas que podem levar ao estigma sobre a doença. Apesar dos sistemas de saúde públicos em todo mundo investirem uma quantidade substancial de recursos em intervenções educativas com o objetivo de aumentar o conhecimento e reduzir o estigma sobre as doenças infecciosas, poucas avaliações tem sido realizadas sobre os efeitos associados a estes programas (Heijnders e Meij 2006). E mesmo os estudos que avaliam se a educação específica para doenças diminui o estigma para os doentes com outras doenças infecciosas (por exemplo, o HIV) tem chegado a diferentes conclusões (veja por exemplo, Brown, Macintyre e Trujillo 2003; Corrigan e Penn 1999).

Conhecimento sobre a tuberculose foi avaliado com duas medidas: o acerto em identificar suores durante a noite⁹ como sintoma da TB e conhecimento sobre tuberculose latente¹⁰; 48.8% dos brasileiros identificaram suores durante a noite como sintoma de tuberculose, e 60.6% dos brasileiros identificaram corretamente a existência da infecção latente.

Além destas variáveis independentes, também foram controlados dois fatores que podem afetar a relação entre o conhecimento específico da doença e o estigma, o conhecimento geral do entrevistado sobre política (medido com avaliação do entrevistador) e o auto-relato de se tivera um amigo próximo ou membro da família diagnosticado com TB¹¹. Com respeito ao primeiro fator, aqueles que conhecem mais sobre TB podem simplesmente ter mais conhecimento em geral. Igualmente, as pessoas com amigos ou familiares com a doença podem saber mais sobre os



Source: © Fonte: Barômetro das Américas pelo LAPOP, 2016/17; Brazil_v1.0

Gráfico 3: Efeitos máximos preditos do conhecimento sobre o estigma

sintomas, ao mesmo tempo que expressam menores níveis de estigma que a média. Portanto, estes fatores foram controlados na análise como tentativa de isolar o efeito do conhecimento específico sobre a doença.

Usando uma regressão logística, é estimada a relação entre estas variáveis independentes e as duas variáveis dependentes descritas anteriormente. Outra vez, os modelos também controlam por todas as variáveis incluídas no Gráfico 2, porém não são apresentadas no gráfico por motivos de espaço. Como antes, o Gráfico 3 representa a mudança esperada na probabilidade de resposta afirmativa a cada atitude estigmatizadora, associada a mudança entre o valor mínimo e máximo de cada variável independente.

Na média, aqueles com os níveis mais altos de conhecimento geral tem uma menor probabilidade de expressar atitudes estigmatizadoras em relação a pessoas com TB. Ao aumentar o nível de conhecimento político do

ponto mais baixo ao mais alto, a probabilidade de resposta que um paciente com TB deveria se sentir envergonhado diminui em dezenove pontos percentuais. De mesma forma, as pessoas com conhecimento político mais elevado tem uma probabilidade de dezessete pontos percentuais mais baixa de acreditar que aqueles com TB merecem sua doença¹².

Por outro lado, indivíduos com alto nível de conhecimento sobre a TB (especificamente, aqueles conscientes da existência de infecção latente por TB e aqueles que reconhecem suores noturnos como sintoma) expressam a crença estigmatizadora de que as pessoas com TB devem se sentir avergonhadas de sua doença com maior frequência que aqueles que mostram menor nível de conhecimento sobre os sintomas da doença. Aqueles que reconhecem a existência de infecção latente tem uma probabilidade sete pontos percentuais maior de expressar que indivíduos que sofrem de TB devem se sentir envergonhados, e aqueles que reconhecem suores noturnos como sintoma tem uma probabilidade seis pontos percentuais mais alta de dar esta resposta¹³. De forma similar, os entrevistados que sabem da existência de infecção latente tem um probabilidade 6 pontos maior de afirmar que as pessoas com TB merecem ter a doença¹⁴. No entanto, aqueles que identificam suores durante a noite não tem uma probabilidade maior ou menor de acreditar que aqueles que sofrem da doença a mereçam. Estes resultados são inesperados, especialmente considerando a importância que se dá aos programas de saúde pública e à educação como mecanismos para reduzir os níveis de estigma. Finalmente, não é encontrada aqui uma relação significativa em se ter amigo próximo ou membro familiar com TB e pensar que os infectados devem sentir vergonha ou que eles merecem estar doentes.

Discussão

O estigma social implica atribuir culpa, negligência ou imundície a indivíduos infectados por TB (Macq et al. 2005). Estigmatizar as pessoas infectadas com TB pode resultar em um tratamento diferente para os doentes. Além do mais, estas crenças negativas sobre as vítimas da doença

podem ser internalizadas por aqueles que sofrem de TB, resultando em sentimentos de revulsão, culpa y vergonha (Courtwright e Turner 2010), e, por isso, podem diminuir a probabilidade de que pessoas busquem e completem o tratamento contra a doença. Em outras palavras, a estigmatização da TB afeta a qualidade de vida do paciente, fazendo com que a prevalência de atitudes estigmatizadoras sejam um desafio importante para melhora da saúde pública.

Para combater o estigma e melhorar os resultados de saúde, distintas agências de saúde ao redor do mundo tem implementado campanhas de informação pública, com a expectativa de que aumentar o conhecimento sobre a doença levará a uma diminuição no estigma social e a melhores resultados no tratamento de doenças. Ainda que neste trabalho não se avalie o efeito direto das campanhas de informação¹⁵, é apresentado que mais informação não necessariamente melhora os resultados sobre o estigma social. Pelo contrário, é encontrado que aqueles que tem mais informação sobre a doença tem uma maior chance de estigmatizar pessoas que sofrem de TB, em comparação a pessoas que não conhecem a existência de TB latente ou sintomas específicos.

Não estamos sugerindo que as agências de saúde pública deixem de informar ao público sobre os sintomas e as consequências negativas da tuberculose. Porém, este estudo indica a necessidade de avaliar as possíveis consequências inesperadas de campanhas de informação pública. Em particular, estes resultados contribuem para a literatura que pressupõe que mais conhecimento sobre a doença leva a menor estigmatização em geral. Não encontramos evidência consistente com esta pressuposta relação. Ainda que não possamos dissertar especificamente sobre um efeito causal do conhecimento sobre o estigma, nosso trabalho sugere que acadêmicos e aqueles que formulam políticas públicas devem ter mais cuidado ao presumir que o conhecimento específico diminui as atitudes estigmatizadoras em relação a pessoas com alguma doença, com necessidades especiais ou com algum vício. É possível que nossos resultados sejam específicos ao Brasil ou apenas à TB. Ainda assim, este trabalho mostra a necessidade de que futuras pesquisas identifiquem que tipo de mensagem é mais efetiva em reduzir em minimizar o estigma

e sobre quais circunstâncias.

Notes

1. A qualidade de vida reduzida, o isolamento e a falta de apoio social são comumente descritos como fatores importantes que tem um impacto negativo sobre os pacientes de TB e para a continuação do tratamento dos mesmos (Courtwright e Turner 2010; Sommerland et al. 2017). Crenças estigmatizadoras entre profissionais da saúde, os quais frequentemente contraem TB, foram conectados por estudos à busca tardia a tratamento, faltas no trabalho e custos hospitalares mais elevados. Estes desafios complicam ainda mais o funcionamento de sistemas públicos de saúde já sobrecarregados (Sommerland et al. 2017).
2. Em linha a estes resultados, um artigo recente, usando dados agregados da *Demographic Health Survey* (DHS) de 15 pesquisas em 13 países, conclui que o estigma em relação a TB está correlacionado positivamente com o conhecimento sobre a transmissão da tuberculose (Rood et al. 2017).
3. Antes de perguntar as questões do estigma, os respondentes foram distribuídos aleatoriamente em um de duas condições. Metade (750) recebeu as perguntas sobre o estigma da TB, a outra metade recebeu perguntas que avaliam o estigma em relação a indivíduos infectados com Zika.
4. Baseada em estudos sobre atitudes estigmatizadoras em direção a pessoas com HIV, a bateria de perguntas do questionário também indaga sobre as preferências pessoais em evitar o contato físico com pessoas infectadas com TB de forma geral, e especificamente em um transporte público. Trabalhos de distintos países, que usam modelos sobre a transmissão de doenças aerotransportadas, demonstram que o uso do transporte público aumenta o risco de exposição à TB (Andrews, Morrow e Wood 2013; Feske et al. 2011; Horna-Campos et al. 2007). Por esse motivo, evitar o contato direto e evitar o contato em um transporte público podem refletir uma escolha racional de evitar germes que vai além da mensuração somente do estigma. Devido a esta diferença teórica, só são apresentadas aqui as medidas que tratam explicitamente de estigma. Cabe mencionar, no entanto, que modelos de regressão logística idênticos nos quais se usa como variável dependente o contato físico produz resultados similares aos apresentados a seguir. É possível, então, que exista um importante conjunto de conexões entre o conhecimento específico sobre a doença, a escolha racional de evitar os germes e o estigma.

5. Pelissari e Diaz-Quijano (2017) encontram que a infecção é mais comum entre indivíduos que eles classificam como de peles de cor “negra ou café” em comparação com outros tons de pele.
6. Os entrevistadores anotaram a cor da pele do rosto do entrevistado usando uma escala de cor de 11 pontos, no qual as cores mais escuras são codificados com números mais altos (veja Telles 2014).
7. LAPOP usa uma série de perguntas sobre bens duráveis existentes no domicílio para gerar uma medida de cinco níveis de riqueza material, usando uma análise de componentes principais urbano e rural. Para mais detalhes, veja Córdova (2009). Urbano é uma variável binária, codificada como 1 se o entrevistado vive em zona urbana, e 0 se vive em zona rural. A variável binária de gênero toma o valor de 1 se a entrevistada é mulher. A variável Idade está dividida em coortes, nos quais os entrevistados foram agrupados nas seguintes categorias: 16-25, 26-35, 36-45, 56-65, y 65+. Além destas, todas as variáveis independentes estão recodificadas em uma escala de 0 a 1.
8. Na média, o nível de estigma é mais baixo nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste do Brasil.
9. O estudo incluiu um total de quatro medidas de conhecimento sobre TB, incluindo conhecimento sobre tuberculose latente e o reconhecimento de três sintomas (tosse e dor no peito, perda de peso e suores a noite, e dores no estômago, que não é um sintoma de TB). Pesquisadores indicam que entre 30 a 70% devem deve acertar perguntas de conhecimento para umque uma medida seja confiável (Delli Carpini e Keeter 1993). As perguntas sobre o primeiro e terceiro sintoma foram insuficientes segundo este princípio, 79% e 71.6% dos respondentes acertouacertaram a resposta para estas perguntas, em comparação a 48.8% sobre suores durante a noite e 60% sobre o conhecimento de tuberculose latente. Se usarmos os quatro itens no modelo, o impacto da medida sobre suores durante a noite é reduzido e não chega a padrões de significância estatística. O efeito positivo de tuberculose latente, em contraste, é consistentemente significativa.
10. **TB2.** “De acordo com o que você sabe sobre tuberculose (TB), é possível que alguém esteja infectado com tuberculose mas não apresente nenhum sintoma?” 5.74% dos participantes responderam que não sabia e foram codificados como 0. Os resultados são consistentes mesmo se excluirmos estas respostas da análise.
11. **CONOCIM.** Usando a escala abaixo, por favor qualifique a sua percepção sobre o nível de conhecimento político do entrevistado. (1) Muito alto (2) Alto (3) Nem alto nem baixo (4) Baixo (5) Muito baixo. Esta variável foi recodificada para que valores mais altos representassem valores mais altos de conhecimento político. **TBS1.** Você tem algum

amigo, familiar ou alguém próximo que alguma vez foi diagnosticado com Tuberculose?

12. Este resultado é consistente com trabalhos prévios sobre a relação entre o estigma e a informação. Níveis de educação tem se mostrado associados a menor nível de estigma. Entretanto, os resultados apresentados aqui demonstram que o efeito é diferente entre o conhecimento geral e o conhecimento específico sobre a doença, o que adiciona nuances a esta relação complexa entre informação e atitudes em relação a uma doença.
13. A avaliação dos entrevistadores sobre o conhecimento geral do entrevistado tem uma correlação de 0.10 com o conhecimento específico da TB, de -0.02 com o conhecimento de existência de TB assintomática e de 0.40 com o nível de educação. O conhecimento específico de TB tem uma correlação de 0.04 com o nível de educação e de 0.05 com o conhecimento da TB assintomática. O conhecimento de que a TB pode ser assintomática está correlacionado negativamente com educação (-0.06). A direção dos resultados apresentados no Gráfico 3, ainda que não o tamanho exato dos coeficientes, é robusta à inclusão sequencial de cada uma destas variáveis no modelo.
14. Esta relação positiva persiste quando o conhecimento geral é excluído do modelo, o que sugere que o resultado positivo não se deve a uma alta covariação entre as medidas de conhecimento.
15. Não podemos descartar a possibilidade de que, inicialmente, o estigma entre aqueles que se tornaram mais informados fosse ainda maior. Ou seja, é possível que a exposição a informação sobre a TB diminua o estigma entre aqueles que recebem a informação, mas dado que não observamos as atitudes antes do “tratamento”, não podemos saber com certeza. Para avaliar o efeito de campanhas de informação sobre o estigma em relação à TB requer um trabalho experimental para futuras pesquisas.

Referências

Adane, Kelemework, Mark Spigt, Laturus Johanna, Dorscheidt Noortje, Semaw Federde Abera e Geert-Jan Dinant. 2017. “Tuberculosis Knowledge, Attitudes, and Practices Among Northern Ethiopian Prisoners: Implications for TB Control Efforts”. *PloS ONE* 12 (3): 1–15.

- Agho, K.E., J. Hall e B. Ewald. 2014. "Determinants of the Knowledge of and Attitude towards Tuberculosis in Nigeria". *Journal of Health, Population and Nutrition* 32 (3): 520–538.
- Andrews, Jason R., Carl Morrow e Robin Wood. 2013. "Modeling the Role of Public Transportation in Sustaining Tuberculosis Transmission in South Africa". *American Journal of Epidemiology* 177 (6): 556–561.
- Brown, Lisanne, Kate Macintyre e Lea Trujillo. 2003. "Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned?" *AIDS Education and Prevention* 15 (1): 49–69.
- Córdova, Abby. 2009. "Nota metodológica: midiendo riqueza relativa utilizando indicadores sobre bienes del hogar". *Perspectivas*, número 6: 1–9.
- Corrigan, Patrick W., e David L. Penn. 1999. "Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma". *American Psychologist* 54 (9): 765–776.
- Courtwright, Andrew, e Abigail Norris Turner. 2010. "Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions". *Public Health Reports* 125 (Supplement 4): 34–42.
- Craig, G.M., A. Daftary, N. Engel, S. O'Driscoll e A. Ioannaki. 2017. "Tuberculosis Stigma as a Social Determinant of Health: A Systematic Mapping Review of Research in Low Incidence Countries". *International Journal of Infectious Diseases* 56:90–100.
- Delli Carpini, Michael X., e Scott Keeter. 1993. "Measuring Political Knowledge: Putting First Things First". *American Journal of Political Science* 37 (4): 1179–1206.
- Feske, Marsha L., Larry D. Teeter, James M. Musser e Edward A. Graviss. 2011. "Giving TB Wheels: Public Transportation As A Risk Factor For Tuberculosis Transmission". *Tuberculosis*, 91ª série: S16–S23.

- Gilpin, Christopher, Pierpaolo de Colombani, Sayohat Hasanova e Umrisso Sirodjiddinova. 2011. "Exploring TB-Related Knowledge, Attitude, Behaviour, and Practice among Migrant Workers in Tajikistan". *Tuberculosis Research and Treatment* (Article ID 548617): 1–10.
- Heijnders, Miriam, e Suzanne Van Der Meij. 2006. "The Fight Against Stigma: An Overview of Stigma-Reduction Strategies and Interventions". *Psychology, Health & Medicine* 11 (3): 353–363.
- Horna-Campos, Olivia J., Héctor J. Sánchez-Pérez, Inma Sánchez, Alfredo Bedoya e Miguel Martín. 2007. "Public Transportation and Pulmonary Tuberculosis, Lima, Peru". *Emerging Infectious Diseases* 13 (10): 1491–1493.
- Kelly, Patricia J. 1999. "Isolation and Stigma: The Experience of Patients with Active Tuberculosis". *Journal of Community Health Nursing* 16 (4): 233–241.
- Lee, Li-Yun, Heng-Hsin Tung, Shu-Ching Chen e Chiung-Hui Fu. 2017. "Perceived Stigma and Depression in Initially Diagnosed Pulmonary Tuberculosis Patients". *Journal of Clinical Nursing* 26 (23-24): 4813–4821.
- Louw, Julia, Karl Peltzer, Pamela Naidoo, Gladys Matseke, Gugu Mchunu e Bomkazi Tutshana. 2012. "Quality of Life among Tuberculosis (TB), TB Retreatment and/or TB-HIV Co-Infected Primary Public Health Care Patients in Three Districts in South Africa". *Health Quality Life Outcomes* 10.
- Macq, Jean, Alejandro Solis, Guillermo Martinez, Patrick Martiny e Bruno Dujardin. 2005. "An Exploration of the Social Stigma of Tuberculosis in Five 'Municipios' of Nicaragua to Reflect on Local Interventions". *Health Policy* 74 (2): 205–217.

- Mushtaq, Muhammad Umair, Ubeera Shahid, Hussain Muhammad Abdullah, Anum Saeed, Fatima Omer, Mushtaq Ahmad Shad, Arif Mahmood Siddiqui e Javed Akram. 2011. "Urban-Rural Inequities in Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Tuberculosis in Two Districts of Pakistan's Punjab Province". *International Journal for Equity in Health* 10.
- Pelissari, Daniele Maria, e Fred Alexander Diaz-Quijano. 2017. "Household Crowding As A Potential Mediator of Socioeconomic Determinants of Tuberculosis Incidence in Brazil". *PLoS ONE* 12 (4): 1-13.
- Rood, E.J.J., C. Mergenthaler, M.I. Bakker, L. Redwood e E.M.H. Mitchell. 2017. "Using 15 DHS Surveys to Study Epidemiological Correlates of TB Courtesy Stigma and Health-Seeking Behaviour". *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 21 (11): S60-S68.
- Sommerland, N., E. Wouters, C. Masquillier, M. Engelbrecht, G. Kigozi, K. Uebel, A. Janse van Rensburg e A. Rau. 2017. "Stigma as a Barrier to the Use of Occupational Health Units for Tuberculosis Services in South Africa". *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 21 (11): S75-S80.
- Telles, Edward. 2014. *Pigmentocracies: Ethnicity, Race, and Color in Latin America*. 1-297. University of North Carolina Press.
- World Health Organization. 2015. "Tuberculosis Mortality Nearly Halved Since 1990". *World Health Organization*. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/tuberculosis-mortality/en/>.
- . 2018. "Tuberculosis". *World Health Organization*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>.

Apêndice

Tabela 1

Variáveis	Vergüenza	Merecimento
Níveis de educação	−0.82* (0.21)	−0.71* (0.21)
Idade	0.04 (0.08)	0.07 (0.08)
Sexo feminino	−0.05 (0.22)	−0.07 (0.25)
Quintis de riqueza	−0.21* (0.10)	−0.08 (0.09)
Urbano	0.16 (0.28)	0.02 (0.27)
Cor da pele	1.13* (0.55)	0.48 (0.62)
Nordeste	−0.61* (0.28)	−0.35 (0.32)
Centro-Oeste	−0.41 (0.31)	−0.59 (0.37)
Sudeste	−0.92* (0.29)	−0.91* (0.30)
Sul	−0.92* (0.39)	−0.70* (0.33)
Constante	0.39 (0.56)	0.03 (0.64)
Observações	762	751

* indica $p \leq .05$. Erros-padrão em parênteses.

Tabela 2

Variáveis	Vergüenza	Merecimento
Conhece TB assintomática	0.69* (0.28)	0.55* (0.24)
Suores durante a noite	0.52* (0.24)	0.07 (0.23)
Conhecimento-Entrevistador	-0.41* (0.13)	-0.33* (0.12)
Membro da família com TB	-0.30 (0.25)	-0.27 (0.23)
Níveis de educação	-0.55* (0.23)	-0.43 (0.23)
Idade	0.04 (0.08)	0.07 (0.09)
Sexo feminino	-0.22 (0.24)	-0.18 (0.25)
Quintis de riqueza	0.17 (0.10)	-0.05 (0.09)
Urbano	0.02 (0.31)	-0.10 (0.32)
Cor da pele	0.94 (0.57)	0.37 (0.63)
Nordeste	-0.54 (0.31)	-0.33 (0.32)
Centro-Oeste	-0.54 (0.33)	-0.70 (0.38)
Sudeste	-0.84* (0.31)	-0.89* (0.31)
Sul	-0.90* (0.43)	-0.65 (0.35)
Constante	0.58 (0.69)	0.33 (0.73)
Observações	715	709

* indica $p \leq .05$. Erros-padrão em parênteses.



Dr. Mollie J. Cohen é pesquisadora de pós-doutorado no LAPOP.

Heather Ewing é aluna de mestrado em Saúde Pública e Estudos Latino-Americanos na Vanderbilt University.

Este relatório foi editado pelo Dr. Mitchell A. Seligson e pela Dra. Elizabeth J. Zechmeister. A auditoria deste relatório foi feita por Euiyoung Emily Noh. Este relatório foi traduzido por Gabriel Camargo-Toledo, Sebastian Larrea, o Dr. Juan Camilo Plata e o Dr. Guilherme Russo. A formatação, produção, revisão, gráficos, e distribuição do relatório foram manejados por Rubi Arana, Sebastian Larrea, Emma Tatem, e Zach Warner. Nossos dados e relatórios estão disponíveis para download grátis no site do projeto. Siga-nos no Twitter ou Facebook para se manter em contato.

Como um dos membros originais da Iniciativa de Transparência da Associação Americana para a Pesquisa de Opinião Pública (AAPOR, na sigla em inglês), o LAPOP se compromete à divulgação rotineira dos nossos processos de coleta de dados e apresentação de relatórios. Mais informações sobre os desenhos da amostra do Barômetro das Américas pode ser encontrado em vanderbilt.edu/lapop/core-surveys.

Este projeto foi financiado pelo programa “*Trans-Institutional Partnership (TIPs)*” da Vanderbilt University. O conteúdo e opiniões apresentados neste relatório da série Perspectivas são de responsabilidade dos autores e do LAPOP, e não necessariamente refletem o ponto de vista de nenhuma instituição de apoio. A pesquisa do Barômetro das Américas 2016/2017 no Brasil foi financiada principalmente pela Vanderbilt University e o “*Trans-Institutional Partnership (TIPs)*” da Vanderbilt University. A pesquisa 2016/17 no Brasil também teve apoio da Open Society Foundations.

vanderbilt.edu/lapop-español
@lapop_barometro
@LatinAmericanPublicOpinionProject
lapop@vanderbilt.edu
+1-615-322-4033



230 Appleton Place, PMB 505, Suite 304, Nashville, TN 37203, USA