



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES

**ACESSO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE NO
AMBULATÓRIO DE TISILOGIA DO CEARÁ: UMA ANÁLISE AVALIATIVA**

FORTALEZA

2025

SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES

ACESSO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE NO
AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA DO CEARÁ: UMA ANÁLISE AVALIATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Ruy de Deus e Mello Neto.

Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Maria Raimundo Valença Braga de Deus e Mello.

FORTALEZA

2025

SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES

ACESSO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE NO
AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA DO CEARÁ: UMA ANÁLISE AVALIATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 30/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ruy de Deus e Mello Neto (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Fernanda Maria Raimundo Valença Braga de Deus e Mello (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Camila Gonçalves de Mario
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes em minha vida:

A Deus, o Senhor dos meus passos, o Senhor da minha vida!

A minha mãe (in memoriam), mulher inteligente, batalhadora, compreensível que desde sempre ofertou o seu conforto em benefício do meu, e que não mediu esforços para que eu chegasse até aqui,
Osmarina Santiago;

A meu pai (in memoriam) que sempre acreditou em mim,
Raimundo Lima Cruz;

Ao homem da minha vida, pai dos meus filhos com o qual pretendo caminhar de mãos dadas ainda por muitos anos, e que me apoiou em todos os momentos de dificuldade, meu esposo, César Augusto Borges Teixeira;

A eles razão de meu viver, meus filhos:
Augusto César Santiago Borges e Aline Santiago Borges;

Aos meus netos que por muitas vezes não pude brincar com eles em função de meu estudo:
Alef, Ana e André;

Ao meu genro e minha nora por fazer feliz a quem tanto amo; Natália Stella e Gustavo Henn.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos sinceros....

A meus irmãos (ãs), sobrinhos (as) e cunhadas que sempre me incentivaram a buscar novos horizontes;

Ao meu orientador Professor Dr. Ruy de Deus e Mello Neto e Coorientadora Professora Fernanda Maria Braga de Deus e Mello por me acolher desde o primeiro contato e por me incentivar a seguir este caminho com ética, humildade e serenidade;

A amiga Christiana Oliveira, pelo apoio, disponibilidade e incentivo;

As profissionais do Ambulatório TBDR do Hospital de Messejana, pela disposição, atenção e colaboração neste estudo;

Aos colegas do mestrado, por tanta luta, força, determinação e momentos de descontração.

Aos pacientes de tuberculose que por eles, busco sempre o caminho do saber.

Enfim, a todos aqueles que direta ou indiretamente ajudaram a realizar esse sonho e que torcem pelo meu crescimento!

“Febre, hemoptise, dispneia e suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi.
Tosse, tosse, tosse.

Mandou chamar o médico:

— Diga trinta e três.

— Trinta e três... trinta e três... trinta e três...

— Respire.

.....
— O senhor tem uma escavação no pulmão
esquerdo e o pulmão direito infiltrado.

— Então, doutor, não é possível tentar o
pneumotórax?

— Não. A única coisa a fazer é tocar um tango
argentino”.

(Manuel Bandeira, 1930)

RESUMO

Introdução: Escreva, em poucas palavras, sobre o seu objeto de pesquisa. **Objetivo Geral:** Avaliar o acesso dos pacientes notificados com Tuberculose Droga Resistente (TBDR) no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. **Objetivos Específicos:** (1) Mapear o percurso de acesso do paciente, notificados com Tuberculose Droga Resistente (TBDR), desde a Unidade Primária de Saúde (UPS) até a admissão no ambulatório de tisiologia; (2) Compreender as percepções dos pacientes e dos profissionais de saúde em relação ao acesso ao ambulatório de tisiologia; (3) Identificar as possíveis barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento de TBDR vivenciados pelos pacientes, na ótica dos pacientes e profissionais. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, baseada em entrevistas com pacientes e profissionais de saúde, realizado através de um roteiro de entrevista semiestruturada no Ambulatório de Tisiologia do Hospital Dr. Carlos Albert Studart. A amostragem envolveu 15 pacientes em tratamento no ano de 2024 e 07 profissionais de saúde que trabalham no ambulatório. As entrevistas foram gravadas e analisadas por meio de análise de conteúdo com categorização temática, estruturada nos seguintes eixos temáticos: (1) Percurso de acesso; (2) Percepção dos pacientes; (3) Percepção dos profissionais de saúde; (4) Barreiras de acesso; (5) Adesão de tratamento e impacto na vida dos pacientes; (6) Satisfação e Recomendações. **Resultados:** Os resultados revelaram que o percurso de acesso ao serviço especializado foi marcado por dificuldades iniciais, como a peregrinação entre unidades de saúde e a ausência de orientação adequada. Pacientes e profissionais apontaram barreiras estruturais (transporte, distância, infraestrutura dos serviços), bem como aspectos subjetivos, como o medo, o estigma e a baixa adesão ao tratamento prolongado. Profissionais relataram desafios na organização do cuidado, nas estratégias de vínculo e na articulação com a rede de atenção à saúde. **Conclusão:** O acesso ao tratamento da tuberculose drogarresistente permanece atravessado por desigualdades que comprometem a integralidade do cuidado, exigindo estratégias mais efetivas de acolhimento, informação e suporte social. A pesquisa evidencia a importância de ampliar políticas públicas que garantam acesso humanizado e contínuo, valorizando as percepções dos sujeitos envolvidos como subsídio para o aprimoramento da atenção à saúde no contexto da TBDR.

Palavras-chave: tuberculose droga resistente; barreiras de acesso; políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

General Objective: To evaluate the access of patients reported with Drug Resistant Tuberculosis (DRTB) to the Phthisiology Outpatient Clinic of Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. **Specific Objectives:** (1) Map the access route of patients notified of drug-resistant tuberculosis (DR-TB), from the Primary Health Unit (UPS) to admission to the phthisiology outpatient clinic; (2) Understand the perceptions of patients and health professionals regarding access to the phthisiology outpatient clinic; (3) Identify the possible barriers faced in accessing DRTB treatment experienced by patients, from the perspective of patients and professionals. **Methods:** This is a qualitative, exploratory research, based on interviews with patients and health professionals, carried out through a semi-structured interview script at the Phthisiology Outpatient Clinic of Hospital Dr. Carlos Albert Studart. The sample involved 15 patients undergoing treatment in 2024 and 07 health professionals who work at the outpatient clinic. The interviews were recorded and analyzed through content analysis with thematic categorization, structured in the following thematic axes: (1) Access route; (2) Patients' perception; (3) Health professionals' perception; (4) Access barriers; (5) Treatment adherence and impact on patients' lives; (6) Satisfaction and Recommendations. **Results:** The results revealed that the journey to access the specialised service was marked by initial difficulties, such as the pilgrimage between health units and the lack of adequate guidance. Patients and professionals pointed to structural barriers (transport, distance, service infrastructure), as well as subjective aspects such as fear, stigma and low adherence to prolonged treatment. Professionals reported challenges in the organisation of care, bonding strategies and coordination with the healthcare network. **Conclusion:** Access to treatment for drug-resistant tuberculosis remains marked by inequalities that jeopardise comprehensive care, requiring more effective strategies for reception, information and social support. The research highlights the importance of expanding public policies that guarantee humanised and continuous access, valuing the perceptions of the subjects involved as a subsidy for improving health care in the context of DR-TB.

Keywords: drug resistant tuberculosis; access barriers; public health policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Esquemas de tratamento da tuberculose e local de manejo clínico preferencial	22
Figura 2	– Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos .	23
Figura 3	– Coeficiente de incidência e número de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico. Brasil, 2013 a 2024*	31
Figura 4	– Coeficiente de incidência e número de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico. Ceará, 2014 a 2024*.....	31
Figura 5	– Número de óbitos, óbitos com diagnóstico pós-morte e taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por tuberculose por causa básica. Ceará, 2014 a 2024*.....	32
Figura 6	– Número de casos novos de TBDR segundo o padrão de resistência inicial. Brasil, 2015 a 2023*	33
Figura 7	– Número de casos novos de TBDR por município. Brasil, 2019 a 2023*	33
Figura 8	– Sanatório de Messejana na Década de 1930.....	41
Figura 9	– Sanatório de Messejana na Década de 1930.....	41
Figura 10	– Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes	42
Figura 11	– Ambulatório de TBDR do Hospital Dr. Carlos Albert Studart	43
Figura 12	– Ambulatório de TBDR do Hospital Dr. Carlos Albert Studart	43
Figura 13	– Identificação de Raça/Cor dos Pacientes em Tratamento TBDR no ambulatório de Messejana no ano de 2024	50
Figura 14	– Formação Profissional dos profissionais do Ambulatório TBDR	52
Figura 15	– Tempo de trabalho dos Profissionais no Ambulatório TBDR	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos medicamentos para o tratamento da TB RR, MDR e XDR	25
Quadro 2 – Seguimento do Tratamento de TBDR	26

LISTA DE SIGLAS ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BAAR	Bacilo Álcool-Ácido Resistente
E	Etambutol
DOTS	Direct Observed Treatment Strategy
H	Isoniazida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
R	Rifampicina
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da TB
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBDR	Tuberculose Droga Resistente
TBRR	Tuberculose Resistência à Rifampicina
TBMDR	Tuberculose Multirresistente
TBXDR	Tuberculose Resistência Extensiva
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular para Tuberculose
TS	Teste de Sensibilidade
UPS	Unidade Primária de Saúde
Z	Pirazinamina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
4.1	Histórico da Tuberculose	18
4.2	Características da Tuberculose	18
4.3	Tuberculose Droga Resistente	23
4.4	Política Pública e Estratégia de Controle da Tuberculose	27
4.5	Cenário Epidemiológico da Tuberculose	30
4.6	Tuberculose e Determinante Sociais e Econômica	35
5	ACESSO A SERVIÇO DE SAÚDE	38
6	PERCURSO METODOLÓGICO	39
6.1	Tipo de Pesquisa	39
6.2	Cenário do Estudo	40
6.3	População do Estudo	44
6.3.1	<i>Critérios de Inclusão</i>	44
6.2.3	<i>Critérios de Exclusão</i>	45
6.4	Definição do Caso	45
6.6	Procedimentos de Coleta dos Dados	45
6.7	Aspectos éticos da pesquisa	47
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
7.1	Perfil dos participantes	49
7.1.1	<i>Pacientes.....</i>	49
7.1.2	<i>Profissionais.....</i>	52
7.2	O percurso do paciente com TBDR: da Unidade Primária de Saúde ao Ambulatório de Tisiologia	53
7.3	Percepções sobre o acesso ao tratamento: vozes dos pacientes e profissionais de saúde	59
7.4	Barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento da TBDR	68

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA (RES. 510/2016-CNS)	82
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA (RES. 510/2016-CNS)	85
	APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU REGISTRO DE IMAGENS (FOTO E/ OU VÍDEOS)	88
	APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA/CONSENTIMENTO	90
	APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO INÍCIO DA PESQUISA	92
	APÊNDICE F - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	93
	APÊNDICE G - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	94
	APÊNDICE H - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM OS PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA DO HOSPITAL CARLOS ALBERTO STUDART	95
	APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM OS PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA DO HOSPITAL CARLOS ALBERTO STUDART	100
	ANEXO A - ACEITAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE MESSEJANA/ PLATAFORMA BRASIL	103

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. Com transmissão predominantemente aérea, que afeta os pulmões, embora também possa comprometer outros órgãos. Apesar de ser uma doença antiga e com tratamentos eficazes, a TB permanece um grave problema de saúde pública em todo o mundo, incluindo o Brasil e o Ceará (Santos *et al.*, 2020).

No âmbito da saúde pública, a TB exerce um impacto relevante por diversos fatores, com sua alta transmissibilidade que exige estratégias fortes para seu controle; sua significativa taxa de mortalidade, uma vez que, se não tratada ou tratada inadequadamente, a TB pode ser fatal; e o elevado custo associado ao tratamento, que gera custos substanciais tanto para o sistema de saúde quanto para os próprios pacientes, refletindo a complexidade e extensão da terapêutica. Além disso, o impacto social da doença é notável, uma vez que ela acarreta perda de produtividade, estigmatização e limitações socioeconômicas, ampliando sua repercussão negativa na sociedade.

Um dos maiores desafios no combate à TB é o surgimento da Tuberculose Droga Resistente (TBDR). Esse tipo de TB é caracterizado pela resistência a pelo menos dois principais medicamentos usados em seu tratamento: a isoniazida e a rifampicina. A resistência medicamentosa na TBDR implica a necessidade de terapias mais longas, com custos elevados e com maiores efeitos adversos, além de ter menores taxas de sucesso. O surgimento e a disseminação de cepas resistentes são atribuídos principalmente ao uso inadequado dos medicamentos, seja por prescrição errada, interrupção precoce do tratamento ou uso de medicamentos de baixa qualidade (Ballester, 2019).

Assim, avaliar o acesso dos pacientes ao tratamento da tuberculose, especialmente nos casos de TBDR, é essencial para enfrentar de maneira eficaz a doença. Fatores como acesso ao diagnóstico precoce, obtenção de medicamentos apropriados e acompanhamento contínuo são determinantes para o sucesso terapêutico. O manejo clínico da TBDR é significativamente mais complexo e requer tratamentos de maior duração, com medicamentos de segunda linha que podem ter efeitos adversos severos.

O ambulatório especializado em Tisiologia do Hospital de Messejana desempenha um papel fundamental no controle e tratamento da TBDR, pois possui profissionais capacitados para acompanhamento mais rigoroso com uso de medicamentos específicos por um longo período, além de oferecer acompanhamento individualizado, monitoramento dos

efeitos colaterais dos medicamentos e ajuste do tratamento quando necessário, aumentando a adesão e a efetividade terapêutica.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou avaliar o acesso dos pacientes notificados com TBDR no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes em tratamento no ano de 2024. De modo mais específico, busca-se conhecer o percurso de acesso do paciente desde a Unidade Primária de Saúde (UPS) até a admissão no ambulatório de tisiologia, compreender as percepções dos pacientes e dos profissionais em relação ao acesso ao ambulatório de tisiologia e identificar as possíveis dificuldades no acesso ao tratamento de TBDR vivenciados pelos pacientes, na ótica dos pacientes e profissionais.

Para alcançar esses objetivos, foi realizada uma Trata-se pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, baseada em entrevistas com pacientes e profissionais de saúde, buscando um entendimento detalhado das barreiras e facilitadores no acesso ao tratamento da TBDR.

Espera-se que esta pesquisa contribua para uma compreensão aprofundada das barreiras enfrentadas por pacientes com TBDR, de modo a aprimorar as políticas públicas de saúde relacionadas à TBDR. Com isso, espera-se também o aumento das taxas de cura, a redução das complicações e da transmissão da doença, além da melhoria na qualidade de vida dos pacientes e da redução da mortalidade associada à tuberculose resistente a drogas.

2 JUSTIFICATIVA

Frente aos enormes desafios sociais que impactam os países subdesenvolvidos e à persistência de estruturas e instituições socioeconômicas e políticas ainda ultrapassadas, torna-se necessário refletir profundamente sobre o papel das ciências sociais (Soriano, 2004). É com esse sentimento de aprofundar o conhecimento sobre problemas de saúde pública, como a tuberculose, que também tem raízes sociais, que decidi priorizar esse tema na minha pesquisa.

Durante os anos de 2005 a 2019, trabalhei no Controle da Tuberculose. Iniciei minha atuação atendendo pacientes na Atenção Primárias de Saúde (APS) e, posteriormente, assumi a Coordenação Estadual do Programa de Tuberculose da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Durante a gestão, estive envolvida na política pública de controle da tuberculose, o que incluiu a construção do plano estadual pactuado em instâncias de gestão, monitoramento de indicadores municipais e estadual, elaboração de boletins epidemiológicos e a criação de um comitê estadual de monitoramento das ações contra a tuberculose, com a participação da sociedade civil, profissionais de saúde, educação, social, empresas privadas, instituições de ensino. Além disso, fui consultora do Ministério da Saúde nos estados brasileiros e atuei como consultora internacional no país africano de São Tomé e Príncipe. Ressalto, no entanto, que apesar dessa trajetória profissional, não havia refletido até então sobre a necessidade de uma avaliação sistemática da política pública de controle da tuberculose.

Com base nessa experiência acumulada ao longo de tantos anos, fui levada a refletir não apenas sobre o tratamento da tuberculose, mas sobre as múltiplas etapas que o paciente percorre, desde o diagnóstico até a cura. Esse percurso inclui desafios relacionados ao preconceito, às questões sociais como o desemprego, até a satisfação final do tratamento bem-sucedido.

Esses fatores me levaram a considerar a importância de uma escuta mais atenta dos pacientes e dos profissionais envolvidos no tratamento da tuberculose. Foi esse insight que me motivou a ingressar no Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, onde hoje entendo com muita clareza a relevância científica e social de realizar uma pesquisa com enfoque nas ciências sociais aplicadas à saúde.

Apesar da minha grande paixão pelo tema tuberculose, conforme alerta o autor Paugam (2015), é fundamental que o pesquisador seja capaz de “neutralizar seus sentimentos ou rechaçar suas paixões” (Paugam, 2015, p. 22). Atualmente, não estando mais à frente dessa

política, creio que será mais fácil manter a imparcialidade necessária para conduzir esse estudo.

A formulação e implementação de políticas públicas geralmente se concentra em como as políticas são elaboradas, postas em prática e avaliadas, sem considerar adequadamente suas causas e consequências (Ozanira, 2008). Neste trabalho, propomos uma pesquisa avaliativa inspirada na perspectiva de avaliação em profundidade, priorizando o material institucional e os textos das políticas, conforme sugerido por Rodrigues (2008). Essa abordagem contrasta significativamente com as perspectivas positivistas, ao enfatizar uma compreensão mais ampla do contexto social.

Considerando a relevância do tema e sua importância na saúde pública, esse trabalho objetiva avaliar o acesso dos pacientes no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Diante disso os questionamentos norteadores são:

- a) Quais os possíveis entraves e dificuldades vivenciados pelo paciente com TBDR desde a UPS até o Ambulatório Especializado de Tisiologia, na ótica dos pacientes e dos profissionais?
- b) Qual a percepção dos pacientes e dos profissionais em relação ao tratamento de TBDR desenvolvido no ambulatório de tisiologia?
- c) Qual a percepção do profissional de saúde em relação às possíveis dificuldades vivenciadas pelo paciente no ambulatório de tisiologia?

Diante dos questionamentos, a pergunta de partida foi: “Quais os desafios e facilitadores no percurso de acesso ao tratamento para pacientes com TBDR, desde a APS até a admissão no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, na perspectiva dos pacientes e dos profissionais de saúde?”.

Assim, pretende-se com esse estudo aprimorar as práticas terapêuticas, subsidiando políticas públicas de saúde voltadas para a assistência e controle da TBDR, reduzindo, os impactos econômicos e sociais dessa doença.

Dessa forma, torna-se imprescindível compreender os entraves vivenciados pelos pacientes no percurso entre a Unidade de Saúde (UPS) e o Ambulatório Especializado em Tisiologia, bem como as percepções dos próprios usuários e profissionais de saúde sobre o processo de cuidado. Esse olhar dialógico contribui para revelar lacunas institucionais e orientar a formulação de políticas públicas mais humanizadas, equitativas e resolutivas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o acesso dos pacientes notificados com TBDR no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

3.2 Objetivos Específicos

- Mapear o percurso de acesso do paciente, notificados com TBDR, desde a Unidade Primária de Saúde (UPS) até a admissão no ambulatório de tisiologia;
- Compreender as percepções dos pacientes e dos profissionais em relação ao acesso ao ambulatório de tisiologia;
- Identificar as possíveis barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento de TBDR vivenciados pelos pacientes, na ótica dos pacientes e profissionais.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Histórico da Tuberculose

A Tuberculose passou a ser considerada uma prioridade como problema de saúde pública a partir da revolução industrial, principalmente devido à aglomeração populacional. Na Europa nos séculos XVII e XVIII, a tuberculose foi responsável por um quarto das mortes (Fitzgerald *et al.*, 2005).

A partir dos séculos XV e XVI na Europa, a doença tísica apresentou um cenário epidemiológico preocupante “pelo número de óbitos que causava periodicamente do que pela constância e generalização das relações sociais de exclusão dos infectados, pois naquela época a doença era de escasso conhecimento popular, sendo que a morte lenta dos pactários dissimulava o império da doença” (Bertolli, 2001, p. 34).

No final do século XVIII e início do século XIX, ocorre a revolução industrial na Inglaterra, abrangendo toda a Europa. Operários, entre adultos e crianças, trabalhavam por mais de 15 horas diárias, em condições de aglomerações, subalimentados e vivendo abaixo de condição humana foram vítimas da doença; a mortalidade atingiu dados epidemiológicos de 800 por 100.000 habitantes, e em Londres, o elevado coeficiente de 1.100 por 100.000 habitantes (Rosemberg, 1999).

Durante a colonização do Brasil chegaram muitos Jesuítas e colonos e na maioria estavam com tuberculose, e daí contaminaram os índios. As cartas de Inácio de Loyola (1555) e de Anchieta (1583) endereçadas ao Reino descreviam que os índios eram catequizados, e na maior parte das vezes eles adoeciam com os sintomas de escarro, tosse e febre; muitos chegaram a cuspir sangue, e a maioria acabou morrendo ao abandonar suas aldeias (Rosemberg, 1999).

No início do século XX, começa uma desmistificação sobre a tuberculose mórbida e elegância; a doença ganha proporções dramáticas ao ser associada à miséria social, incentivando políticas de saúde pública e a medicina a intervir de forma mais assertiva. A figura do tuberculoso deixa de ser um cortesão encantador e passa a ser um homem desprovido de recursos, que habita os centros urbanos e industrializados (Pôrto, 2007).

4.2 Características da Tuberculose

O *Mycobacterium Tuberculosis* é disseminado pelo ar, de uma pessoa com tuberculose pulmonar ou laríngea, que libera bacilos no ambiente (caso fonte), para outra pessoa, através da inalação de aerossóis provenientes da tosse, fala ou espirro. O termo “bacilífero” é utilizado para descrever pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea que possuem *baciloscopia* positiva no escarro. A tuberculose atinge principalmente os pulmões, que representam o principal órgão afetado na maior parte dos casos (Brasil, 2019).

A transmissão ocorre através do ar, quando se inspiram os aerossóis produzidos ao tossir, falar ou espirrar de uma pessoa com tuberculose ativa nos pulmões ou na laringe. As gotículas expelidas secam rapidamente e se transformam em partículas menores, com diâmetro inferior a 5-10 µm. Essas pequenas partículas, que contêm um a dois bacilos, podem permanecer suspensas no ar por várias horas e têm capacidade de chegar aos alvéolos. Lá, podem se multiplicar e causar a chamada infecção primária. Outras formas de transmissão (como pela pele ou placenta) são incomuns e não são relevantes do ponto de vista epidemiológico. Os bacilos depositados em roupas, lençóis, copos e outros objetos não se dispersam facilmente no ar em forma de aerossóis e, portanto, não desempenham um papel na propagação da doença (Brasil, 2019).

Indivíduos com exame bacteriológico de escarro positivo contribuem para a propagação da doença. Em média, estima-se que uma pessoa com baciloscopia positiva possa infectar de 10 a 15 outras pessoas ao longo de um ano em uma comunidade. Entre aqueles que têm contato próximo com pacientes com tuberculose pulmonar, os que têm resultado positivo para baciloscopia no escarro são os principais transmissores da doença (Grzybowski; Barnett; Styblo, 1975).

O perigo de contrair doenças, ou seja, desenvolver tuberculose ativa após infecção está relacionado a fatores internos, especialmente à eficácia do sistema imunológico. Na área da saúde pública, a relevância de um fator de risco está na sua ligação com a incidência da doença e na frequência desse fator na população examinada. O maior risco de contrair tuberculose é a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Entre outros fatores já conhecidos, incluem-se tempo entre a infecção e o desenvolvimento da tuberculose ativa. (com maior risco nos primeiros dois anos após exposição), idade inferior a dois anos ou superior a 60 anos e a existência de certas condições clínicas como: doenças e/ou tratamentos que afetam o sistema imunológico (Brasil, 2019).

Estima-se que cerca de 10% das pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis* desenvolvam a doença: 5% nos dois primeiros anos após a infecção e outros 5% ao longo da

vida, se não receberem o tratamento preventivo recomendado. O risco de desenvolver tuberculose pode persistir ao longo da vida (Brasil, 2019).

A TB pode afetar vários órgãos e/ou sistemas do corpo. A forma pulmonar da TB é a mais comum e a mais significativa em termos de saúde pública, pois é dessa forma, especialmente quando o paciente está com bacilos ativos, que mantém a transmissão da doença. Procurar ativamente por pessoas com sintomas respiratórios (pessoa que, durante a estratégia programática de busca ativa, apresenta tosse por 3 semanas ou mais. Essa pessoa deve ser investigada para tuberculose através de exames bacteriológicos), é uma estratégia importante para controlar a TB, já que isso possibilita identificar precocemente os casos de TB pulmonar. Às vezes, a TB pode se manifestar de diferentes maneiras, dependendo do órgão afetado. Por isso, outros sinais e sintomas além da tosse prolongada podem surgir e precisam ser levados em consideração durante a investigação diagnóstica (Penna, 2011).

Como um dos meios de diagnóstico para a tuberculose, a pesquisa bacteriológica é crucial em adultos, tanto para o diagnóstico e tratamento da tuberculose (Brasil, 2008). Os resultados bacteriológicos positivos indicam tuberculose ativa em pacientes com quadros clínicos que sugerem tuberculose e sintomáticos respiratórios encontrados por busca ativa. Os exames para diagnósticos utilizados no país são descritos a seguir:

a) Exame Microscópico Direto – Baciloscopia Direta

Por ser um método fácil e seguro, deve ser realizado por todos os laboratórios de saúde públicos e privados tecnicamente habilitados. O método mais popular em nosso meio é o método de Ziehl-Nielsen para pesquisar o Bacilo Álcool-Ácido Resistente- BAAR (Brasil, 2019). De 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar podem ser identificados por meio da baciloscopia do escarro, desde que realizada corretamente em todas as suas fases (Brasil, 2019). O diagnóstico de tuberculose e o início do tratamento são feitos com um quadro clínico compatível com tuberculose.

b) Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

A sensibilidade do TRM-TB em amostras de escarro de adultos é de cerca de 90% superior à da baciloscopia. A resistência à rifampicina também é identificada pelo exame, com uma sensibilidade de 95 por cento (Brasil, 2019).

c) Cultura para micobactéria, identificação e teste de sensibilidade

A cultura é um método de diagnóstico da tuberculose de alta sensibilidade e especificidade. A cultura do escarro pode aumentar o diagnóstico bacteriológico da doença em até 30% nos casos pulmonares com baciloscopia negativa (Brasil, 2019).

d) Radiografia de Tórax

Dentre os métodos de imagens e na avaliação inicial e acompanhamento da tuberculose pulmonar, a radiografia do tórax é o método de imagem preferido. Vários padrões radiológicos que indicam atividade doença pode ser observados nela. Estes incluem nódulos, cavidades, consolidações, massas, processo intersticial (miliar), derrame pleural e alargamento do mediastino (Bombarda et al., 2014). O objetivo principal do exame radiológico em pacientes com diagnóstico bacteriológico é evitar outras doenças pulmonares relacionadas, avaliar a gravidade do acometimento e avaliar como o acometimento evolui radiologicamente durante o tratamento.

e) Tomografia Computadorizada de Tórax

A Tomografia Computadorizada de tórax é um exame mais preciso para identificar alterações anatômicas nos órgãos ou tecidos afetados, sendo recomendada quando há suspeita de tuberculose pulmonar e a radiografia inicial não mostra nada, além de auxiliar a diferenciar de outras condições torácicas, principalmente em pacientes com sistema imunológico comprometido (Bombarda et al., 2014).

f) Diagnóstico Histopatológico

A histológica de um pedaço de tecido obtido por biópsia é uma técnica utilizada para investigar as formas pulmonares que se manifestam radiograficamente como doença difusa e as formas extrapulmonares (Conde; Fiterman; Lima, 2011).

A TB é uma doença que pode ser curada na maioria dos casos, desde que os bacilos sejam sensíveis aos medicamentos antituberculose e que o tratamento siga corretamente os princípios básicos da terapia medicamentosa, com a administração adequada dos remédios. Se o tratamento não for feito corretamente, com doses inadequadas ou

interrupção prematura, cepas resistentes podem ser selecionadas, resultando na resistência adquirida aos medicamentos (Coura, 2013).

O tratamento básico de tuberculose em adultos e adolescentes no Brasil consiste em quatro medicamentos em fase intensiva e dois em fase de manutenção. Para o esquema básico, a apresentação farmacológica dos medicamentos é de comprimidos em doses fixas combinados com a apresentação tipo 4 em 1: Rifampicina (R); Isoniazida (H); Pirazinamida (Z); Etambutol (E) - (RHZE) ou 2 em 1 (RH) (Brasil, 2019).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda a implementação de esquemas especiais devido às suas complexidades clínicas e operacionais em unidades com perfis assistenciais especializados conforme mostra a Figura 1 (Brasil, 2019). No caso do Tratamento da Tuberculose Droga Resistente (TBDR), o MS recomenda que o local do manejo seja em uma referência terciária.

Figura 1 - Esquemas de tratamento da tuberculose e local de manejo clínico preferencial

SITUAÇÃO DO CASO	ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA	LOCAL DE MANEJO
Caso novo ¹ e Retratamento ² (recidiva após cura e reingresso após abandono)	Esquema Básico para adultos e Esquema Básico para crianças	Atenção Primária
Tuberculose meningoencefálica e osteoarticular	Esquema Básico para TB meningoencefálica e osteoarticular	Hospital e, posteriormente, Atenção Secundária ³
Toxicidade, intolerância ou impedimentos ao uso do Esquema Básico e avaliação de falência terapêutica ⁴	Esquemas Especiais	Referência Secundária ³
Falência terapêutica por resistência e Resistência comprovada	Esquemas Especiais para resistências	Referência Terciária ³

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

1 Caso novo ou virgem de tratamento: paciente nunca submetido ao tratamento anti TB ou realização de tratamento por menos de 30 dias.

2 Retratamento: paciente que já fez o tratamento anti TB por mais de 30 dias e que necessite de novo tratamento após abandono ou por recidiva (após a cura ou tratamento completo).

3 Recomendado Tratamento Diretamente Observado – TDO compartilhado com a Atenção Primária.

4 Falência terapêutica: paciente que apresenta persistência de baciloscopia de escarro positiva ao final do tratamento; paciente que inicialmente apresentavam baciloscopia fortemente positiva (++ ou +++) e mantém essa positividade até o quarto mês de tratamento; e pacientes com baciloscopia inicialmente positiva, seguida de negatificação e nova positividade, por dois meses consecutivos, a partir do quarto mês de tratamento.

As ações feitas para monitorar o tratamento estão apresentadas na Figura 2 como: consultas clínicas para todos os casos; controle bacteriológico para os casos pulmonares e

radiológicos, especialmente nos casos em que o exame de imagem foi usado como parâmetro para ajudar no diagnóstico (Brasil, 2019).

Figura 2 - Consultas clínicas e exames de seguimento do tratamento da TB adultos

PROCEDIMENTOS	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS	OBSERVAÇÕES
Consultas	X	X	X	X	X	X	Maior frequência a critério clínico.
Oferta de teste para diagnóstico do HIV	X						Caso não seja possível no primeiro mês, realizar durante o tratamento.
Avaliação da adesão	X	X	X	X	X	X	
Baciloscopias de controle	X	X	X	X	X	X	Recomendação para casos pulmonares.
Radiografia de tórax		X				X	Especialmente nos casos com baciloscopia negativa ou na ausência de expectoração. Repetir a critério clínico.
Glicemia, função hepática e renal	X						No início e repetir a critério clínico.

Fonte: CGPNCT/SVS/MS.

Para pacientes com sinais ou sintomas associados e para aqueles com maior risco de efeitos adversos, um hemograma e bioquímica (função renal e hepática) devem ser monitorados mensalmente ou em intervalos de tempo menores, de acordo com médico que os acompanha.

4.3 Tuberculose Droga Resistente (TBDR)

A resistência bacteriana foi observada pela primeira vez na década de 1940, com a descoberta da estreptomicina e sua aplicação no tratamento da tuberculose. Existem três tipos principais de resistência bacteriana: a natural, inerente ao processo de multiplicação bacteriana; a primária, presente em infecções iniciais por bactérias já resistentes; e a secundária ou adquirida, que ocorre em pacientes inicialmente sensíveis aos medicamentos, mas que desenvolvem resistência durante o tratamento (Gygli, 2017).

A TBDR é caracterizada pela ocorrência de múltiplas mutações em determinados genes do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que afetam os medicamentos utilizados no

tratamento da doença. Esse fenômeno tem se tornado cada vez mais comum globalmente, destacando o impacto potencial da resistência bacteriana na ineficácia dos esquemas terapêuticos existentes, além de diminuir as taxas de cura, prolongar a duração do tratamento, aumentar seus custos e elevar os riscos de efeitos colaterais para os pacientes afetados (Brasil, 2019).

O tratamento da TBDR representa um dos principais obstáculos para o controle dessa enfermidade globalmente, especialmente em casos de resistência à rifampicina, que pode ocorrer isoladamente ou em combinação com outros medicamentos, visto que este é o antiviral mais eficaz contra o bacilo da tuberculose. Regimes de tratamento que não incluem a rifampicina, seja por causa de resistência ou intolerância, necessitam da utilização de medicamentos de segunda linha, levando a um tratamento que se estende por um período mais longo, com maior potencial de toxicidade e de pior prognóstico (Luna, 2016).

Diversos fatores favorecem a resistência, como falências no tratamento, tratamentos inadequados, interrupções constantes de tratamento, como abandono do tratamento. O tratamento da TBDR tem uma duração muito maior em comparação ao esquema básico, e seu custo é consideravelmente elevado; por isso, há uma grande probabilidade de abandono do tratamento devido a eventos adversos (Brasil, 2019).

Segundo dados da Nota Informativa nº 09/2021-CGDR/DCCI/SVS/MS (Brasil, 2021), a classificação da TBDR adotada no país é a seguinte:

- **Monorresistência:** resistência a somente um fármaco antituberculose. As monorresistências que são objeto de vigilância são as da rifampicina e da isoniazida, que devem ser notificadas no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB);
- **Polirresistência:** resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto a associação rifampicina e isoniazida.
- **Resistência à rifampicina (TB RR):** resistência à rifampicina identificada por meio do TRM-TB exclusivamente (ainda sem teste de sensibilidade, sem outras resistências conhecidas);
- **Multirresistente (TB MDR):** resistência a pelo menos rifampicina e isoniazida;
- **Resistência extensiva (TB XDR):** resistência à rifampicina e isoniazida acrescida de resistência a fluoroquinolona (qualquer delas) e linezolida ou bedaquilina.

Todos os casos de TB RR/MDR devem realizar de maneira oportuna o teste de sensibilidade aos medicamentos de segunda linha. É de suma importância o conhecimento do

padrão de sensibilidade aos medicamentos utilizados no esquema de tratamento, principalmente às fluoroquinolonas (Brasil, 2021).

Com a disponibilização dos medicamentos bedaquilina e delamanida no Sistema Único de Saúde (SUS), tornam-se imprescindível a atualização dos esquemas de tratamento, dando preferência a esquemas orais; a utilização de medicamentos injetáveis deve ser uma segunda opção, caso haja impossibilidade de um esquema de tratamento eficaz com as medicações orais. O Quadro 1 mostra a classificação dos medicamentos para composição dos esquemas de tratamento (Brasil, 2021).

Quadro 1 - Classificação dos medicamentos para o tratamento da TB RR, MDR e XDR

GRUPOS	MEDICAMENTOS
GRUPO A	Levofloxacino (Lfx) ou moxifloxacino (Mfx) Bedaquilina (Bdq) Linezolida (Lzd)
GRUPO B	Clofazimina (Cfz) Terizidona (Trd)
GRUPO C	Etambutol (E) Delamanida (Dlm) Pirazinamida (Z) Imipenem-cilastatina (Ipm) ou Meropenem (Mpm) Amicacina (Am) ou Estreptomicina (S) Etionamida (Et) Ácido Paraminossalicílico (PAS)

Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019).

Os medicamentos estão dispostos em ordem de importância, sendo os do grupo A os mais importantes, seguidos pelos do grupo B e C (Brasil, 2021).

A rifampicina é o principal medicamento para o tratamento da TB, possuindo ação bactericida e esterilizante, e é essencial para a cura no esquema padrão de tratamento. Quando identificada a resistência a esse fármaco, os esquemas de tratamento tornam-se menos efetivos, mais longos e têm duração mínima de 12 meses.

Pessoas com um histórico longo de esquemas anteriores utilizados devem seguir as recomendações para composição de um esquema de tratamento individualizado como: verificar a possibilidade de resistência cruzada entre os medicamentos (entre as fluoroquinolonas, entre os injetáveis e entre a etionamida e a isoniazida); nunca usar medicamentos quando o Teste de Sensibilidade (TS) indicou resistência; compor um esquema de tratamento com três a quatro medicamentos efetivos e com a fase de manutenção com, pelo menos, três fármacos.

Segundo ainda a Nota Informativa nº 9/2021, em relação ao seguimento do tratamento recomenda-se: o Tratamento Diretamente Observado (TDO) durante todo o tratamento; que as consultas médicas sejam mensais para avaliação da evolução clínica e laboratorial e em uma referência terciária; que seja dada atenção para sinais de falência (ausência de conversão bacteriológica e de melhora clínica após 8 meses de tratamento ou reversão bacteriológica-duas culturas positivas e piora clínica, após uma evolução favorável inicial; identificar precocemente uma falência para evitar ampliação de resistência e proporcionar melhores opções terapêuticas. Quando identificada uma falência reavaliar o esquema de tratamento utilizado. O Quadro 2 mostra as recomendações para seguimento do tratamento TBDR.

Quadro 2 - Seguimento do Tratamento de TBDR

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA
Consultas	Mensal ou com maior frequência a critério clínico
Avaliação da adesão	Mensal
Baciloscopia	Mensal
Cultura	Mensal até conversão, depois trimestral
Teste de Sensibilidade	No caso de baciloscopia e/ou culturas positivas no 6º mês de tratamento ou quando suspeita de falência.
Radiografia de Tórax	Quadrimestral ou com maior frequência a critério clínico
Eletrocardiograma	Realizar pelo menos a cada dois meses quando utilizando Bdq ou Dlm1
Audiometria	Realizar se identificação de sintomas auditivos quando utilizando Am e S

Fonte: CGPNCT/SVS/MS. 2021

A duração do tratamento será decidida de acordo com a evolução laboratorial e a disponibilidade de fármacos efetivos: fase intensiva de seis a oito meses, com, pelo menos, duas culturas negativas; considerar estender a fase intensiva, na demora na negativação da baciloscopia na fase intensiva, se não houver três fármacos efetivos na fase de manutenção, ou quando houver suspeita de resistência à fluoroquinolona; fase de manutenção até completar 18 a 24 meses, com, pelo menos, três culturas negativas (Brasil, 2019).

O acompanhamento clínico, psicológico, nutricional, social e a vigilância dos efeitos adversos devem ser periódicos. O TDO nesses casos é recomendado e deve ser realizado de forma compartilhada com a unidade básica de saúde.

A TBDR representa uma ameaça não apenas para os pacientes devido ao tratamento tóxico prolongado e com baixas taxas de cura, mas também à comunidade, pelo fato de o paciente permanecer em estado infeccioso e transmitir o bacilo já resistente. E é um dos maiores desafios para o controle da doença no mundo (Brasil, 2005).

Sendo assim, a resistência bacteriana tem agravado a tuberculose, aumentando o número de mortes e recaídas. A monoterapia, prescrições inadequadas e a falta de adesão ao tratamento são os principais fatores associados. A multirresistência, em particular, evidencia falhas no controle da doença e dificulta significativamente o tratamento e a prevenção.

4.4 Política Pública e Estratégia de Controle da Tuberculose

No Brasil Império no século XIX, as epidemias de febre amarela, diarreias persistentes, varíola e TB estavam intimamente relacionadas às precárias condições de vida e moradia no Rio de Janeiro, diante desse cenário ocorreu a criação da Junta Central de Higiene do Império, com aprovação do parlamento para algumas leis sobre assuntos sanitários e habitacionais (De Souza Maciel *et al.*, 2012).

No final do século XIX iniciaram iniciativas de mobilização para combater a TB no Brasil, através de articulação de membros da elite médica e da sociedade civil. Dessa mobilização, criou-se a Liga Brasileira Contra a Tuberculose (sediada no Rio de Janeiro e atualmente denominada Fundação Ataulpho de Paiva) e a Liga Paulista Contra a Tuberculose, no ano de 1899 (Hijjar *et al.*, 2007).

No início do século XX, o Diretor-Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, inicia a luta contra a tuberculose, mostrando, portanto, a necessidade de atenção das autoridades sanitárias em relação à doença, daí a participação do setor público. O Plano de Ação Contra Tuberculose é criado com objetivo de implantar condutas profiláticas e terapêuticas (Ruffino-Netto, 2002).

A fase de maior comprometimento político com a tuberculose da época deu-se em 1920 com a chamada Reforma Carlos Chagas. Foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, cujo objetivo era estabelecer o diagnóstico e o tratamento dos casos da doença, além de se empenhar na prevenção da tuberculose (Ruffino-Netto, 2002).

No ano de 1927, iniciou-se a vacinação com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) em recém-nascidos, com a supervisão da Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Após 3 anos, em 1930, inicia o ensino de Tisiologia no currículo da Faculdade Nacional de Medicina, por Clementino Fraga, havendo assim um aumento de profissionais aptos para as ações dirigidas ao controle da TB.

Já em 1936, o médico Manoel Dias, elaborou um novo método diagnóstico que combinava a radiografia de tórax e a fotografia, que ficou oficialmente conhecido como “abreugrafia”. Esse método ficou conhecido no mundo todo como um exame de rastreio para

tuberculose, visto que permitia sua aplicação em larga escala, com custos inferiores aos da radiografia convencional (Hijjar, 2007).

Com o avanço das Políticas Públicas voltada para a questão da tuberculose, no ano de 1941, é criado o Serviço Nacional de Tuberculose, que tinha como propósito estudar as questões inerentes à doença, e contribuir para o desenvolvimento de métodos nas ações de prevenção e assistências (Hijjar, 2007).

Em 1943, o marco histórico para o tratamento e o controle da TB se dá com a descoberta do medicamento estreptomicina pelo americano Selman Waksman. A partir de então novos fármacos foram surgindo, incluindo a rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, que até hoje são usados como medicamentos de primeira linha para o tratamento da doença (Souza, 2006).

A primeira Campanha Nacional Contra a Tuberculose foi lançada em 1946, sob a direção de Raphael de Paula Sousa, com o foco de coordenar as ações governamentais e privadas de controle da tuberculose desenvolvidas no país. Essa campanha teve uma grande repercussão, ampliando a estrutura hospitalar do Brasil em relação à doença e a promoção da descentralização dos serviços (Hijjar, 2007).

Ao longo dos anos, observa-se uma priorização política no controle da tuberculose, a qual ganha força mundial. Desde o ano de 1993, com o lançamento da Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS – Direct Observed Treatment Strategy), passando pela estratégia Stop TB e culminando com a atual Estratégia pelo Fim da Tuberculose, muito se avançou no controle da doença (Brasil, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS) adotado no Brasil garante de forma gratuita o tratamento da tuberculose. Ações conjuntas de vários setores são estratégias importantes para reduzir fatores sociais como pobreza e exclusão social.

No ano de 1996, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária do MS lançou um plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, com o intuito de aumentar a cobertura do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) em 230 municípios, focando especialmente no diagnóstico e tratamento da doença. Esses municípios foram priorizados devido à alta incidência da enfermidade (Santos et al., 2016).

A Declaração de Amsterdã, estabelecida em março de 2000 durante a Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Social, teve como foco principal encontrar soluções para o controle da tuberculose em países em desenvolvimento. Os principais fatores ligados à doença foram analisados e definidas diretrizes para seu controle, levando em conta a importância do envolvimento da sociedade, o uso de tecnologias eficazes e acessíveis para o

diagnóstico da TB, além da integração dos serviços de atenção básica no cuidado aos pacientes com tuberculose (WHO, 2000).

A partir de 2003, a luta contra a TB tornou-se uma prioridade no cenário das políticas públicas no Brasil. O MS assumiu o compromisso de fortalecer a estratégia DOTS em parceria com os diversos níveis de gestão, com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas internacionalmente: identificar 70% dos casos bacilíferos estimados e assegurar que, no mínimo, 85% dos casos tratados sejam curados. O Plano de Ação do PNCT, aprovado em 2004, teve como base a descentralização e a horizontalização das ações voltadas para a vigilância, prevenção e controle da doença. A implementação da estratégia DOTS contou com o apoio das equipes das Unidades Primária de Saúde (UPS), do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Santos et al., 2016).

O Brasil desde 2017 tem um Plano Estratégico da Tuberculose em consonância com a agenda global da doença. O Plano é composto por quatro fases de execução e estabelece metas adaptadas ao cenário nacional, como redução da incidência, da mortalidade e custo catastrófico por tuberculose a ser alcançada até 2035 (Brasil, 2024). Além disso, o Plano reconhece o SUS como a base para a implementação de suas ações.

O SUS desempenha papel essencial na prestação de serviços de saúde acessíveis e de qualidade para todos os brasileiros, incluindo aqueles afetados pela tuberculose. Isso reforça a importância do compromisso do governo em fornecer cuidados de saúde de forma integral e equânime para combater a tuberculose no Brasil.

Nos últimos anos há um compromisso global para a eliminação da TB. No ano de 2018, ocorreu a primeira reunião de alto nível sobre tuberculose, realizada pela Organização das Nações Unidas, e temas importantes foram discutidos como cobertura universal para resposta à tuberculose e proteção social (Brasil, 2024).

Há um investimento no governo atual e no ano de 2024, o Brasil é o primeiro país do mundo a lançar uma política governamental para eliminar ou reduzir, como problemas de saúde pública a TB e outras doenças e infecções que acometem, de forma mais intensa, as populações em situação de maior vulnerabilidade social. O Programa Brasil Saudável é um desdobramento do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente que foi criado em abril de 2023.

O Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar, reuniu 14 ministérios para de forma articulada eliminar 11 doenças e cinco condições de transmissão vertical. O referido programa é coordenado pelo MS e parte da premissa que certas doenças não bastam apenas para diagnosticar e tratar. Faz-se necessário implementar políticas públicas para ampliar o

acesso à saúde, reduzir as desigualdades sociais, ou seja, reduzir fatores que influenciam diretamente no comportamento da doença (Brasil, 2024).

4.5 Cenário Epidemiológico da Tuberculose

Ao realizar uma análise epidemiológica, a TB pode ser contida e erradicada nos pacientes. Para isso, faz-se necessário seu diagnóstico precoce e seu tratamento seja de total adesão. Essas condutas afetam diretamente na reincidência da TB, evitando a transmissibilidade da doença e a alta taxa de mortalidade. Nos países subdesenvolvidos ou em fase de crescimento urbanístico ou econômico, a TB prevalece com altas taxas de contaminação, tendo interferência direta no fator da economia (Fortuna et al., 2020).

Na década de 1980, acreditava-se na erradicação da TB nos países desenvolvidos tornando assim as pesquisas escassas nesse campo. No entanto, somente no início dos anos 90, quando as epidemias de TBDR em portadores de HIV nos Estado Unidos da América e Europa foram publicadas, é que o problema recebeu atenção internacional (Alland et al., 1994).

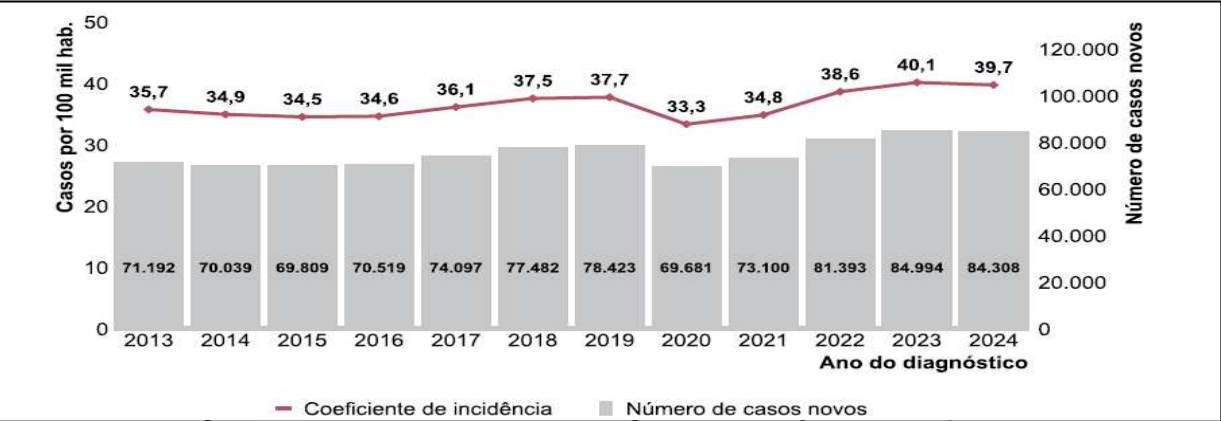
Em 2023, de acordo com um relatório global da Organização Mundial da Saúde (OMS), a tuberculose voltou a ser a principal causa de morte por uma única doença no mundo, deixando para trás até mesmo a COVID-19. Nesse mesmo ano, estima-se que cerca de 10,8 milhões de pessoas ao redor do mundo tenham ficado doentes com TB, e aproximadamente 1,25 milhão tenham morrido por causa dela (WHO, 2024).

Na região das Américas, o Brasil e o Peru são os únicos países que aparecem na lista de países com alta carga da doença. No entanto, o Brasil é o único que está presente em duas listas diferentes: a de países com alta carga de TB e a de países com alta carga de TB associado ao HIV (WHO, 2024).

No Brasil, os dados de 2024, embora preliminares e sujeitos a revisão, contabilizam 84.308 casos novos e um coeficiente de incidência de 39,7 casos por 100 mil hab. (Figura 3). Ao analisar a Figura 3, observa-se que em 2021, o coeficiente de incidência de tuberculose foi de 34,8 casos por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 4,5% em relação a 2020 (33,3 casos por 100 mil hab.) e, em 2022, registraram-se 38,6 casos por 100 mil hab., um incremento de 10,9% em comparação com 2021. Já no ano de 2023 o coeficiente de incidência foi de 40,1 casos por 100 mil hab. Dos 84.308 casos novos de TB registrados no Brasil em 2024, 68,2% ocorreram em pessoas do sexo masculino, 33,8% com idade entre 20 a 34 anos, 51,8% autodeclararam pardo, 9,3% coinfectado TB-HIV. Os óbitos

chegaram a 6.025 no ano de 2023, com coeficiente de mortalidade de 2,8/100.000 habitantes (Brasil, 2025).

Figura 3 – Coeficiente de incidência e número de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico. Brasil, 2013 a 2024*



No Ceará, em 2024 segundo o boletim de tuberculose da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, há registro de 4035 novos casos de tuberculose (dados preliminares, sujeitos a revisão), com uma incidência de 43,7/100.000 habitantes (Figura 4). Dos casos novos registrados, 66,5% são do sexo masculino, 11% coinfectado TB-HIV. Os casos da doença distribuem-se por todo o estado, com maior concentração em Fortaleza e municípios de sua Região Metropolitana, além de Sobral e Juazeiro do Norte. Em relação a TBDR foram registrados no Ceará 598 casos novos (Brasil, 2024).

Figura 4 - Coeficiente de incidência e número de casos de Tuberculose por ano de diagnóstico. Ceará, 2014 a 2024*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SINAN. Dados atualizados em: 10/03/2025.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico da Tuberculose da Secretaria da Saúde do estado do Ceará, 244 pessoas morreram por tuberculose com coeficiente de mortalidade de 2,6/100.000 habitantes (Figura 5). Nos últimos anos, observa-se um crescimento no número de novos casos de tuberculose, o que levou a um aumento expressivo no total de mortes relacionadas à doença, atingindo o recorde máximo na série histórica conforme ilustrado na Figura 5. Além disso, nota-se uma quantidade considerável de diagnósticos de tuberculose feitos após o óbito, evidenciando desafios tanto no diagnóstico quanto no acesso aos serviços de saúde.

Figura 5 - Número de óbitos, óbitos com diagnóstico pós-morte e taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por tuberculose por causa básica, Ceará, 2014 a 2024*



Fonte: SESA/COVEP/CEVEP – SIM. Dados atualizados em 10/03/2025 sujeitos à revisão

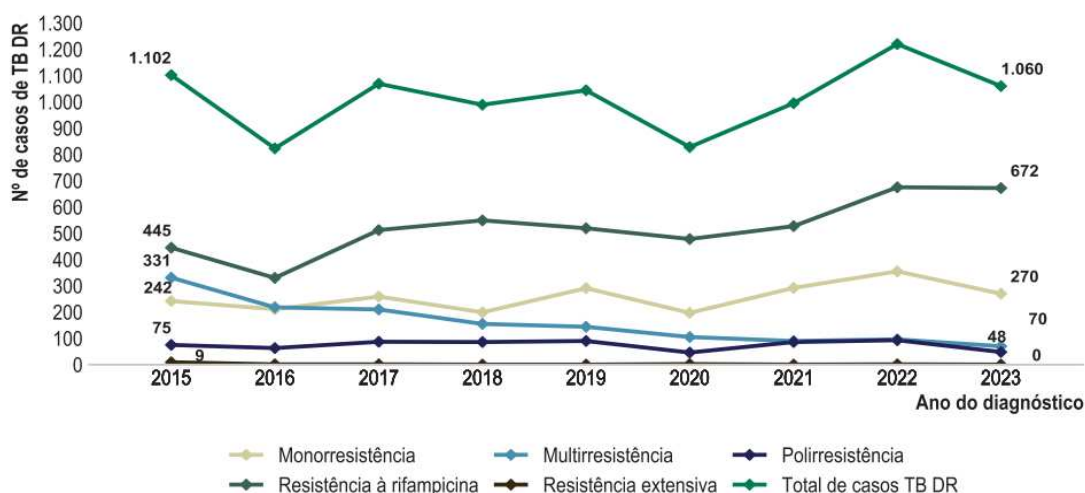
Ressalta-se que o Sistema utilizado para registrar e processar dados sobre notificações e acompanhamento da TB é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O SINAN representa a base fundamental para as estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação no combate à doença (Santos, 2016), enquanto que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) tem por objetivo captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde.

Dados do MS mostram que no período de 2015 a 2023 (Figura 6), foram notificados 17.200 novos casos de TBDR no país, com 1.060 casos diagnosticados em 2023. A série histórica mostra duas quedas significativas: em 2016, devido à falta de cartuchos para o teste rápido molecular, e em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19.

Sobre o padrão de resistência inicial no período avaliado, observou-se que a maioria dos casos apresentou resistência à rifampicina, seguida pela monorresistência. Apesar

de a resistência à rifampicina ser considerada uma multirresistência, apresentou-se o dado separadamente para evidenciar que, após a introdução do TRM-TB no SUS, em 2014, houve um incremento no número de casos de TB RR em 2015, o que destaca a utilização do teste como uma importante ferramenta na identificação da TBDR no país.

Figura 6 - Número de casos novos de TBDR segundo o padrão de resistência inicial. Brasil, 2015 a 2023*

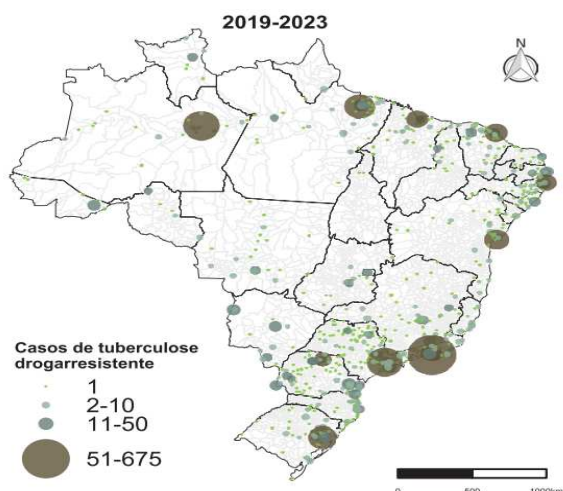


Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (Site-TB)/Ministério da Saúde. Dados extraídos em fevereiro/2025. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Para obtenção dos casos de TBDR, utiliza-se o Sistema de Informação de Tratamento Especiais da Tuberculose (SITETB). Ressalta-se que esse sistema é a principal ferramenta responsável pela vigilância dos casos com indicação de esquema especial de TB. O SITETB permite notificar, solicitar medicamentos, acompanhar e encerrar os casos com indicação de esquema especial. Além da gestão de casos, o SITETB também possibilita a gestão de medicamentos, possibilitando a realização de dispensação, solicitação, recebimento, transferências e controle de estoque.

Quanto à distribuição espacial das notificações de TBDR, todos os estados brasileiros notificaram casos de tuberculose resistente a medicamentos entre 2019 e 2023 (Figura 7).

Figura 7 - Número de casos novos de TBDR por município. Brasil, 2019 a 2023*



Fonte: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB)/Ministério da Saúde. a Dados extraídos em fevereiro/2024. Dados preliminares, sujeitos a alteração.

Os grupos de maior vulnerabilidade para contrair a tuberculose são: pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, indígenas, profissionais de saúde, imigrantes e infectados pelo HIV. Para cada um desse grupo há desafios para prevenir, diagnosticar e tratar a tuberculose, diante dessa realidade faz-se necessário conhecer os componentes que influenciaram o adoecimento e o estágio do tratamento, para assim implementar ações de controle e tratamento (Brasil, 2024).

Contudo é necessário considerar o contexto social, as desigualdades econômicas, sociais, sanitárias, culturais, comportamentais associadas à disponibilidade de acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2024). Em relação à população em situação de rua, faz-se necessário uma ampla discussão e articulação entre poder público, sociedade civil organizada, a desconstrução da imagem dessa população bem como sua participação no desenvolvimento de políticas públicas (Gomes de Lima, 2023). Esse grupo é mais propenso a ter TBDR por isso ações de controle devem ser direcionadas para os grupos mais vulneráveis, a fim de reduzir o impacto dessa doença na saúde pública. Essa vulnerabilidade está associada a uma combinação de fatores, incluindo condições de vida, acesso aos serviços de saúde e características individuais.

O estado do Ceará tem enfrentado um desafio significativo no combate à TBDR. De acordo com os dados do SITETB, foram registrados 1177 casos de TBDR no período de 2006 a 2025 (dados preliminares, sujeito a revisão). Essa estatística destaca a necessidade urgente de intensificar os esforços para controlar e prevenir a propagação dessa forma resistente da doença. Desses 65% foram do sexo masculino, 82% referiu cor negra, 83% dos notificados realizaram teste HIV e desses 17% são coinfectado (TB/HIV), 40% referiram

reações adversas a medicação, 54,5% apresentou agravo associado, 57% tinham história de abuso de álcool e tabagismo.

4.6 Tuberculose e Determinante Sociais e Econômica

Reconhecida como uma epidemia global, a TB tem se mostrado difícil de controlar, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, onde as desigualdades sociais e a fragilidade dos sistemas de saúde ampliam sua persistência. Embora os avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento tenham sido significativos, a erradicação da doença ainda não foi alcançada. Fatores como a concentração de pobreza, a coinfeção com o HIV/AIDS e a deterioração dos serviços públicos de saúde figuram entre os principais determinantes sociais que dificultam o controle da tuberculose (Raviglione et al., 2012). A TB apresenta uma estreita relação com a pobreza, estabelecendo um ciclo vicioso: a precariedade das condições de vida e saúde favorece o adoecimento, enquanto a doença, por sua vez, contribui para a perda de capacidade laboral e de subsistência, agravando ainda mais a situação socioeconômica dos acometidos. (Geraldes et al., 2007).

Observa-se uma maior prevalência de TB no sexo masculino com idade produtiva, influenciando negativamente a economia ativa. A doença também está ligada diretamente aos aglomerados urbanos, à falta de serviços básicos de saúde, alimentação inadequada, desnutrição, além do uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas (San Pedro, 2013). A baixa escolaridade dos pacientes também interfere negativamente na adesão ao tratamento, contribuindo para o abandono terapêutico e, conseqüentemente, para o surgimento de cepas resistentes aos fármacos, como a tuberculose drogárresistente (TBDR) e a tuberculose extensivamente resistente (Rodrigues; Mello, 2018; Santos et al., 2016).

Uma revisão sistemática sobre a associação entre tuberculose e indicadores socioeconômicos no Brasil identificou que e como os principais fatores associados ao adoecimento por tuberculose foram: rendimento monetário não fixo, histórico de encarceramento, carência alimentar, estado civil separado ou viúvo, e posse de poucos bens de consumo (Pelaquin et al., 2001).

Do ponto de vista econômico, os custos relacionados ao diagnóstico e tratamento da TB são divididos em três categorias: custos diretos, custos indiretos e custos de enfrentamento. Os custos diretos referem-se às despesas médicas; os custos diretos não médicos incluem gastos com transporte, alimentação e hospedagem; já os custos indiretos

correspondem à perda de renda em decorrência da incapacidade para o trabalho, afetando tanto o paciente quanto seus cuidadores (Oliveira et al., 2017).

Além disso, há também os custos de enfrentamento, ou seja, quando as despesas excedem a própria renda, forçando o paciente a recorrer a outros meios de subsistência como: empréstimos, poupanças, venda de ativos ou restrição de despesas essenciais, como alimentação e/ou educação (Luiza et al., 2016).

Essas interferências econômicas podem retardar o diagnóstico oportuno da TB, devido à dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços públicos de saúde e aos altos custos envolvidos no diagnóstico, os quais impõem um peso econômico catastrófico para o núcleo familiar do paciente. Os custos são considerados catastróficos quando, ao somar todos os gastos envolvidos no diagnóstico e tratamento da tuberculose - incluindo custos diretos, indiretos e de enfrentamento-, essa soma representa 20% ou mais da renda familiar anual do paciente (Squire et al., 2015).

Embora seja uma doença curável, a tuberculose ainda carrega um forte estigma social, sobretudo em comunidades mais vulneráveis. Pesquisas nas áreas de sociologia, psicologia e antropologia indicam que a menção à doença pode provocar constrangimentos e vergonha, principalmente em comunidades mais carentes (Carbone, 2000).

A tuberculose (TB) está associada tanto à fome e à pobreza — expressas na incapacidade de prover os recursos mínimos para a própria sobrevivência ou da família — quanto a comportamentos socialmente considerados excessivos, como o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, festas frequentes e atitudes percebidas como transgressoras ou amorais. Por esse motivo, a TB carrega um estigma social, sendo frequentemente associada à vergonha. Observam-se recaídas no tratamento entre indivíduos pertencentes a esses grupos sociais, o que alimenta a descrença na possibilidade de cura. Mesmo após a cura, persiste a ideia de que a tuberculose deixa marcas permanentes no corpo — como a "mancha no pulmão" —, dificultando a reinserção social do indivíduo. Assim, fatores sociais e econômicos se configuram como barreiras significativas para o tratamento adequado da doença (Gonçalves, 2002).

Reforçando desigualdades sociais e contribuindo para a exclusão, A tuberculose permanece como um desafio crítico para a saúde pública. Trata-se de uma das enfermidades mais prevalentes entre populações em situação de pobreza no mundo, especialmente entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. A maioria dos casos ocorre entre grupos socialmente vulneráveis, como indivíduos em situação de rua, privados de liberdade, minorias étnicas (incluindo os povos indígenas no Brasil) e pessoas vivendo com HIV (WHO, 2014b).

Estudos indicam que a prevalência da TB resulta da interação entre fatores relacionados à comunidade, ao ambiente domiciliar e às características individuais (Boccia *et al.*, 2011). Devido a isso, os padrões de vida em uma comunidade são moldados pela posição socioeconômica domiciliar, que, por sua vez, influencia as oportunidades individuais em termos de educação, ocupação, habitação e interações interpessoais.

Assim, fatores demográficos, sociais e econômicos impactam a transmissão e adoecimento da tuberculose. Dentre eles, está a urbanização desordenada e crescente, a desigualdade na distribuição de renda, a superlotação e a moradia precária, a insegurança alimentar e baixa escolaridade e dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, todos os quais contribuem para a manutenção e propagação da doença (Lienhardt, 2001; Lönnrot *et al.*, 2010).

Diante do exposto, fica clara a associação problemática entre a tuberculose e os determinantes sociais e econômicos, que atuam tanto como fatores de risco para o adoecimento quanto como barreiras para o acesso ao diagnóstico e tratamento eficaz, reforçando a necessidade de abordagens integradas que considerem essas dimensões para o controle efetivo da doença. Além disso, os determinantes sociais contribuem para a perpetuação do ciclo de transmissão, dificultando o controle e a eliminação da tuberculose. Compreender a relação entre esses fatores e a doença é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes, que envolvam ações sociais, políticas públicas e melhorias nas condições de vida das populações mais vulneráveis.

5 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

O acesso envolve a possibilidade real de utilizar os serviços de saúde sempre que necessário, refletindo aspectos da oferta e das condições que facilitam ou limitam o uso desses serviços pela população. Esse conceito está vinculado a quatro fatores interligados: a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade dos serviços (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Para Sanchez e Ciconelli (2012), a disponibilidade refere-se à quantidade de serviços oferecidos em relação à demanda e às necessidades dos usuários. Já a acessibilidade diz respeito à equidade no acesso aos recursos e serviços de saúde para todos, garantindo, entre outros aspectos, o acesso físico - especialmente para aqueles que residem em áreas mais afastadas -, assegurando que os serviços estejam disponíveis nas proximidades e sem obstáculos. A aceitabilidade está ligada à conformidade dos serviços com as características culturais e individuais dos usuários, sendo fundamental que estes se sintam respeitados durante o atendimento e percebam que o serviço é adaptado ao contexto específico. Por fim, a qualidade dos serviços envolve não apenas a competência dos profissionais diante das particularidades da população atendida, mas também a qualidade dos produtos utilizados nos atendimentos.

O acesso desigual aos serviços de saúde pode levar a diversas consequências negativas para a saúde da população, como: doenças não diagnosticadas e não tratadas, que podem levar a complicações e óbitos; a falta de acesso aos serviços de saúde pode levar ao aumento da demanda por serviços de maior complexidade e custo; além do fato de que as populações mais vulneráveis tendem a ter menor acesso aos serviços de saúde.

No contexto de serviços especializados, como o ambulatório de fisiologia destinado ao tratamento da tuberculose drogarr resistente (TBDR), o acesso configura um desafio ainda maior. A TBDR exige cuidados específicos e acompanhamento rigoroso, e diversas barreiras — desde a logística até aspectos sociais e econômicos — podem impedir que os pacientes recebam o tratamento adequado. Essa situação compromete a saúde individual e coletiva, reforçando a importância de políticas e estratégias que garantam o acesso equitativo e efetivo, especialmente para doenças de alta complexidade e impacto público.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Pesquisa

Fazer ciência envolve lidar de forma simultânea com teoria, método e técnicas, em uma abordagem na qual esses elementos se influenciam mutuamente. De fato, a maneira como o trabalho é realizado depende das exigências do objeto de estudo, enquanto as conclusões obtidas estão diretamente ligadas às reflexões, análises e caminhos metodológicos adotados. Além desse tripé, é importante ressaltar que a qualidade de uma análise também é impactada pela habilidade artística, experiência e profundidade do pesquisador responsável, que imprime sua marca e estilo no trabalho desenvolvido (Minayo, 2011).

No âmbito das políticas públicas, a ênfase costuma estar em como essas políticas são formuladas, implementadas e avaliadas (Ozanira, 2008). Nos anos 2000, o curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará promoveu uma reflexão crítica em relação à abordagem positivista na avaliação de políticas e programas sociais, antes predominantes. Esse processo representou uma mudança significativa rumo a um novo paradigma chamado Avaliação em Profundidade (Carvalho, 2011).

Nos estudos sobre políticas públicas, a antropologia tem sua importância destacada no que concerne à visão crítica sobre a formulação e implementação das políticas, seja para fornecer instrumentais teórico-metodológicos para a realização de estudos avaliativos sobre essas políticas (Rodrigues, 2008). Assim, para realizar uma avaliação em profundidade de políticas públicas, é necessário reunir diferentes tipos de dados, utilizando questionários inovadores, grupos focais que vão além das abordagens tradicionais, entrevistas aprofundadas complementadas por observações de campo, e análise de conteúdo do material institucional, focando tanto no embasamento conceitual quanto nas formas discursivas expressas nesses documentos. Além disso, deve-se considerar o enfoque cultural, compreendendo os significados atribuídos a um programa em diferentes contextos.

A proposta de realizar uma avaliação mais aprofundada envolveu também enxergá-la como abrangente, minuciosa, densa, ampla e multidimensional. Isso, por sua vez, ressalta a importância da abordagem multi e interdisciplinar como requisito fundamental no processo de pesquisa (Rodrigues, 2008).

Também, a avaliação em profundidade de políticas públicas não segue modelos predefinidos, sendo, na verdade, um processo construído pelo avaliador pesquisador conforme

avança na avaliação. Isso significa que o avaliador deve constantemente refletir sobre sua posição sociopolítica, mantendo-se atento para não ser influenciado pela subjetividade ou por seus próprios interesses e preconceitos (Carvalho; Gussi, 2011).

A abordagem desta pesquisa foi qualitativa. Minayo (2010, p. 57) conceitua o método qualitativo como “[...] *aquele que se aplicam ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem*”. Esse método, por meio do seu fundamento teórico, sobretudo entre grupos específicos, além de propiciar a construção de novas abordagens e a revisão e criação de conceitos durante a investigação (Minayo, 2010).

Para Godoy (1995), a pesquisa qualitativa se concentra na análise minuciosa do mundo real em seu contexto natural, destacando a importância do contato direto e duradouro do pesquisador com o ambiente e a situação sob estudo. Essa perspectiva está alinhada com o interesse da pesquisadora onde foram aplicados questionários no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Godoy ainda acrescenta que “*o pesquisador deve aprender a usar sua própria pessoa como o instrumento mais confiável de observação, seleção, análise e interpretação dos dados coletados*” (Godoy, 1995, p. 62).

Utilizamos o método observacional, pois observamos eventos que ocorrem ou ocorreram. O principal objetivo de pesquisas desse gênero consiste na descrição das peculiaridades de uma população ou fenômeno, bem como em estabelecer relações entre variáveis distintas. Como ferramenta para coleta e registro de dados foi utilizado um roteiro de entrevista com questionário semiestruturado como técnica fundamental de investigação de campos (GIL, 2008).

Trata-se portanto de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, baseada em entrevistas com pacientes e profissionais de saúde, realizado no Ambulatório de Tisiologia do Hospital Dr. Carlos Albert Studart.

6.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, localizado no estado do Ceará. Atualmente, a instalação conta com aproximadamente 18.910 m² de área construída, resultante de diversas expansões, mas preservando o *design* arquitetônico da década de 1930, ano em que sua trajetória começou, com a participação de três médicos na fundação da unidade.

O então Sanatório de Messejana foi erguido no bairro de Messejana e a escolha do local se deu por sua distância do centro urbano e pela presença de uma vegetação mais abundante em comparação a outros locais, além de estar situada na direção da saída sul de Fortaleza, longe do restante da população. Durante esse período inicial, o foco do atendimento foi voltado especialmente para pessoas com Tuberculose. Em 1933, já com a edificação concluída, a instituição deu início às suas atividades na forma de uma entidade privada, recebendo o nome de Sanatório de Messejana, e disponibilizando 20 leitos com uma característica de hospital aberto, sem cercas ao redor, como pode ser observado nas ilustrações a seguir (Peixoto, 2021).

Figura 8 – Sanatório de Messejana na década de 1930



Fonte: Internet/Youtube.

Figura 9 – Sanatório de Messejana na década de 1930



Fonte: Internet/Youtube.

As pessoas diagnosticadas com tuberculose, chamadas tuberculosos, à época, eram afastadas - ou melhor, retiradas - do convívio social e confinadas em instituições de internação. A enfermidade carregava um estigma profundo, enraizado em uma perspectiva higienista que promovia forte segregação, incluindo a exclusão de determinadas classes sociais. Isso nos leva a refletir sobre as repercussões da distinção entre as classes econômicas, especialmente aquelas que não tinham recursos para arcar com a saúde privada no modelo institucional daquele período (Peixoto, 2021).

Segundo o pesquisador Foucault (1985), a origem do hospital era basicamente voltada para a assistência aos necessitados, atuando como um meio de separação e exclusão. Nos primórdios, os hospitais não foram projetados como estruturas de saúde destinadas a atender todas as classes sociais. Observava-se, assim, um papel social marcado pela exclusão.

Hoje, o hospital Dr. Carlos Albert Studart (figura 10) é uma unidade terciária especializada no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares. Ele oferece serviços na área de cardiologia e pneumologia como: consultas cardiologia, consultas pneumologia, atendimento na emergência, atendimento e acompanhamento da equipe multidisciplinar, que inclui enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, psicologia, farmácia. Além disso, o hospital realiza internações nas áreas de cardiologia, pneumologia, e tratamento intensivo, incluindo cirurgias cardiovasculares, transplantes cardíacos (adulto e infantil), transplantes pulmonares, eletrofisiologia, e cirurgias torácicas, além de pequenos procedimentos cirúrgicos.

Figura 10 – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes



Fonte: Acervo Pessoal (2025).

Entre os exames complementares oferecidos estão: avaliação de marca-passo, broncoscopia / videobroncoscopia, ecocardiograma, eletrocardiograma de alta resolução, espirometria, hemodinâmica, holter – mapa. Os exames laboratoriais: hematologia, bioquímica, imunologia, nefro parasitologia e microbiologia, radiografias – ultrassonografias, teste ergométrico, tomografia computadorizada. Atualmente o hospital conta com 491 leitos de internação e 70 leitos de UTI. A instituição é gerenciada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e atende pacientes dos 184 municípios do Ceará. O serviço de ambulatório TBDR do Hospital de Messejana atende pacientes de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde, com uma equipe multiprofissional composta por médicas, enfermeiras, assistente social, farmacêutico e técnico de enfermagem (figuras 11 e 12).

Figura 11 – Ambulatório de TBDR do Hospital Dr. Carlos Albert Studart



Fonte: Acervo Pessoal (2025).

Figura 12 – Ambulatório de TBDR do Hospital Dr. Carlos Albert Studart



Fonte: Acervo Pessoal (2025).

Embora o tratamento básico para tuberculose seja realizado nas UPS próximas das residências dos pacientes, o tratamento da TBDR é mais complexo, exigindo um ambulatório especializado. No Ceará, existem apenas três ambulatórios que tratam TBDR como: Centro de Referência em Infectologia de Sobral, Hospital São José de Doenças Infecciosas e o Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes o local de realização deste estudo.

6.3 População de Estudo

A população do estudo foi composta por pacientes maiores de 18 anos, residentes no estado do Ceará, em tratamento no ano de 2024 com diagnóstico TBDR, atendidos no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. O estudo incluiu também os profissionais de saúde que atuam no Ambulatório.

6.3.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes notificados no SITETB com TBDR, no ambulatório de tisiologia, em tratamento no ano de 2024;
- Pacientes residentes no Estado de Ceará;
- Pacientes com cultura positiva para o Complexo *Mycobacterium Tuberculosis*, com solicitação e realização do teste de sensibilidade com resistência a pelo menos uma das quatro

drogas de primeira linha utilizada no tratamento da TB (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol);

- Para a entrevista foi selecionado amostra de pacientes maiores de 18 anos.

- Profissionais de Saúde atuando no ambulatório de Tisiologia.

6.3.2 Critérios de Exclusão:

- Pacientes não residentes no Estado do Ceará.

- Profissionais de Saúde de outros setores do hospital Dr. Carlos Albert Studart.

6.4 Definição do Caso

Considerou-se como caso de TBDR, os pacientes com cultura positiva para o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, com teste de sensibilidade indicativo de resistência a pelo menos uma das quatro drogas de primeira linha utilizada no tratamento da TB (isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol) em pacientes em tratamento no ano de 2024.

6.5 Procedimentos de Coleta dos Dados

Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas para obter informações qualitativas. Esses questionários foram direcionados tanto aos profissionais de saúde que atuam no ambulatório de TBDR quanto aos pacientes em tratamento. O contato inicial com os participantes realizou-se no próprio ambulatório do hospital e eles assinaram o termo esclarecido de livre consentimento em duas vias, bem como o termo de autorização para gravação de voz e/ou registro de imagens (foto e/ ou vídeos) para participar da pesquisa garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A aplicação dos questionários permitiu compreender melhor as experiências, percepções e desafios enfrentados por esses pacientes ao longo do processo de acesso ao tratamento. Para os profissionais de saúde, as perguntas buscaram identificar as barreiras e facilitadores no atendimento e na assistência aos pacientes. Já para os pacientes, as questões se concentraram nas suas vivências desde o diagnóstico até a adesão ao tratamento no ambulatório, permitindo uma visão mais ampla sobre o percurso assistencial e os obstáculos.

O início da pesquisa sofreu um atraso devido ao tempo necessário para a aprovação do comitê de ética e Plataforma Brasil, o que postergou a aplicação dos questionários. Assim, a coleta de dados pôde ser realizada apenas no mês de março e abril/2025.

A primeira fonte de dados estudada foi através das notificações dos casos de TBDR no SITETB e constatou-se que haviam 24 pacientes notificados em tratamento no período de 01 de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2024. Desses, 03 pacientes foram considerados como critério de exclusão, pois não residiam no estado do Ceará. A amostra total do estudo ficou com 21 pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão.

Buscou-se durante as entrevistas, deixar os participantes o mais confortável e com a maior liberdade possível, para que assim eles pudessem descrever o seu sentimento em relação ao acesso ao tratamento da TBDR. Nessa etapa houve mínima interferência da pesquisadora que apenas interrompia a entrevista para esclarecer as questões pertinentes.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e todas as entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra. As entrevistas com os profissionais duraram em média 17 minutos e com os pacientes 20 minutos e todos eles foram participativos e cooperativos com a pesquisa.

Durante o processo de coleta de dados por meio da aplicação de questionários, alguns desafios foram identificados, os quais impactam diretamente na obtenção das informações. Entre as principais dificuldades, destaca-se a resistência de alguns pacientes em responder às perguntas, seja por receio em expor sua condição de saúde ou por desconfiança quanto ao uso das informações coletadas.

Além disso, questões logísticas também representaram um obstáculo, como a disponibilidade dos participantes no ambulatório, uma vez que muitos deles residem em áreas de difícil acesso e dependem do transporte público ou do suporte do sistema de saúde para comparecer às consultas. Esse fator reduziu as oportunidades de realizar as entrevistas em 100% (21) dos pacientes. Ressaltamos que os 06 pacientes não compareceram às consultas durante o período das entrevistas.

Outra limitação relevante foi o estado de saúde dos pacientes. Alguns se encontravam debilitados devido à progressão da doença ou aos efeitos adversos do tratamento, dificultando sua participação efetiva no estudo.

6.6 Método de Análise dos Dados

Estas entrevistas foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo. Conforme o autor Chizzotti (2010, p. 114), *“a Análise de Conteúdo é uma dentre as diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto que se desenvolveu, adotando normas sistemáticas de extrair os significados temáticos ou os significantes lexicais, por meio dos elementos mais simples de um texto”*. Para o autor, consiste, ainda, em “relacionar a frequência da citação de alguns temas, palavras ou ideias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto pelo seu autor” (Chizzotti, 2010, p.114).

Ou seja, a partir das respostas fornecidas, foi possível identificar temas recorrentes e categorias de análise relacionadas ao acesso ao tratamento, como barreiras no acesso ao serviço, desafios enfrentados pelos pacientes e percepções dos profissionais sobre o processo de cuidado. As respostas foram codificadas e agrupadas em categorias e subcategorias, possibilitando uma análise das experiências e percepções dos participantes.

Os dados qualitativos ajudam a aprofundar o entendimento sobre as dificuldades e desafios vivenciados no acesso ao tratamento, tanto na perspectiva dos pacientes quanto dos profissionais. Com isso, é possível formular recomendações mais precisas para o aprimoramento das práticas de assistência e controle da tuberculose resistente no estado do Ceará.

6.7 Aspectos éticos da pesquisa

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foram obedecidos os princípios éticos e legais em todas as fases do estudo, em consonância com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

No Hospital de Messejana Dr. Carlos Albert Studart Gomes, existe o Comitê de Ética com fluxo definido para aprovação de pesquisa. Foi então necessário encaminhar o Projeto de Pesquisa com os seguintes documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para Pacientes do Ambulatório de Tisiologia (Res. nº 510/2016-CNS) (Apêndice A), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para Profissionais do Ambulatório de Tisiologia (Res. 510/2016-CNS) (Apêndice B), Termo de Autorização para Gravação de Voz e/ou Registro de Imagens (foto e/ou vídeos) (Apêndice C), Termo de Anuência/Consentimento (Apêndice D), Declaração de Compromisso Ético de Não Início da Pesquisa (Apêndice E), Termo de Fiel Depositário (Apêndice F), Termo de Confidencialidade

(Apêndice G), Instrumento para coleta de dados com os Pacientes do Ambulatório de Tisiologia do Hospital Carlos Alberto Studart (Apêndice H), Instrumento para coleta de dados com os Profissionais do Ambulatório de Tisiologia do Hospital Carlos Alberto Studart (Apêndice I).

A coleta dos dados ocorreu somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, sendo direcionado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart, que deliberou parecer favorável a realização deste estudo em março de 2025, com N° CAAE 86230625.2.0000.5039 e do Parecer Consubstanciado nº 7.440.498 (Anexo A).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção apresenta os resultados da pesquisa, organizados conforme os objetivos específicos do estudo. Inicialmente, traçou-se o perfil dos participantes, incluindo pacientes e profissionais do Ambulatório de Tisiologia do Hospital Carlos Alberto Studart, localizado em Fortaleza, Ceará. Em seguida, descreve-se o percurso dos pacientes com TBDR, desde a busca inicial por atendimento nas Unidades Primária de Saúde até o encaminhamento e o acompanhamento especializado no referido ambulatório. Na sequência, são apresentadas as percepções de pacientes e profissionais de saúde acerca do acesso ao tratamento, evidenciando vivências, expectativas e os principais desafios enfrentados ao longo do processo. Por fim, analisam-se as barreiras mais recorrentes no acesso ao tratamento da TBDR, a partir das perspectivas dos sujeitos envolvidos.

7.1 Perfil dos participantes

A seguir, são apresentadas as caracterizações dos perfis dos dois grupos que participaram da pesquisa: pacientes em tratamento para TBDR no ambulatório de tisiologia e profissionais de saúde atuantes nesse mesmo serviço.

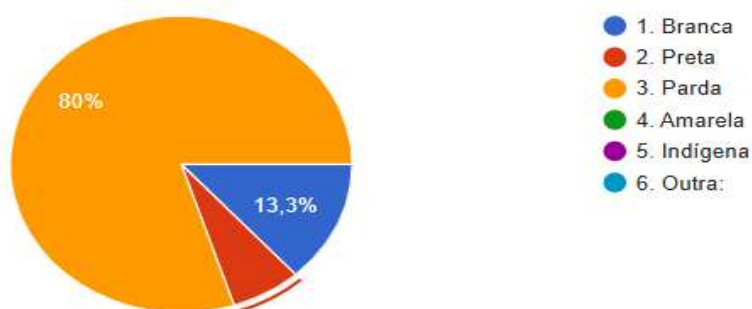
7.1.1 Pacientes

O grupo dos pacientes em tratamento para TBDR atendidos no ambulatório de tisiologia foi composto por 15 participantes. Os dados sociodemográficos revelam a predominância de pacientes em situação de vulnerabilidade social, com trajetórias marcadas por limitações econômicas, baixa escolaridade e restrições no acesso aos serviços de saúde.

Os participantes tinham entre 24 e 66 anos, e a maior concentração entre os 40 e 55 anos. Em termos de identidade de gênero, 67% se identificaram como homens e 27% como mulheres, sendo que uma pessoa preferiu não responder. A predominância masculina observada entre os participantes reflete o perfil epidemiológico da doença.

Quanto à autodeclaração racial (Figura 13), a maioria dos participantes se identificou como parda (80%), brancas (13,3%) e pretas (6,7%). Este dado reforça a interseccionalidade entre raça, classe e saúde, evidenciando a sobreposição de desigualdades sociais e raciais na distribuição da tuberculose no Brasil.

Figura 13 - Identificação de Raça/Cor dos Pacientes em Tratamento TBDR no ambulatório de Messejana no ano de 2024



Fonte: dados da pesquisa (2025).

A escolaridade dos participantes aponta para um cenário de baixa escolarização: 47% não concluíram o ensino fundamental, 27% eram analfabetos e apenas 27% completaram o ensino médio. Não houve registro de ensino superior completo entre os entrevistados. Esse dado é relevante, considerando que o nível de instrução influencia diretamente na compreensão do diagnóstico, do regime terapêutico e das orientações médicas, além de impactar a autonomia no cuidado com a saúde.

Em relação à ocupação, 40% dos participantes se declararam desempregados. Outros 13% indicaram ser autônomos, 13% estavam aposentados e 13% exerciam atividades do lar. A vulnerabilidade laboral está associada às condições impostas pela doença, que provoca sintomas incapacitantes como fadiga, perda de peso e indisposição física, dificultando a manutenção de atividades produtivas. Além disso, foi relatado que alguns participantes estavam temporariamente afastados do trabalho por motivo de saúde, enquanto outros dependiam de benefícios assistenciais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou do Programa Bolsa Família.

No tocante à renda familiar mensal, a maioria dos entrevistados (47%) declarou ter renda familiar entre um e dois salários mínimos, 33% relataram renda inferior a um salário mínimo e 13% não tinham nenhuma fonte de renda. A escassez de recursos compromete diretamente o acesso regular ao ambulatório, sobretudo entre aqueles que residem em municípios do interior e precisam arcar com os custos de transporte, bem como os pacientes que precisam de transporte para chegar até o ambulatório.

Quanto à situação conjugal, 40% dos participantes estavam solteiros, 33% eram casados, 20% separados/divorciados e 7% viviam em união estável. Os relatos revelam que o

suporte familiar tem papel decisivo no processo de enfrentamento da doença, tanto no acompanhamento das consultas quanto no apoio emocional e financeiro durante o tratamento.

Em relação ao arranjo domiciliar, 80% relataram morar com familiares, e 20% viviam sozinhos. A residência em conjunto pode representar tanto uma fonte de apoio quanto uma preocupação quanto à transmissibilidade da doença, principalmente em domicílios pequenos e com estrutura precária.

O dado de procedência revelou que 60% dos participantes eram residentes de Fortaleza e 20% eram residentes de outros municípios como Cascavel, Itapipoca, Uruburetama, Russas e Caucaia. Essa dispersão geográfica contribui para o agravamento das barreiras de acesso ao tratamento, especialmente pela dependência de transporte público ou sanitário, que frequentemente não atende às necessidades dos pacientes em tempo hábil ou com conforto adequado.

Os dados revelam que quase metade dos pacientes (47%) iniciou o tratamento após um mês do diagnóstico, o que evidencia uma fragilidade importante no tempo de resposta do sistema de saúde. Esse atraso pode estar associado a fatores como barreiras de acesso ao serviço ambulatorial, questões burocráticas, desinformação, ou até mesmo negligência institucional. Sugerindo, portanto, a necessidade de intervenções que reduzam o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, priorizando ações de melhoria no fluxo de encaminhamento, agilidade na marcação de consultas e fortalecimento da articulação entre os pontos de atenção da rede de saúde.

Dos 15 participantes da pesquisa, 60% relataram já ter realizado tratamento anterior para tuberculose, enquanto 40% afirmaram que esta era a primeira vez. Esse dado revela uma alta frequência de pacientes com histórico de tratamento, o que pode indicar falhas na adesão terapêutica, recidivas da doença ou reinfecções, e sugere a necessidade de estratégias mais eficazes de acompanhamento e prevenção.

Entre os que já haviam tratado a doença anteriormente, observa-se que a maioria passou por múltiplos episódios: 33% fizeram tratamento uma vez, outros 33% passaram pelo processo três vezes, 23% relataram duas vezes e 11% afirmaram ter feito o tratamento quatro vezes. A recorrência de tratamentos reforça a hipótese de desafios persistentes no enfrentamento da tuberculose, como abandono do tratamento, resistência medicamentosa e fragilidades nos serviços de acompanhamento pós-alta. Esses dados evidenciam a importância de fortalecer políticas de atenção continuada e vigilância ativa, além de considerar a ampliação do suporte psicossocial aos pacientes. Medidas intersetoriais que envolvam educação em saúde, assistência social e acompanhamento individualizado podem contribuir

significativamente para a redução dos casos de recidiva e para a efetividade das ações de controle da tuberculose.

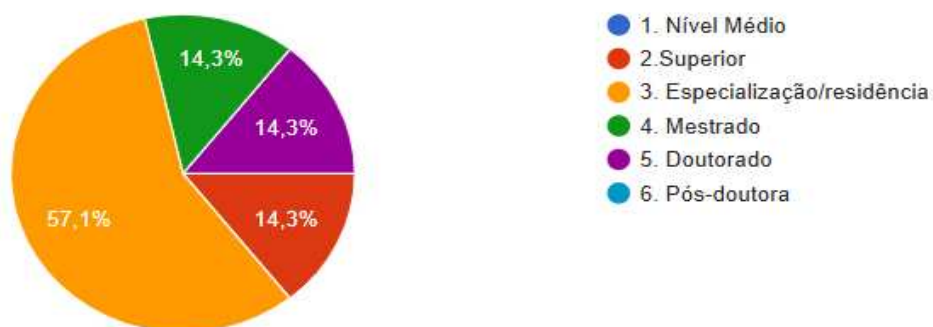
A maioria dos participantes (87%) afirmou não enfrentar dificuldades no atendimento ambulatorial, o que indica uma percepção positiva em relação ao acesso e à qualidade do serviço ofertado. Apenas 13% relataram algum tipo de obstáculo. Entre os que apontaram dificuldades, destacam-se situações relacionadas à primeira consulta e à falta de recursos para o deslocamento até o ambulatório. Um dos relatos menciona a ausência de dinheiro para o transporte como um fator limitante, o que o leva a comparecer sem agendamento. Essa prática, por vezes, resulta em desencontro com a médica, que não está presente no dia, dificultando ainda mais o acesso ao atendimento.

7.1.2 Profissionais

A equipe do ambulatório de tisiologia que atende pacientes com TBDR é composta por uma diversidade de profissionais que atuam de forma interdisciplinar no cuidado aos usuários. Nesse sentido, participaram do estudo 7 profissionais de diferentes áreas, incluindo médicas (2), enfermeiras (2), assistente social (1), farmacêuticos (1) e técnicos de enfermagem (1). Essa composição revela o caráter multiprofissional da atenção à TBDR e a centralidade da colaboração entre áreas para o enfrentamento dos desafios clínicos, sociais e operacionais do tratamento.

Quanto à formação (Figura 14), os profissionais entrevistados todos possuem graduação superior, sendo que 57,1% indicaram ter pós-graduação lato sensu (especialização/residência) o que demonstra elevado grau de qualificação técnica e científica.

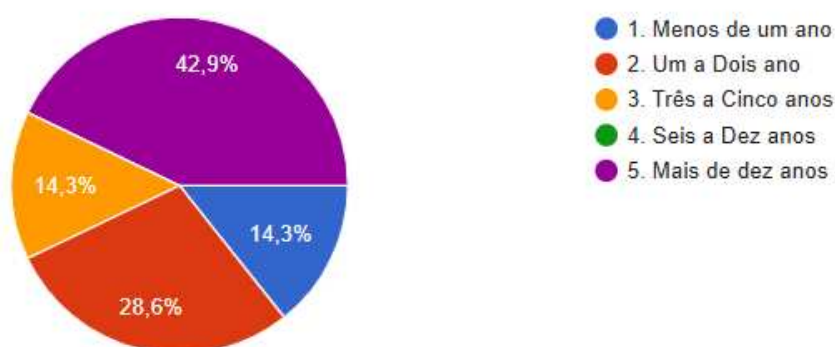
Figura 14 - Formação Profissional dos Profissionais do Ambulatório TBDR



Fonte: Dados da pesquisa (2025).

Em relação ao tempo de atuação no ambulatório (Figura 15), observa-se que 42,9% dos profissionais atuam há mais de 10 anos, 28,6% estão entre um e dois anos no serviço, 14,3% entre três e cinco anos, e outros 14,3% entre seis e dez anos. Essa diversidade de tempo de serviço permite a integração de experiências consolidadas com perspectivas mais recentes, e reflete um cenário de relativa estabilidade e acúmulo de conhecimento institucional no cuidado à TBDR.

Figura 15 - Tempo de trabalho dos Profissionais no Ambulatório TBDR



Fonte: dados da pesquisa (2025).

7.2 O percurso do paciente com TBDR: da Unidade Primária de Saúde ao Ambulatório de Tisiologia

O acesso ao tratamento da TBDR revelou-se um processo heterogêneo, frequentemente marcado por trajetórias longas, múltiplas entradas no sistema de saúde e, em alguns casos, histórico de abandono ou recidiva da doença. A maioria dos pacientes iniciou seu percurso na UPS, sendo posteriormente encaminhada para hospitais ou diretamente ao ambulatório de tisiologia após exames confirmatórios e sinais de resistência aos esquemas terapêuticos convencionais.

Grande parte dos participantes relatou que procurou inicialmente os postos de saúde do município diante de sintomas persistentes, como tosse, cansaço, febre e perda de peso. Em alguns casos, o diagnóstico da tuberculose sensível foi feito nessas unidades, e os pacientes chegaram a iniciar o tratamento. No entanto, a ausência de melhora clínica após semanas de uso dos medicamentos motivou novos exames, que identificaram a resistência aos fármacos. A partir daí, foram encaminhados para o ambulatório especializado. O papel da

equipe da atenção primária, especialmente de médicos e enfermeiros, foi destacado como fundamental nesse processo, como se observa no excerto abaixo: *“Comecei o tratamento no postinho e nada de passar a tosse então eles fizeram um novo exame aí deu a resistência ao remédio aí mandaram para cá” (Paciente 13).*

Esse achado confirma as limitações apontadas por Furlan e Marcon (2017), que identificaram desafios organizacionais nas UBS, como descontinuidade do cuidado, falta de supervisão adequada e dificuldade de acesso geográfico e organizacional, comprometendo o papel da atenção básica como porta de entrada efetiva para o tratamento da tuberculose

A percepção dos profissionais de saúde sobre esse fluxo corrobora com os relatos dos pacientes, mas traz críticas importantes à atuação da atenção primária. Segundo eles, muitas UBS apresentam fragilidades no reconhecimento e manejo da TBDR, além de falharem na supervisão do tratamento. O profissional 3 afirmou que *“os profissionais das Unidades Básicas de Saúde são despreparados em relação ao conhecimento sobre TBDR e não fazem tratamento supervisionado desses pacientes”*. Essa lacuna compromete a continuidade do cuidado e sobrecarrega os serviços especializados.

Essa crítica encontra respaldo em Beserra et al. (2021), que demonstraram a centralização do atendimento em serviços de maior complexidade e o pouco preparo da atenção básica, além do desconhecimento dos pacientes sobre a doença e sobre os riscos da recidiva. O estudo reforça que a não adesão ao tratamento anterior e a desinformação são componentes centrais do ciclo da resistência.

Outro grupo significativo de pacientes relatou ter acessado o sistema de saúde por meio de Unidade de Pronto Atendimento- UPA e/ou hospitais, onde procuraram atendimento diante do agravamento dos sintomas. Em vários casos, foram internados por outros problemas de saúde (como hepatite ou complicações por uso de substâncias) e, durante o internamento, foi diagnosticada a TB ou TBDR. Após a alta, esses pacientes foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial, conforme demonstrado na fala a seguir:

Fui usuária de drogas e até pouco tempo fumava muito. Apareceu uma tosse que não parava, fui para UPA e lá fizeram RX e meus pulmões estavam muito manchados. Fui encaminhada para o Hospital Gonzaguinha do José Walter e como estava tão fraca fiquei internada lá por dois dias. Depois que saí fui ao posto e iniciei o tratamento, mas não melhorava, então fiz um exame de escarro e deu que meu corpo não estava respondendo aos remédios que eu estava tomando. Então eu piorei muito, voltei ao Hospital Gonzaguinha e lá mandaram uma ambulância direto para o Hospital de Messejana (Paciente 7).

Os achados reforçam o que Costa, Machado e Oliveira (2019) apontam ao destacar que a adesão à terapia da TBDR depende fortemente da articulação entre os serviços

e do acompanhamento próximo. Embora o acolhimento no ambulatório especializado se mostre eficiente, barreiras sociais e estruturais ainda dificultam o acesso e comprometem a continuidade do cuidado.

Segundo os profissionais entrevistados, os pacientes geralmente chegam ao ambulatório com exames prévios realizados (RX, cultura, teste de sensibilidade) e referência clínica do médico assistente. O fluxo é considerado satisfatório, como se observa abaixo: *“A maioria dos pacientes é encaminhada pela UBS, mas também recebemos demanda espontânea e todos são acolhidos” (Profissional 5).*

Há ainda relatos de pacientes com histórico anterior de TB e múltiplas experiências com o tratamento, inclusive casos de abandono. Alguns, por já conhecerem os sintomas, procuraram atendimento diretamente, mesmo sem encaminhamento, quando perceberam os sinais de recidiva.

Já fiz tratamento anterior aqui e abandonei. Quando comecei a sentir os sintomas como tosse, febre e emagrecer eu já sabia que a tuberculose tinha voltado. Fui então no posto perto de casa e fiz exame de escarro e comprovou que estava com a tuberculose mais forte (Paciente 12).

O estudo de Bezerra e Matos (2023) mostra que o abandono do tratamento está ligado a uma confluência de fatores sociais (pobreza, uso de drogas, baixa escolaridade), de saúde (efeitos adversos e duração prolongada do tratamento) e individuais (baixa percepção de risco), confirmando o perfil descrito na pesquisa de campo.

A percepção dos profissionais de saúde sobre a adesão dos pacientes ao tratamento da TBDR aponta para um cenário desafiador, marcado por variações significativas. Em geral, a adesão tende a ser melhor entre pacientes que contam com o apoio familiar e apresentam melhores condições socioeconômicas. Por outro lado, pacientes em situação de vulnerabilidade social, especialmente aqueles que enfrentam dificuldades financeiras, estão em situação de rua ou fazem uso de álcool e outras drogas, são mais propensos a abandonar o tratamento.

Entre os fatores que dificultam a continuidade do cuidado, destacam-se os efeitos adversos da medicação (como fraqueza, diarreia e intolerância aos comprimidos), a longa duração do tratamento, o uso de injetáveis e a necessidade de deslocamento frequente ao ambulatório. A falta de transporte, de alimentação adequada e de apoio social são barreiras mencionadas com frequência, evidenciando que a pobreza é um fator determinante para a baixa adesão. Um dos profissionais resume esse cenário de forma comovente: *“A pobreza é grande. Quantas vezes já chorei pelas situações que eles passam” (Profissional 5).*

Além disso, observa-se que muitos pacientes chegam ao serviço já com histórico de abandono do tratamento anterior, o que exige da equipe uma abordagem mais intensiva e cuidadosa. Ainda que as orientações sejam constantemente reforçadas, os desafios estruturais enfrentados por parte dos pacientes tornam o abandono uma realidade persistente, especialmente nos estágios iniciais da terapia. Essas observações reforçam a importância de estratégias intersetoriais que aliem cuidado clínico, apoio psicossocial e políticas de assistência social, a fim de fortalecer a adesão e reduzir os índices de abandono, principalmente entre os mais vulneráveis.

Os principais motivos apontados pelos profissionais de saúde para a interrupção do tratamento estão relacionados, sobretudo, a fatores socioeconômicos e condições de vulnerabilidade dos pacientes. São fatores que revelam que o abandono do tratamento não está apenas vinculado à vontade do paciente, mas a um conjunto de obstáculos estruturais que exigem ações integradas de saúde, assistência social e suporte comunitário para garantir a adesão e reduzir a evasão.

As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para incentivar a adesão dos pacientes ao tratamento envolvem ações educativas, suporte emocional e auxílio prático. Entre as principais iniciativas destacam-se: esclarecimentos sobre a gravidade da doença e o risco de transmissão; orientações sobre os benefícios da cura e os efeitos colaterais do tratamento; comparações simbólicas para facilitar a compreensão (como a metáfora do bacilo como “cupim” que destrói por dentro); e valorização do paciente como sujeito de cuidado, com estímulo ao amor próprio e à autoestima.

Além disso, os profissionais ressaltam a gratuidade dos medicamentos e tentam fortalecer o vínculo com os pacientes por meio da supervisão direta da medicação e da construção de uma relação empática e acolhedora. Recursos materiais como vale-transporte, cesta básica e fornecimento de almoço ou lanche, muitas vezes viabilizados por meio da assistência social, também são utilizados para mitigar os impactos da vulnerabilidade social e facilitar a permanência dos pacientes no tratamento.

Quanto às principais dificuldades vivenciadas pelos pacientes no ambulatório de tisiologia, a maioria está relacionada a questões externas ao serviço. Os profissionais apontam a condição financeira precária, a falta de transporte regular e a longa distância até o local de atendimento como os maiores obstáculos enfrentados, especialmente por pacientes vindos do interior. Outros fatores mencionados incluem a falta de apoio familiar, a necessidade de mediação com prefeituras para garantir deslocamento e o fato de que muitos pacientes enfrentam essas barreiras sozinhos e em situação de extrema pobreza, o que torna difícil

manter a regularidade do tratamento, mesmo quando há esforço da equipe multiprofissional para oferecer suporte no ambulatório.

Os profissionais destacam que uma parcela dos pacientes chega ao ambulatório com histórico de abandono e dificuldades de adesão anteriores. Segundo um deles, *[...] o paciente com TBDR normalmente já vem da atenção básica com dificuldade de adesão. O perfil epidemiológico são usuários de álcool, drogas, tabagistas [...] são pacientes que já abandonaram o tratamento antes (Profissional 4).*

Esses casos exigem acompanhamento mais próximo, com ações de vínculo e suporte intensivo. Assim, Castejon *et al.* (2022) e Moreira, Kritski e Carvalho (2020) corroboram esse cenário ao destacarem que a pobreza, a insegurança alimentar e a exclusão social não apenas aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento, como dificultam radicalmente a adesão e o sucesso terapêutico. Os referidos estudos reforçam que combater a TBDR exige mais que ações clínicas: requer políticas públicas de combate à desigualdade e apoio social estruturado.

O processo de encaminhamento foi realizado majoritariamente por profissionais da UBS (médicos ou enfermeiros), embora também tenha ocorrido por meio de médicos de hospitais, tanto públicos quanto particulares. Em 33,3% dos casos, foi relatado que o profissional telefonou diretamente para agendar a consulta ou enviou um documento oficial de referência. *“Foi o médico do hospital que ligou direto para a médica daqui e marcou a consulta” (Paciente 11).*

Os profissionais explicam que, ao chegar ao ambulatório, os pacientes já possuem agendamento prévio e são orientados quanto ao local e documentos necessários. A equipe utiliza formulário de referência e contrarreferência, e o encaminhamento é feito com base na confirmação laboratorial da resistência. O Profissional 3 ressaltou que os pacientes já chegam agendados e orientados, *“[...] a gente orienta que é na sala 20- SPE - ambulatório de fisiologia, Hospital do Coração. Se tiver encaminhamento já envia para a sala da enfermagem; se já tiver exame recente de escarro, de sangue, raio X já encaminha para médica” (Profissional 3).*

Os dados revelam uma variação expressiva no tempo entre o diagnóstico da TBDR e o início do acompanhamento no ambulatório. Um terço dos pacientes iniciou o tratamento em até uma semana após o diagnóstico, o que aponta eficiência do fluxo em alguns casos. No entanto, outros 46,7% relataram intervalos superiores a um mês, chegando a mais de três meses em 26,7% dos casos. Esse tempo pode estar relacionado à burocracia nos

encaminhamentos, à logística de transporte intermunicipal ou à falta de informação do paciente.

Esse tempo de espera reflete o que foi discutido por Silva, Silva e Prado (2025), que evidenciam que, embora o tratamento da TB seja gratuito no Brasil, os custos indiretos (transporte, alimentação, ausência no trabalho) e a falta de suporte para superá-los contribuem para atrasos e abandono do tratamento. A desorganização do fluxo entre laboratórios e unidades de saúde também é apontada como fator limitante para a eficiência do sistema.

Embora os profissionais considerem o acesso ao ambulatório “tranquilo” e “extremamente acessível”, reconhecem que fatores externos influenciam o tempo até o início efetivo do tratamento, especialmente para pacientes do interior. Além disso, apontam que o fluxo laboratorial entre o hospital e o laboratório central nem sempre está bem estabelecido, o que pode gerar atrasos na liberação dos exames de cultura e teste de sensibilidade.

60% dos entrevistados já haviam passado por tratamento anterior para tuberculose. Entre estes, a reincidência e a evolução para formas resistentes foram associadas ao abandono do tratamento, ao uso irregular da medicação e, em alguns casos, à coinfeção ou fragilidade imunológica. *“Essa é a terceira vez que venho para cá, só abandono por causa da bebida” (Paciente 1).*

Esses dados reiteram o perfil identificado por Macedo Júnior et al. (2020), que indicam a maior prevalência de TB e TBDR em populações com baixa escolaridade, coinfeções e histórico de abandono, sendo a reincidência um marcador de vulnerabilidade estrutural e ambiental.

Segundo os profissionais do estudo, o histórico de abandono está fortemente associado a fatores como pobreza, dependência química, baixa escolaridade e ausência de apoio familiar. Eles apontam que a maioria dos pacientes que abandona o tratamento são aqueles em maior vulnerabilidade social, sendo comum a reincidência nesses casos.

O percurso dos pacientes até o ambulatório de fisiologia evidencia as fragilidades do sistema de saúde na detecção precoce e na garantia de continuidade do cuidado, além de refletir a importância da articulação entre os diferentes níveis de atenção. A descontinuidade, os encaminhamentos tardios e os episódios de abandono reforçam a necessidade de ações integradas, sobretudo na atenção básica, que é o primeiro ponto de contato da maioria dos pacientes. O reconhecimento dessas barreiras é essencial para compreender as dificuldades enfrentadas pelos usuários e orientar intervenções mais resolutivas. A seguir, será discutida a percepção dos profissionais sobre os fatores que influenciam a adesão ao tratamento da tuberculose resistente.

7.3 Percepções sobre o acesso ao tratamento: vozes dos pacientes e profissionais de saúde

As percepções dos pacientes sobre o acesso ao tratamento da TBDR revelam um paradoxo: de um lado, a valorização da qualidade do atendimento e do acolhimento oferecido pela equipe multiprofissional; de outro, a crítica severa à infraestrutura física do ambulatório e às condições logísticas que dificultam a continuidade do cuidado. Essa ambivalência evidencia a complexidade do acesso à saúde no contexto da TBDR, que exige não apenas disponibilidade técnica, mas também sensibilidade, escuta qualificada e estrutura adequada.

De forma unânime, os pacientes destacaram a dimensão humana do atendimento recebido. O sentimento de acolhimento esteve presente em praticamente todos os relatos, sendo enfatizada a postura empática da equipe, o uso de linguagem acessível, o tempo dedicado às consultas e a escuta atenta por parte dos profissionais, como visto na fala a seguir: *“Sou bem acolhida por todos que trabalham aqui” (Paciente 8).*

Os dados referentes à assistência durante o tratamento indicam uma percepção positiva e distribuída entre os diversos profissionais da equipe de saúde. Médicas, enfermeiras e assistentes sociais foram igualmente citados por 20% dos participantes como os que mais prestam apoio ao longo do acompanhamento, evidenciando a importância dessas categorias no cuidado direto. Técnicos (as) de enfermagem também foram lembrados (13%), além de haver menções espontâneas ao trabalho conjunto da equipe, como “todos aqui são bons” e “médica, enfermeira e técnico de enfermagem”, o que reforça a noção de atuação multiprofissional integrada.

Complementarmente, todos os participantes (100%) afirmaram se sentir confortáveis e respeitados durante as consultas, demonstrando a existência de um ambiente acolhedor e ético no atendimento. Essa unanimidade é indicativa de uma relação profissional-paciente pautada pelo respeito, escuta e cuidado, aspectos fundamentais para a adesão ao tratamento e para a construção de vínculos de confiança com o serviço de saúde. Esses achados apontam que, embora existam fragilidades em aspectos estruturais e de acesso, o componente humano do cuidado e a atuação colaborativa entre os profissionais de saúde se destacam como pontos fortes no contexto analisado.

Profissionais como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem foram mencionados como os principais responsáveis pelo acompanhamento durante o tratamento. Muitos pacientes utilizaram expressões como “tratam a gente bem”, “explicam direitinho”, “não julgam” e “se preocupam com a gente”, o que revela um vínculo importante para a

adesão terapêutica. Em alguns casos, a atuação da equipe extrapola o cuidado clínico, com ações como ligações para lembrar consultas e entrega de cestas básicas por parte da assistência social: *“A assistente social ligou quando eu faltei. Achei legal” (Paciente 14).*

A qualidade do acolhimento, a empatia e a escuta ativa relatadas pelos pacientes são apontadas como fatores determinantes para a adesão ao tratamento também no estudo de Costa, Machado e Oliveira (2019), que destacam o papel do vínculo e da responsabilização como elementos centrais para superar barreiras estruturais, inclusive aquelas relacionadas ao sofrimento causado pelos efeitos adversos do tratamento e às dificuldades de acesso aos serviços.

Nesse sentido, a perspectiva dos profissionais confirma esse acolhimento ativo. Todos afirmaram que os pacientes são bem recebidos por toda a equipe e que há um esforço consciente para criar laços de confiança. Destacam que se preocupam com cada caso, esclarecem dúvidas, buscam soluções para dificuldades logísticas e oferecem apoio material e emocional. O Profissional 1 relatou: *“Mostramos que é uma doença que transmite, mas que tem cura. Explicamos como tomar os medicamentos e supervisionamos a adesão”.*

Todos os pacientes afirmaram entender a importância do tratamento completo, mesmo nos casos em que relataram dificuldades em manter a regularidade da medicação. O discurso predominante associa a cura à adesão terapêutica e reconhece os riscos da descontinuidade, como a recidiva da doença, o agravamento dos sintomas e o risco de morte. Essa compreensão, no entanto, nem sempre garante a adesão, especialmente quando os efeitos adversos dos medicamentos impactam negativamente o cotidiano do paciente: *“Sei que é uma doença que pega e o tratamento é mais longo e dói pois tem injeção; Mas tem cura se eu fizer tudo direitinho” (Paciente 5).*

As respostas dos participantes à pergunta “O que você sabe sobre a TBDR?” revelam um conhecimento construído a partir da vivência direta com a doença e com o tratamento, refletindo tanto aspectos biomédicos quanto subjetivos da experiência com a tuberculose drogarr resistente. Em geral, os relatos demonstram que os pacientes reconhecem a gravidade da TBDR, compreendendo que se trata de uma forma mais resistente da tuberculose, que exige um tratamento mais longo, específico e, muitas vezes, mais doloroso, com uso de injeções e medicamentos diferentes dos oferecidos nos postos de saúde convencionais.

Há um entendimento recorrente de que a cura está diretamente relacionada à adesão rigorosa ao tratamento e à responsabilidade pessoal. Como afirma uma das pessoas entrevistadas: *“Sei que se eu não tomar os remédios eu vou voltar mais vezes aqui para tratar*

essa doença de novo” (Paciente 1). Outro participante reforça: *“Sei que sempre volto porque abandono. Que preciso completar todo o tratamento. Dessa vez, se Deus quiser vou até o fim” (Paciente 12).* Essas falas expressam, ao mesmo tempo, a consciência sobre a importância do tratamento contínuo e o desafio que representa mantê-lo ao longo do tempo.

Também foram relatadas as dificuldades físicas e emocionais enfrentadas durante o processo terapêutico, como dor, cansaço, falta de disposição e sofrimento diante da rotina prolongada. Apesar disso, prevalece entre os participantes um discurso de esperança e fé, aliado ao reconhecimento da assistência prestada no ambulatório e do acesso gratuito aos medicamentos. Muitos demonstram gratidão pela melhora gradual: *“Eu era tão magra, tão fraca, mas depois que vim para cá e comecei a tomar os medicamentos corretos, que só tem aqui, eu comecei a engordar e hoje estou boa” (Paciente 7).*

Esses relatos evidenciam que, embora o tratamento da TBDR seja exigente, os pacientes compreendem sua importância e percebem resultados positivos quando conseguem manter a regularidade. A experiência vivida com a doença reforça a necessidade de ações que apoiem a adesão, promovam o acolhimento emocional e fortaleçam a educação em saúde, reconhecendo o paciente como sujeito ativo no enfrentamento da doença.

Os dados da questão “Você entende a importância de completar todo o tratamento da TBDR, mesmo que se sinta melhor?” apontam para uma consciência coletiva consolidada entre os participantes. Todos os respondentes (100%) afirmaram compreender a necessidade de concluir o tratamento, ainda que os sintomas tenham desaparecido antes do término do protocolo. Essa unanimidade demonstra que as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde têm surtido efeito, favorecendo a adesão consciente ao cuidado.

Nas justificativas, os participantes reforçam que a cura depende do tratamento completo. Um dos relatos expressa de forma direta essa compreensão: *“Só vou ficar boa se eu fizer o tratamento” (Paciente 1).* Outro destaca o medo de reviver o sofrimento enfrentado anteriormente: *“Quero ficar boa, se Deus quiser. Não aguento voltar ao sofrimento que passei. Até banho davam em mim, pois eu não tinha força para ficar de pé” (Paciente 2).* Tais falas evidenciam não apenas o entendimento racional sobre a importância do tratamento, mas também o impacto emocional e físico vivido pelos pacientes, que se transforma em motivação para persistir.

No entanto, mesmo reconhecendo a importância do tratamento, alguns participantes revelam a dificuldade de seguir até o fim. Um deles relata: *“Sei da importância, mas quando inicio o tratamento, fico todo empolgado. Mas o tempo vai passando e tomar onze comprimidos por dia e duas injeções, uma de manhã e outra à tarde, então acabo*

abandonando. Mas dessa vez vou até o fim” (Paciente 4). Essas falas revelam o desafio da adesão prolongada, especialmente em tratamentos extensos e exigentes como o da TBDR, e apontam para a necessidade de apoio contínuo, não apenas informativo, mas também afetivo e motivacional.

Assim, mesmo diante das dificuldades, os depoimentos expressam um compromisso com a continuidade do tratamento, motivado tanto pelo desejo de cura quanto pela lembrança das consequências do abandono. Trata-se de um dado relevante para pensar estratégias de cuidado que unam informação, empatia e acompanhamento ativo ao longo de toda a trajetória terapêutica.

A maioria dos participantes (86%) relatou que o tratamento para tuberculose drogarr resistente interfere diretamente em suas atividades cotidianas, especialmente no trabalho, estudo e lazer. Essa percepção evidencia o impacto significativo do tratamento prolongado e intensivo na rotina e na qualidade de vida das pessoas em tratamento. Entre as atividades mais afetadas, destacam-se os trabalhos formais e informais, como serviços de pintura, segurança, construção civil e agricultura, além das tarefas domésticas e o cuidado com o lar.

Os relatos também apontam interferências em atividades de lazer, como passeios com amigos, idas à praia e participação em cultos religiosos, muitas vezes comprometidas pela fadiga, dores ou efeitos colaterais dos medicamentos. Além disso, algumas pessoas mencionaram dificuldades associadas à alimentação, à disposição física e à saúde mental, especialmente em casos de comorbidades como diabetes e hipertensão.

Esses dados reforçam a importância de considerar, no acompanhamento dos pacientes com TBDR, não apenas os aspectos clínicos do tratamento, mas também os impactos sociais, econômicos e emocionais que ele acarreta. Estratégias intersetoriais que envolvam apoio psicossocial, programas de reabilitação e políticas de proteção ao trabalho podem contribuir para mitigar esses efeitos e favorecer a continuidade do cuidado.

A maioria dos participantes (73%) reconhece que o tratamento da tuberculose drogarr resistente afeta negativamente suas relações com familiares e amigos. Os relatos apontam que esse impacto está fortemente associado ao estigma social que ainda cerca a doença, resultando em isolamento, vergonha, preconceito e medo de rejeição. Muitos pacientes relataram sentir-se constrangidos em revelar seu diagnóstico, temendo o afastamento de vizinhos, amigos ou mesmo de membros da família.

Entre as situações vivenciadas, destacam-se casos de abandono por parte de companheiros(as), restrição no convívio com os filhos, e receio de transmitir a doença a

pessoas próximas, o que leva alguns pacientes a se isolarem voluntariamente. O medo social se expressa, por exemplo, na recusa de vizinhos em manter contato ou até mesmo em abrir as portas de casa. Esses episódios evidenciam o peso da discriminação sobre a saúde emocional das pessoas em tratamento, agravando o sofrimento causado pela própria doença.

Por outro lado, alguns relatos destacam o apoio da família como elemento essencial para o enfrentamento do tratamento, funcionando como um fator de proteção. Mesmo diante de olhares atravessados ou preconceituosos, há quem encontre amparo contínuo no núcleo familiar e em amizades verdadeiras, o que contribui positivamente para a adesão ao tratamento e para o bem-estar emocional.

Esses dados evidenciam a urgência de ações educativas que enfrentem o estigma da tuberculose, promovam empatia e informação nas comunidades, e ampliem as redes de apoio social e psicológico para os pacientes. O impacto social da doença, especialmente nas relações afetivas, é um componente fundamental a ser considerado no planejamento das políticas públicas voltadas ao cuidado integral das pessoas com TBDR.

As respostas à pergunta “O que mais te incomoda em relação ao impacto do tratamento da TBDR na sua vida?” revelam múltiplas dimensões do sofrimento enfrentado pelos pacientes. Os incômodos vão desde os efeitos físicos dos medicamentos (como fraqueza, cansaço, dor no corpo, alergias, gosto amargo na boca, empachamento e efeitos nas articulações) até o impacto emocional, social e espiritual da doença e de seu tratamento prolongado.

Entre os relatos, destacam-se falas como: *“O tratamento é ruim. Quando tomo os remédios, sinto mal-estar, peso no estômago, ‘azedo’ na boca, alergia, dor no corpo, dor nas articulações. Às vezes, quando vou na igreja vou bem desanimado, mas creio que Deus nos leva ao caminho da cura”* (Paciente 10). Esse depoimento evidencia não apenas o sofrimento físico, mas também a busca por força espiritual como forma de enfrentamento. Outro participante desabafa: *“Tenho medo de um dia precisar de muleta para andar. Gostaria de ter minha vida de volta, mas sei que o corpo é condicional”* (Paciente 8). Trata-se de uma expressão potente do impacto psicológico da doença, marcada por incertezas e sentimentos de limitação.

Outros aspectos frequentemente mencionados incluem a perda de ânimo, a limitação para realizar atividades simples como cuidar da casa ou trabalhar, a restrição alimentar e o comprometimento da vida social e afetiva. Além disso, há menções ao medo constante de transmitir a doença a familiares, especialmente aos filhos, o que reforça o peso da responsabilidade vivida pelos pacientes durante o tratamento. Esses relatos demonstram

que o impacto da TBDR transcende o campo clínico, afetando de maneira significativa o cotidiano, os afetos, a autoestima e a subjetividade dos pacientes. Tal panorama aponta para a necessidade de um cuidado ampliado, que integre atenção médica, suporte psicológico e ações de acolhimento que considerem a complexidade da experiência vivida no enfrentamento da doença.

Os relatos sobre os efeitos adversos do tratamento e os desafios para manter a adesão, apesar da compreensão sobre sua importância, são respaldados por Bezerra e Matos (2023) e por Silva, Silva e Prado (2025), que apontam que o abandono não ocorre apenas por desconhecimento, mas também por sofrimento físico, vulnerabilidade socioeconômica e ausência de suporte continuado, especialmente entre os mais pobres.

Os profissionais, por sua vez, reconhecem que muitos pacientes têm dificuldade em compreender as orientações médicas, especialmente aqueles com baixa escolaridade ou idosos. Relataram que os pacientes às vezes dizem que entenderam por vergonha de perguntar. O Profissional 1 disse: *“Na enfermagem, eles se sentem mais à vontade. Falam coisas que não dizem para a médica, e eu volto lá para informar”*.

Essa mediação entre equipe e paciente é essencial para a continuidade do cuidado. Apesar do ambiente acolhedor, aproximadamente 33,3% dos pacientes relataram não se sentir completamente à vontade para fazer perguntas durante as consultas. As justificativas variaram entre timidez, vergonha, medo de parecer “ignorante” e falta de privacidade nas salas de atendimento: *“Tenho vergonha de perguntar se posso fazer sexo” (Paciente 1)*. Esse dado indica a importância de repensar as condições ambientais de privacidade e de investir em estratégias que incentivem o protagonismo do paciente no cuidado, como rodas de conversa, materiais educativos e consultas com tempo ampliado.

Essas barreiras comunicacionais são apontadas por Furlan e Marcon (2017), que analisam o acesso à TB a partir da perspectiva dos usuários e destacam que aspectos como acolhimento e clareza na comunicação são cruciais para a continuidade do tratamento. A ausência de privacidade, de linguagem acessível e de escuta ativa pode provocar desinformação e sentimentos de desvalorização, mesmo quando os serviços são tecnicamente eficientes

Os profissionais também apontaram essa dificuldade. Relataram que pacientes omitem dúvidas e, por vezes, não compreendem plenamente como tomar os medicamentos ou realizar exames. Segundo o profissional 2: *“Alguns têm vergonha de perguntar a médica sobre por exemplo como tomar a medicação, de relatar os efeitos adversos”*. Esse tipo de

barreira comunicacional é reforçado pela estrutura física inadequada dos consultórios e pela falta de privacidade.

A percepção negativa sobre a infraestrutura do ambulatório foi quase unânime. Oitenta por cento dos participantes consideraram o espaço inadequado, mencionando problemas como paredes e portas deterioradas, telhas quebradas, falta de ventilação, móveis antigos e ausência de privacidade nos consultórios. Alguns relataram ter sido atendidos em espaços com infiltrações ou com goteiras em dias de chuva, como vemos abaixo: *“Aqui o atendimento é bom, mas já peguei pingo de chuva dentro do consultório. O telhado está quebrado” (Paciente 5).*

A crítica à infraestrutura precária dos serviços é um dos pontos centrais também abordados por Moreira, Kritski e Carvalho (2020), que vinculam as deficiências estruturais à negligência histórica com as populações vulnerabilizadas e ao subfinanciamento da atenção à TB. Para os autores, o ambiente inadequado não só dificulta o cuidado, como também fere a dignidade do paciente, comprometendo o engajamento e a adesão.

Essa avaliação foi corroborada integralmente pelos profissionais. Todos consideraram a infraestrutura inadequada, apontando falta de ventilação, consultórios pequenos, ausência de privacidade e desrespeito às normas de biossegurança. O Profissional 7 foi direto: *“Aqui é um ambiente precário, insalubre e com risco para pacientes e profissionais. Tratamos doença infecciosa em local fechado”*. Outros apontaram a sobreposição de pacientes com TB sensível e MDR no mesmo ambiente, o que compromete o isolamento e a segurança sanitária.

A literatura também corrobora essa preocupação, como demonstrado por Castejon *et al.* (2022), ao relacionar ambientes insalubres e aglomerações à ampliação do risco de transmissão e agravamento do quadro clínico. O estudo defende que o combate à TBDR deve incluir investimentos estruturais nas unidades, com ambientes ventilados, seguros e adequados ao manejo de doenças infecciosas.

Apesar das críticas à estrutura física, o processo de agendamento das consultas foi avaliado como eficiente: os pacientes relataram que já saem das consultas com a data do retorno marcada, e todos disseram que o agendamento é fácil e rápido.

A satisfação geral com o serviço foi elevada. Todos os pacientes afirmaram estar satisfeitos com o atendimento, destacando como pontos positivos a empatia dos profissionais, o fornecimento gratuito de medicamentos, a escuta ativa, o acompanhamento integral e a continuidade do cuidado. O ambulatório é percebido como um espaço de esperança e reconstrução para muitos: *“Sinto-me respeitado como pessoa e paciente” (Paciente 1).*

Segundo os profissionais, essa satisfação é visível no retorno espontâneo dos pacientes e nos elogios recebidos. Relataram que, embora alguns pacientes desistam por questões logísticas, raramente há reclamações sobre o atendimento propriamente dito. A presença de vínculo afetivo entre equipe e paciente é um aspecto que se destaca como elemento estruturante da qualidade percebida do serviço.

Esses achados reiteram a importância de políticas públicas que valorizem o cuidado centrado na pessoa, como enfatizado por Beserra *et al.* (2021) e Costa, Machado e Oliveira (2019), que destacam que a adesão depende menos de procedimentos normativos e mais de relações interpessoais pautadas pela empatia, escuta e responsabilização compartilhada. Essas dimensões subjetivas são decisivas para o sucesso terapêutico em contextos de alta vulnerabilidade social.

A avaliação da comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos no processo de atendimento foi amplamente positiva entre os respondentes. Os relatos indicam que a equipe atua de forma integrada e articulada, promovendo um cuidado compartilhado ao paciente. Há respeito mútuo, troca constante de informações e segurança no encaminhamento entre os diversos setores (incluindo assistente social, médicas, enfermagem e farmácia), o que contribui para a resolutividade e a continuidade do cuidado.

Destaca-se, por exemplo, a fala de um dos profissionais: *“Equipe bem entrosada e o atendimento do paciente é realizado por todos os profissionais. Algumas vezes discutimos os casos dos pacientes”* (Profissional 4). Essa afirmação evidencia um ambiente de trabalho colaborativo, pautado na corresponsabilidade pelo cuidado. Apesar da boa avaliação, um ponto de melhoria mencionado foi a ausência de reuniões regulares de equipe. A sugestão de que encontros periódicos poderiam fortalecer ainda mais a comunicação demonstra a preocupação com a qualificação do trabalho coletivo e com a excelência na assistência prestada.

Os profissionais relatam que, de modo geral, os pacientes enfrentam dificuldades emocionais e físicas no início do tratamento da TBDR, apresentando medo, insegurança e resistência à medicação. Contudo, com o tempo e o apoio da equipe, muitos demonstram melhora na aceitação e na adesão ao tratamento. O acolhimento, a escuta e o vínculo estabelecido com os profissionais de saúde são fundamentais nesse processo. Um dos profissionais descreve: *“No início é muito receoso. Há choro, medo. Mas acolhemos com carinho, conversamos com eles e explicamos tudo.”* Essa abordagem humanizada contribui para transformar o medo em confiança e persistência” (Profissional 1).

Paralelamente, todos os profissionais afirmaram que os pacientes enfrentam dificuldades para seguir as orientações médicas, especialmente por questões como baixa escolaridade, analfabetismo, vergonha de perguntar, dependência química ou idade avançada. Isso dificulta o entendimento sobre como tomar corretamente os medicamentos, realizar exames ou retornar nas datas marcadas. Um profissional relata: *“Alguns são analfabetos ou de baixa escolaridade e não conseguem entender como tomar a medicação correta, os exames a realizar, a data do retorno”* (Profissional 4). Esse cenário evidencia a importância de estratégias de comunicação mais acessíveis, do uso de linguagem simples, da supervisão medicamentosa e do apoio familiar para garantir a continuidade e a eficácia do tratamento.

A maioria dos profissionais (86%) observou que o tratamento da TBDR impacta significativamente a rotina pessoal e familiar dos pacientes. Os efeitos vão desde o isolamento social e o afastamento do convívio com familiares até a perda de vínculos de trabalho e restrições econômicas. O tempo prolongado do tratamento, que pode durar de 18 a 24 meses, impõe uma reorganização profunda da vida cotidiana. Um dos relatos destaca: *“Para os pacientes que trabalham com carteira assinada influencia, pois os colegas vão ficar sabendo quando ele entra de licença pelo INSS; quando trabalha na informalidade o impacto financeiro é grande”* (Profissional 4). Isso evidencia como o tratamento interfere não apenas na saúde física, mas também nas relações sociais e na dignidade do trabalho.

Em relação à forma como os pacientes têm lidado com o tratamento, os profissionais relatam que há dificuldades iniciais, sobretudo em razão do tempo de duração, dos efeitos colaterais e das injeções frequentes. Apesar disso, com o apoio da equipe e, principalmente, da família, muitos acabam se adaptando. Um profissional observa: *“O tratamento é longo e dolorido pelas injeções. Mas, para mim, considero eles uns guerreiros”* (Profissional 2). Essa percepção reforça o reconhecimento da resiliência dos pacientes, mesmo em contextos adversos, e destaca a importância do apoio contínuo para que consigam manter o vínculo com o tratamento.

As principais dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde dizem respeito à compreensão das orientações médicas, principalmente por parte de pacientes com baixa escolaridade, analfabetismo ou vulnerabilidade social. A vergonha de fazer perguntas, o receio de demonstrar desconhecimento e a ausência de acompanhantes dificultam o seguimento correto do tratamento e a realização de exames.

O impacto do tratamento na vida pessoal e familiar é significativo. *Tem pacientes que se isolam em casa, outros que não dizem que estão doentes”* (Profissional 1). O longo tempo de terapia, que pode se estender por até dois anos, interfere diretamente nas rotinas

domésticas, profissionais e sociais dos pacientes. Muitos enfrentam afastamento do trabalho, isolamento social, dificuldades financeiras e necessidade constante de apoio para comparecimento às consultas e continuidade da medicação. “

Os efeitos colaterais, embora em sua maioria considerados leves, como náuseas, tonturas e dores articulares, ainda representam um desafio. Eles exigem vigilância da equipe de saúde e, em alguns casos, ajustes no esquema terapêutico para garantir maior tolerância e adesão.

Destaca-se, ainda, o papel fundamental do apoio familiar e comunitário. Pacientes que contam com esse suporte demonstram melhor adesão e menor taxa de abandono. *“Alguns sim e outros vêm para cá sozinhos pois escondem a doença. Quando vêm com família e/ou amigo eles são bem mais acessíveis e a adesão se torna mais fácil, mas quando vêm sozinhos normalmente abandonam”* (Profissional 5). A presença de uma rede de apoio influencia positivamente a motivação do paciente, contribuindo para sua permanência no tratamento.

A escuta das vozes dos pacientes mostra que, embora o serviço especializado em TBDR ofereça cuidado técnico qualificado e acolhimento humanizado, há importantes desafios estruturais e simbólicos a serem superados. A infraestrutura precária e o desconforto em expor dúvidas durante a consulta sinalizam fragilidades que podem comprometer a eficácia do tratamento a longo prazo. Tais elementos exigem políticas integradas de melhoria física das unidades e formação continuada das equipes para o cuidado centrado na pessoa.

7.4 Barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento da TBDR

As barreiras enfrentadas pelos pacientes em tratamento da TBDR extrapolam os aspectos clínicos da doença e se inscrevem em um contexto mais amplo de desigualdade social, territorial e estrutural. A análise das respostas permite identificar obstáculos interligados que interferem diretamente na continuidade do cuidado, na adesão terapêutica e na qualidade de vida dos pacientes. Nesse sentido, as barreiras relatadas podem ser agrupadas em quatro dimensões principais: territorial-logística, socioeconômica, estrutural-infraestrutural e psicossocial.

Um dos desafios mais contundentes se refere à distância geográfica entre o local de moradia dos pacientes e o ambulatório de tisiologia. 40% dos participantes residem fora de Fortaleza, em municípios como Cascavel, Itapipoca, Russas, Uruburetama e Caucaia, o que implica longos deslocamentos até a unidade de referência. Há registros de pacientes que percorrem mais de 150 km por viagem e permanecem fora de casa por todo o dia, com saídas

ainda de madrugada: *“Venho no transporte de Itapipoca, são 3 horas de viagem. Saio de casa de madrugada, passo o dia aqui e só volto à noite. É muito cansativo”* (Paciente 12).

Além da distância, o tempo médio de deslocamento também é elevado: variou entre 40 minutos e 3 horas, sendo a maioria acima de 1 hora. O uso do transporte público ou de ambulâncias municipais foi a principal forma de locomoção (60% dos participantes mencionaram o uso de ônibus, e 33,3% citaram transportes alternativos como ambulância ou carro da prefeitura).

A dependência de transporte coletivo ou institucional dificulta a autonomia do paciente e contribui para faltas às consultas: *“Dependo de conseguir um carro do meu município. Ele vem pela manhã, deixa as pessoas nos locais para serem atendidos e no final da tarde passa e leva a gente de volta”* (Paciente 11).

Tal realidade também é apontada pelos profissionais como um dos principais entraves ao tratamento. Segundo eles, muitos pacientes residem em municípios distantes e precisam negociar com as prefeituras o transporte sanitário, o que implica idas prévias aos órgãos locais, burocracias e insegurança. O Profissional 3 relatou: *“Alguns precisam vir toda semana e a assistente social liga para o município para garantir transporte. Mas nem sempre conseguem”*.

A maioria dos profissionais (86%) relatou não identificar barreiras significativas no processo de encaminhamento ao tratamento, exames laboratoriais ou complementares, destacando que há acesso facilitado e boa organização interna. Os pacientes são atendidos prontamente, os exames são realizados com agilidade, como raio-X e exames de sangue, e os resultados geralmente são liberados de forma rápida, favorecendo a adesão ao tratamento.

Contudo, foram mencionadas algumas limitações pontuais, como: a necessidade de transferir exames para outro setor que também atende pacientes transplantados, o que pode gerar conflitos ou atrasos; a ausência de um fluxo bem definido entre o hospital e o laboratório central, o que ocasiona demoras; a exigência de contatos telefônicos para confirmação de resultados de cultura e teste de sensibilidade, apontando para falhas na comunicação intersetorial. Essas observações indicam que, embora o acesso local seja satisfatório, ainda há espaço para melhorias na integração entre serviços e na fluidez dos encaminhamentos laboratoriais em níveis mais complexos da rede.

A literatura é unânime em reconhecer o transporte como um obstáculo estrutural crítico. Estudos como os de Moreira, Kritski e Carvalho (2020) e Castejon *et al.*, (2022) evidenciam que os custos indiretos do tratamento, como deslocamento e alimentação, estão entre os principais fatores que comprometem a adesão, especialmente entre os mais pobres.

Esses autores ressaltam que políticas de apoio logístico são mais eficazes para garantir a adesão do que intervenções exclusivamente biomédicas.

A condição socioeconômica dos entrevistados evidencia um quadro de extrema vulnerabilidade. Cerca de 47% possuem renda familiar de até dois salários-mínimos, e 7% relataram não ter qualquer renda. A maioria encontra-se desempregada ou afastada de suas atividades laborais em virtude da doença, o que compromete não apenas o sustento, mas também a capacidade de arcar com custos básicos, como transporte e alimentação: *“Não tenho dinheiro para pegar ônibus, por isso eu falto às consultas” (Paciente 1).*

Além do impacto financeiro direto, a doença compromete a inserção produtiva dos pacientes. Houve relatos de pessoas que perderam seus empregos ou foram impedidas de retornar ao trabalho por causa do estado físico debilitado, da necessidade de isolamento ou do estigma associado à tuberculose: *“Trabalhava como pintor de parede e por causa dos sintomas da doença eu não aguento subir em escada, não aguento mais trabalhar; perdi todos os clientes e tive de parar de trabalhar., mas não aguento mais subir escada. Perdi todos os clientes” (Paciente 8).*

Profissionais enfatizaram repetidamente que a principal causa de abandono do tratamento está ligada à pobreza e às dificuldades materiais. Destacaram, entre os fatores mais recorrentes, a falta de dinheiro para o transporte, a carência alimentar e a ausência de uma rede de apoio. O Profissional 5 afirmou: *“A pobreza é grande. Já chorei pelas situações que eles passam. Muitos não têm nem como comer”.*

Esses relatos são reforçados por Bezerra e Matos (2023) e Silva, Silva e Prado (2025), que identificam a pobreza como um determinante central da interrupção do tratamento. A ausência de renda, a insegurança alimentar e a falta de suporte familiar formam um ciclo de vulnerabilidade que se retroalimenta, dificultando não só a cura, mas a própria continuidade da vida social dos pacientes com TBDR.

Todos os profissionais de saúde entrevistados confirmaram que a estrutura física do ambulatório é inadequada para o tipo de atendimento que realizam. Relataram também que a estrutura precária compromete a biossegurança e a qualidade do processo ensino-aprendizagem, por se tratar de hospital escola. O Profissional 7 afirmou: *“Tratamos doenças infecciosas em um ambiente fechado. É um risco para todos”*

A precariedade estrutural foi amplamente discutida por Moreira, Kritski e Carvalho (2020), que defendem que o combate à TB exige, além do tratamento medicamentoso, um ambiente digno, ventilado e seguro. Estruturas inadequadas fragilizam o

vínculo com o paciente, violam protocolos de biossegurança e reforçam o sentimento de negligência vivenciado por quem já está em sofrimento.

No que diz respeito à organização do serviço, embora relatem que a agenda médica seja bem distribuída ao longo da semana, indicaram sobrecarga de atendimento às quartas-feiras, quando todas as médicas atendem no mesmo dia. Em alguns momentos, chegam a atender até 40 pacientes em um único turno, somando isso às tarefas burocráticas.

Embora os horários de atendimento tenham sido considerados adequados por parte dos participantes, houve queixas sobre a dificuldade de comparecer nos horários estipulados, especialmente por dependerem de transporte coletivo ou institucional. Em geral, os pacientes não escolhem a data ou o horário da consulta: são informados pela equipe e devem se adaptar à agenda médica.

Essas queixas se conectam aos achados de Furlan e Marcon (2017), que destacam a importância da flexibilidade e da escuta organizacional para garantir o acesso contínuo ao tratamento. A rigidez dos horários, quando aliada à dependência de transporte público, pode excluir ainda mais os pacientes em situação de vulnerabilidade territorial.

Torna-se válido ressaltar que a maioria dos profissionais de saúde (71%) afirmou que a demanda atual não está sobrecarregando a equipe, destacando que o atendimento está bem organizado, com escala médica estruturada e divisão adequada de tarefas. Os dias de consulta, especialmente os com maior número de pacientes, são planejados de forma a garantir a fluidez no atendimento, o que contribui para um ambiente de trabalho considerado tranquilo por parte da equipe.

Os profissionais de saúde avaliaram a quantidade de pacientes que chegam diariamente ao ambulatório como satisfatória e controlada, com boa organização da agenda e distribuição das consultas ao longo da semana. A média diária de atendimento varia entre 10 a 15 pacientes por médica, o que é considerado adequado para manter a qualidade do cuidado e evitar sobrecargas.

Contudo, foi destacado que as terças e quartas-feiras concentram maior demanda, especialmente nas quartas, quando todas as médicas estão de plantão e os atendimentos se estendem por todo o dia. Mesmo nesses momentos de maior movimento, os profissionais consideram que a rotina permanece manejável, graças ao agendamento prévio e à atuação coordenada da equipe. Esse cenário aponta para um fluxo bem estruturado e uma capacidade de resposta adequada do serviço, embora seja necessária atenção especial nos dias de pico, para garantir que o aumento no número de pacientes não comprometa a qualidade do atendimento nem gere sobrecarga progressiva nos profissionais.

Por outro lado, uma parcela dos respondentes (29%) reconheceu sinais de sobrecarga, especialmente relacionados às atividades burocráticas, como preenchimento de planilhas, notificações de casos e alimentação de sistemas. Um dos pontos críticos mencionados foi o volume de atendimentos nas quartas-feiras, quando todas as médicas estão presentes e chegam a atender cerca de 30 pacientes ao longo do dia. Nessas ocasiões, o trabalho da enfermagem é intensificado, não pelo contato direto com o paciente, mas pela quantidade de registros administrativos exigidos.

Assim, embora o atendimento clínico esteja bem distribuído e estruturado, a sobrecarga relatada por parte da equipe está mais relacionada à excessiva carga documental e operativa, o que aponta para a necessidade de revisão de processos e possível apoio administrativo para reduzir a pressão sobre os profissionais assistenciais.

Outro obstáculo relevante identificado nos relatos diz respeito ao estigma social em torno da tuberculose. Diversos participantes relataram vergonha de compartilhar o diagnóstico com vizinhos ou familiares e mencionaram experiências de rejeição, preconceito e discriminação, como se ver nas falas a seguir: *“Tenho vergonha de dizer que estou com tuberculose” (Paciente 1)*. *“Minhas vizinhas não abriam nem as portas com medo de mim” (Paciente 2)*.

As consequências desse estigma se estendem para as relações sociais e afetivas, impactando o bem-estar emocional dos pacientes e, em alguns casos, provocando rupturas familiares. O Paciente 8 relatou ter sido abandonado pela companheira após o diagnóstico: *“Vivi 10 anos com minha companheira. Quando ela soube da doença, me abandonou no hospital” (Paciente 8)*.

A autoimagem também é afetada: muitos pacientes descreveram sensação de fraqueza, desânimo, insegurança para sair de casa, vergonha do próprio corpo e medo de transmitir a doença para entes queridos. Isso repercute diretamente no isolamento social e na perda de autonomia e autoestima, tornando o tratamento ainda mais desafiador.

Profissionais também observaram esse impacto psicológico, especialmente no início do tratamento. Relataram que pacientes chegam abatidos, com medo e sem esperança, sendo comum o choro diante do diagnóstico. Muitos se isolam socialmente, escondem a doença da família e evitam falar sobre o tratamento. O Profissional 1 relatou: *“Alguns se sentem mais acolhidos aqui do que na própria família” (Profissional 1)*. A presença ou ausência de apoio familiar foi apontada como fator determinante para a adesão.

A estigmatização foi descrita em Beserra *et al.*, (2021) como um dos componentes mais silenciosos, porém mais destrutivos, da cadeia de abandono e sofrimento. A vergonha, o

isolamento e o medo de discriminação corroem a autoestima e dificultam a construção de vínculos terapêuticos duradouros. Para enfrentá-la, os autores defendem a promoção de campanhas educativas e ações intersetoriais que envolvam a comunidade, a família e os serviços sociais.

Essas múltiplas barreiras impõem à gestão do cuidado em saúde o desafio de articular ações intersetoriais que ultrapassem a oferta clínica. Políticas públicas voltadas ao fortalecimento do transporte sanitário, ao auxílio alimentação, à melhoria da infraestrutura das unidades e à educação em saúde são essenciais para assegurar o acesso equitativo e digno ao tratamento da TBDR. Além disso, estratégias de enfrentamento ao estigma, por meio de campanhas educativas e fortalecimento do apoio psicossocial, são fundamentais para promover a adesão e a humanização do cuidado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a complexidade do tratamento da TBDR e seu impacto na saúde pública, este estudo teve como objetivo geral avaliar o acesso dos pacientes notificados com TBDR no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, buscando compreender as nuances do percurso assistencial, as percepções de pacientes e profissionais e as barreiras enfrentadas ao longo desse processo. A partir de uma abordagem qualitativa, ancorada na avaliação em profundidade e na análise de conteúdo, a pesquisa permitiu uma escuta sensível das vozes envolvidas no tratamento da TBDR, destacando dimensões sociais, institucionais e subjetivas do cuidado.

O primeiro objetivo específico consistiu em mapear o percurso de acesso do paciente desde a UPS até a admissão no ambulatório de tisiologia. Os resultados evidenciaram trajetórias marcadas por deslocamentos geográficos longos, carência de transporte sanitário, demora nos encaminhamentos e baixa articulação entre os níveis de atenção. Essa fragmentação compromete a integralidade do cuidado, ressaltando a urgência de políticas que promovam maior integração entre os níveis de atenção à saúde. Também, revela falhas no fluxo assistencial, sobretudo para pacientes residentes em áreas periféricas ou interioranas. O acesso, portanto, é fortemente condicionado por determinantes sociais, como renda, escolaridade e moradia, o que reforça a urgência de uma atenção mais equitativa.

O segundo objetivo específico buscou compreender as percepções dos pacientes e profissionais em relação ao acesso ao ambulatório de tisiologia. Os relatos indicaram que, apesar de reconhecerem o acolhimento e a competência técnica da equipe do ambulatório, muitos pacientes enfrentam dificuldades para compreender as orientações médicas, sobretudo os que apresentam baixa escolaridade. A comunicação entre profissional e paciente, ainda que empática, nem sempre é efetiva. A necessidade de estratégias de comunicação adequadas à realidade sociocultural dos pacientes é um ponto crucial para a melhoria da adesão terapêutica. Por outro lado, os profissionais relataram esforços constantes de adaptação e mediação, demonstrando compromisso com a continuidade do cuidado. As percepções também revelaram uma valorização do espaço do ambulatório como local de escuta e segurança, ainda que com limitações estruturais.

O terceiro objetivo específico foi identificar as possíveis barreiras enfrentadas no acesso ao tratamento de TBDR, sob a ótica dos pacientes e dos profissionais. Entre as principais barreiras, destacam-se: os efeitos colaterais intensos dos medicamentos, a sobrecarga emocional, o estigma da doença, a ausência de suporte familiar e as dificuldades

logísticas. Tais obstáculos não apenas atrasam o início do tratamento, mas também impactam a adesão terapêutica, aumentando o risco de abandono e recaídas. A ausência de uma política de apoio psicossocial contínuo, a fragilidade na oferta de alimentação e transporte e a desarticulação entre os serviços agravam ainda mais essas barreiras.

A presente pesquisa traz importantes contribuições ao campo da saúde pública e da avaliação de políticas públicas. Ao valorizar a escuta dos sujeitos envolvidos, contribui para a formulação de recomendações mais sensíveis à realidade dos usuários e trabalhadores do SUS. Além disso, ao evidenciar as desigualdades no acesso ao tratamento da TBDR, a pesquisa reforça a necessidade de políticas intersetoriais que integrem saúde, assistência social, transporte e educação. Também contribui com a literatura acadêmica ao adotar uma perspectiva crítica e multidimensional na análise do acesso à saúde, superando visões puramente normativas ou biomédicas.

Ainda que a pesquisa tenha alcançado seus objetivos propostos, é importante reconhecer algumas limitações inerentes ao próprio processo investigativo. As entrevistas, por exemplo, dependeram da disponibilidade e disposição dos participantes em um contexto de vulnerabilidade clínica, o que pode ter restringido a amplitude das narrativas. Ademais, questões como o estado de saúde fragilizado de alguns pacientes e os desafios logísticos enfrentados para comparecimento ao ambulatório impactaram a dinâmica da coleta de dados.

Mesmo com essas limitações, os resultados apresentados fornecem subsídios valiosos para o aprimoramento das práticas de cuidado voltadas à tuberculose resistente. Além disso, indicam a relevância de se fomentar novas investigações que aprofundem aspectos vivenciais e institucionais do acesso ao tratamento da TBDR, especialmente por meio de abordagens qualitativas que valorizem a escuta dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

A percepção dos pacientes e profissionais converge ao apontar que o tratamento da TBDR, por sua natureza longa e complexa, não pode ser eficaz se desarticulado da assistência social. Ficou evidente que o suporte social, seja na forma de auxílios para transporte, cestas básicas ou acompanhamento psicossocial, é um pilar fundamental para a adesão e sucesso terapêutico. A ausência ou a fragilidade dessa rede de apoio foi identificada como um fator crítico para o abandono do tratamento e para o agravamento da saúde dos pacientes.

Portanto, emerge uma clara relação indissociável entre o serviço de saúde, a desigualdade social e a efetividade das políticas públicas. O acesso ao tratamento da TBDR, apesar de ser um direito garantido, é na prática condicionado pela realidade socioeconômica

dos pacientes. O estudo demonstra que a política pública de saúde, por si só, é insuficiente para garantir a equidade no acesso se não estiver fortemente articulada com políticas de assistência social que abordem as vulnerabilidades sociais. A superação das dificuldades no acesso e a melhoria dos desfechos para pacientes com TBDR exigem não apenas a otimização dos serviços de saúde, mas uma abordagem intersetorial que reconheça e atue sobre as raízes da desigualdade social, garantindo que o acesso à saúde seja, de fato, universal e equitativo.

Este estudo evidenciou portanto que o acesso ao tratamento TBDR enfrenta múltiplas barreiras, que vão além dos aspectos clínicos e estão profundamente enraizadas em desigualdades sociais, estruturais e psicossociais. Essas barreiras comprometem a adesão ao tratamento e a continuidade do cuidado, exigindo uma abordagem integrada e intersetorial.

Em síntese, os achados desta pesquisa transcendem o âmbito clínico, revelando as complexas camadas de desigualdade que permeiam o acesso ao tratamento da TBDR. Suas contribuições para a saúde pública residem na capacidade de informar a criação de políticas mais inclusivas, o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e a promoção de uma compreensão ampliada da doença como um fenômeno social e não apenas biológico.

As implicações éticas de permitir que desigualdades sociais, estruturais e psicossociais continuem a comprometer a saúde e a vida de indivíduos são inegáveis. Assim, o caminho para o controle efetivo da TBDR exige uma resposta política assertiva e comprometida, que reconheça a saúde como um direito fundamental e promova a equidade no acesso ao cuidado

REFERÊNCIAS

- ALLAND, David et al. Transmission of tuberculosis in New York City--an analysis by DNA fingerprinting and conventional epidemiologic methods. **New England Journal of Medicine**, v. 330, n. 24, p. 1710-1716, 1994.
- BALLESTERO, Jaqueline Garcia de Almeida et al. Control and management strategies in multidrug-resistant tuberculosis: literature review Estrategias de control y atención de la tuberculosis multirresistente: una revisión de la literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, p. e20-e20, 2019.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Editora Fiocruz, 2001.
- BESERRA, Karine Alves et al. Itinerário terapêutico de pessoas com tuberculose resistente e em retratamento. **Avances en Enfermería**, v. 39, n. 1, p. 21-29, 2021.
- BEZERRA, Thiago de Matos; MATOS, Cintia Chagas. Tuberculose: principais fatores associados ao abandono do tratamento. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, p. 2699-2715, 2023.
- BOCCIA, Delia et al. The association between household socioeconomic position and prevalent tuberculosis in Zambia: a case-control study. **PloS one**, v. 6, n. 6, p. e20824, 2011.
- BOMBARDA, S. et al. **Recomendações para o diagnóstico e tratamento das micobacterioses não tuberculosas no Estado de São Paulo**. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/TB11_3MNTSB.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.
- BRASIL. **Manual de Bacteriologia da Tuberculose**. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **Manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tuberculose 2024. Boletim Epidemiológico**. Número Especial, 2024. Brasília, DF. <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tuberculose 2024. Boletim Epidemiológico**. Número Especial, 2025. Brasília, DF. <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/view>. Acesso em: 09 maio 2025.
- BRASIL. **NOTA INFORMATIVA Nº 9/2021-CGDR/DCCI/SVS/MS**. Brasília: Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições

Crônicas/ Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde, 2021.

CARBONE, Maria Herminda. **Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo**. 2000. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

CARVALHO, Alba Maria Pinho; GUSSI, Alcides Fernando. **Perspectivas contemporâneas em Avaliação de Políticas Públicas**. Seminário Avaliação de Políticas Públicas em Tempos Contemporâneos. Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, UFC, 2011.

CASTEJON, Vitor Santos et al. Impacto da pobreza sobre a Tuberculose Droga Resistente: Uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e32011729978-e32011729978, 2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Tuberculose 2025**. Boletim Epidemiológico Tuberculose. Número 01 março 2025. www.saude.ce.gov.br. Acesso em: 09 maio.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CONDE, M.; FITERMAN, J.; LIMA, M. **Tuberculose**. Rio de Janeiro: GEN/Guanabara Koogan, 2011.

COSTA, Patricia Valéria; MACHADO, Monica Tereza Christa; OLIVEIRA, Luísa Gonçalves Dutra de. Adesão ao tratamento para Tuberculose Multidroga Resistente (TBMDR): estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ), Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 108-115, 2019.

COURA, José Rodrigues. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DE SOUZA MACIEL, Marina et al. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. **Revi Socied Bras Clín Méd**, v. 10, n. 3, p. 226-30, 2012.

FITZGERALD, Daniel; HAAS, David W. Mycobacterium tuberculosis. In: MANDELL, Gerald L.; BENNETT, John E.; DOLLIN, Raphael (Ed.). **Mandell, Douglas & Bennett's principles and practice of infectious diseases**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2005. v.1, cap. 248, p. 2852 - 2886.

FORTUNA, Jorge Luiz; SOARES, Paula Andréa Oliveira. Perfil epidemiológico da tuberculose no município de Teixeira de Freitas de 2001 a 2017. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 7171-7192, 2020.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; MARCON, Sonia Silva. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 339-347, 2017.

SANTOS, Maria de Lourdes Sperli Geraldies et al. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, p. 762-767, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, p. 57-63, 1995.

GOMES DE LIMA, Daniel et al. Determinantes sociais de saúde da população em situação de rua vulnerável à tuberculose. **Enferm. foco**, Brasília, v. 14, p. 1-7, 2023.

GONÇALVES, Helen. **Peste Branca**: um estudo antropológico sobre a tuberculose. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

GRZYBOWSKI, S.; BARNETT, GD; STYBLO, K. Contatos de casos de tuberculose pulmonar ativa. **Boletim da União Internacional contra a Tuberculose**, v. 50, n. 1, p. 90-106, 1975.

GYGLI, Sebastian M. et al. Resistência antimicrobiana em *Mycobacterium tuberculosis*: perspectivas mecanísticas e evolutivas. **FEMS microbiology reviews**, v. 41, n. 3, p. 354-373, 2017.

HIJJAR, Miguel Aiub et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 50-57, 2007.

LUNA, J. A. Caminero. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. **Revista Clínica Española**, v. 216, n. 2, p. 76-84, 2016.

LIENHARDT, Christian. From exposure to disease: the role of environmental factors in susceptibility to and development of tuberculosis. **Epidemiologic reviews**, v. 23, n. 2, p. 288-301, 2001.

LÖNNROTH, Knut et al. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. In: World Health Organization. **Equity, social determinants and public health programmes**, 2010, p. 219-242.

LUIZA, Vera Lucia et al. Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, p. 1-9, 2016.

MACEDO JÚNIOR, Adriano Menino et al. Perfil epidemiológico e fatores determinantes na saúde ambiental da tuberculose no Brasil. **Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais**, v. 11, n. 7, p. 243-252, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: _____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 57.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011.

MOREIRA, Adriana da Silva Rezende; KRITSKI, Afrânio Lineu; CARVALHO, Anna Cristina Calçada. Determinantes sociais da saúde e custos catastróficos associados ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, p. e20200015, 2020.

OLIVEIRA, Antonio de; Udelysses Janete Veltrini FONZAR; Fernando Luiz de Paula SANTIL. Análise espacial da tuberculose nos anos de 2010 a 2015. Maringá/PR. **Geoingá**, v. 9, n. 2, p.:52-70, 2017.

OZANIRA, Maria. **Pesquisa avaliativa**: aspectos teórico-metodológicos. São Paulo: Veras, 2008.

PAUGAN, Serge. **A pesquisa sociológica**. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 355-358, 2015.

PEIXOTO, Juliana Araújo. **Avaliação do programa de residência integrada em saúde - ênfase cardiopneumologia**: estratégia de educação permanente dos/as trabalhadores/as do SUS, no Hospital de Messejana, em Fortaleza - CE. 2021. 285 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) - Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

PELAQUIN, Monica Hid Haddad; SILVA, Rebeca Souza; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Factors associated with death by tuberculosis in the eastern part of São Paulo city, 2001. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, p. 311-317, 2007.

PENNA, Gerson. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Revista de saúde pública**, v. 41, p. 43-49, 2007.

RAVIGLIONE, Mario et al. Scaling up interventions to achieve global tuberculosis control: progress and new developments. **The Lancet**, v. 379, n. 9829, p. 1902-1913, 2012.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, p. 7-15, jan./jun. 2008.

ROSEMBERG, José. Tuberculose-Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de pneumologia sanitária**, v. 7, n. 2, p. 5-29, 1999.

RODRIGUES, Miguel Wanzeller; MELLO, Amanda GNC. Tuberculose e escolaridade: Uma revisão da literatura. **Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad**, v. 4, n. 2, p. 1-12, 2018.

RUFFINO-NETTO, Antonio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 1, p. 51-58, 2002

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SAN PEDRO, Alexandre; OLIVEIRA, RM de. Tuberculosis and socioeconomic indicators: systematic review of the literature. **Revista panamericana de salud pública= Pan American journal of public health**, v. 33, n. 4, p. 294-301, 2013.

SANTOS JÚNIOR, Gilberto Menezes Santos et al. Tuberculose: Adesão ao tratamento e os fatores que desencadeiam em abandono. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, 2016.

SANTOS, Sandra Maria et al. Perfil dos pacientes portadores de tuberculose e os fatores de risco associados em municípios da Amazônia legal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 43, p. e2344-e2344, 2020.

SILVA, Helen Rosa Magalhães da; SILVA, Joyce Tavares da; PRADO, Morgana Kelly Borges. Retrato epidemiológico da tuberculose drogarr resistente no Brasil entre os anos de 2013 e 2023. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 1, p. e77342-e77342, 2025.

SORIANO, Raúl Rojas; ROSENBUSCH, Ricardo. **Manual de pesquisa social**. Editora Vozes, 2004.

SOUZA, M. V. N. Tuberculose em gestantes: um importante problema de saúde pública mundial. **Rev. Brasil. Farm**, v. 87, n. 4, p. 132-8, 2006.

SQUIRE, S. B. et al. Catastrophic care-seeking costs as an indicator for lung health. **BMC Proc**, v. 9, suppl 10, s4, 2015.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Amsterdam Declaration to Stop Tb**. In: The Ministerial Conference on Tuberculosis & Sustainable Development; 2000 Mar 24; Amsterdam, The Netherlands; 2000.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2014**. Geneva: WHO, 2014b.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2024**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>. Acesso em: 09 maio 2025.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA (RES. 510/2016-CNS)



Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **“Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa”** que tem como pesquisadora responsável **Sheila Maria Santiago Borges**.

Esta pesquisa pretende avaliar o acesso dos pacientes notificados com Tuberculose Droga Resistente (TBDR) no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

O motivo que nos leva a fazer este estudo justifica-se com base em minha experiência acumulada ao longo de tantos anos no programa de tuberculose. Fui levada a refletir não apenas sobre o tratamento da tuberculose, mas sobre as múltiplas etapas que o paciente percorre, desde o diagnóstico até a cura. Esse percurso inclui desafios relacionados ao preconceito, às questões sociais como o desemprego, até a satisfação final do tratamento bem sucedido. Esses fatores me levaram a considerar a importância de uma escuta mais atenta dos pacientes e dos profissionais envolvidos no tratamento da tuberculose. Foi esse insight que me motivou a ingressar no Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, onde hoje entendo com muita clareza a relevância científica e social de realizar uma pesquisa com enfoque nas ciências sociais aplicadas à saúde

Caso decida participar você será convidado (a) a responder 01 questionário com a finalidade de avaliar o acesso de tratamento de tuberculose no ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana. O tempo estimado para responder essa pesquisa é de aproximadamente 30 minutos. Essa pesquisa envolve gravação de voz, então, você será solicitado a assinar um formulário específico para autorizar essa gravação. As gravações serão usadas exclusivamente para essa pesquisa.

_____ (rubrica do Participante/ Responsável legal) _____ (rubrica do Pesquisador)

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais riscos como: risco emocional (relato da doença), risco psicológico (ansiedade), risco moral (estigma), risco social (discriminação). Para minimizá-los tomaremos todas as medidas possíveis e necessárias, como: interromper a entrevista e orientá-los que o mesmo contribuirá para a implementação das políticas públicas em relação ao acesso ao tratamento da tuberculose droga resistente.

Como benefícios da pesquisa você contribuirá para ter um conhecimento real do acesso dos pacientes em tratamento de TBDR ao Ambulatório de Tisiologia, contribuindo assim para o aprimoramento das práticas de saúde pública, oferecendo recomendações que possam otimizar o atendimento aos pacientes com tuberculose droga resistente e fortalecer o controle da tuberculose no estado do Ceará.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Sheila Maria Santiago Borges, Avenida Almirante Barroso, 600 , e-mail: sheila.santiago@saude.ce.gov.br e telefone (85) 99921-9069.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pela pesquisadora e reembolsado para você.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CEP-HM) – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – no telefone (85) 3247-3342, e-mail: cep.hm@hm.ce.gov.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda, quarta, quinta e sexta-feira, das 08h00min às 14h00min e na terça-feira das 12h00min às 18h00min, na Av. Frei Cirilo, 3480, Bairro Messejana, Fortaleza-CE, CEP: 60.846-285.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Sheila Maria Santiago Borges.

_____ (rubrica do Participante/ Responsável legal) _____ (rubrica do Pesquisador)

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa”** e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura do Participante

Impressão Datiloscópia do Participante

Declaração da pesquisadora responsável

Como pesquisadora responsável pelo estudo **“Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa”**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde– CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Fortaleza, _____ de _____ de 2025

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA (RES. 510/2016-CNS)



Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa**” que tem como pesquisadora responsável **Sheila Maria Santiago Borges**.

Esta pesquisa pretende Avaliar o acesso dos pacientes notificados com Tuberculose Droga Resistente (TBDR) no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

O motivo que nos leva a fazer este estudo justifica-se com base em minha experiência acumulada ao longo de tantos anos no programa de tuberculose. Fui levada a refletir não apenas sobre o tratamento da tuberculose, mas sobre as múltiplas etapas que o paciente percorre, desde o diagnóstico até a cura. Esse percurso inclui desafios relacionados ao preconceito, às questões sociais como o desemprego, até a satisfação final do tratamento bem sucedido. Esses fatores me levaram a considerar a importância de uma escuta mais atenta dos pacientes e dos profissionais envolvidos no tratamento da tuberculose. Foi esse insight que me motivou a ingressar no Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, onde hoje entendo com muita clareza a relevância científica e social de realizar uma pesquisa com enfoque nas ciências sociais aplicadas à saúde

Caso decida participar você será convidado (a) a responder 01 questionário com a finalidade de avaliar o acesso de tratamento de tuberculose no ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana. O tempo estimado para responder essa pesquisa é de aproximadamente 30 minutos. Essa pesquisa envolve gravação de voz, então, você será solicitado a assinar um formulário específico para autorizar essa gravação. As gravações serão usadas exclusivamente para essa pesquisa.

_____ (rubrica do Participante/ Responsável legal) _____ (rubrica do Pesquisador)

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer possíveis riscos como: risco emocional (relato do tratamento), risco moral (exposição do ambulatório), risco psicológico (estresse).

Para minimizá-los tomaremos todas as medidas possíveis e necessárias como: interromper a entrevista e orientá-los que o mesmo trará benefícios para implementação das políticas públicas em relação ao acesso ao tratamento da tuberculose, por meio da qualificação dos profissionais envolvidos e da melhoria das práticas de gestão.

Como benefícios da pesquisa você contribuirá para ter um conhecimento real do acesso dos pacientes em tratamento de TBDR ao Ambulatório de Tisiologia, contribuindo assim para o aprimoramento das práticas de saúde pública, oferecendo recomendações que possam otimizar o atendimento aos pacientes com tuberculose droga resistente e fortalecer o controle da tuberculose no estado do Ceará.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Sheila Maria Santiago Borges, Avenida Almirante Barroso, 600 , e-mail: sheila.santiago@saude.ce.gov.br e telefone (85) 99921-9069.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisadora responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pela pesquisadora e reembolsado para você.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CEP-HM) – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – no telefone (85) 3247-3342, e-mail: cep.hm@hm.ce.gov.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda, quarta, quinta e sexta-feira, das 08h00min às 14h00min e na terça-feira das 12h00min às 18h00min, na Av. Frei Cirilo, 3480, Bairro Messejana, Fortaleza-CE, CEP: 60.846-285.

_____(rubrica do Participante/ Responsável legal)_____ (rubrica do Pesquisador)

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável Sheila Maria Santiago Borges.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa **“Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa”** e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura do Participante

Declaração da pesquisadora responsável

Como pesquisadora responsável pelo estudo **“Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa”**, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde– CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Fortaleza, _____ de _____ de 2025

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ E/OU REGISTRO DE IMAGENS (FOTO E/ OU VÍDEOS)



Este é um convite para você participar da pesquisa: "Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa", que tem como responsável a pesquisadora Sheila Maria Santiago Borges. Esta pesquisa pretende Avaliar o acesso dos pacientes notificados com Tuberculose Droga Resistente (TBDR) no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. O motivo que nos leva a fazer este estudo é para contribuir com o aprimoramento das práticas de saúde pública, oferecendo recomendações que possam aperfeiçoar o atendimento aos pacientes com tuberculose droga resistente e fortalecer o controle da tuberculose no estado do Ceará. Gostaríamos de solicitar sua autorização para efetuar a gravação de voz e/ou o registro de fotos e/ou vídeos, concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada com os seguintes direitos:

1. Ter acesso às fotos e/ou vídeos e/ou gravações e transcrição dos áudios;
2. Ter a garantia que as fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletados serão usadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos;
3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas, utilizando mecanismos para este fim (tarjas, distorção das imagens, distorção da voz, entre outros);
4. Ter as fotos e/ou vídeos e/ou áudios obtidos de forma a resguardar a privacidade e minimizar constrangimentos;
5. Ter a liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse das fotos e/ou vídeos.

Você não é obrigado a permitir o uso das suas fotos e/ou vídeos e/ou áudios, porém, caso aceite, será de forma gratuita mesmo que imagens sejam utilizadas em publicações de livros, revistas ou outros documentos científicos.

As fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletados serão realizadas durante a entrevista e utilizado o celular da pesquisadora. Estima-se que a entrevista dure aproximadamente 30 minutos de gravação e no máximo 02 fotos.

Consentimento de Autorização de Uso de Imagens (fotos e/ou vídeos)

Após ter sido esclarecido sobre as condições para a minha participação no estudo, eu,
_____ autorizo o uso de
:

- ☐ Minhas imagens (fotos e/ou vídeos)
- ☐ Minha Voz
- ☐ Minhas imagens (fotos e/ou vídeos) e minha voz

Fortaleza, _____ de _____ de 2025

Assinatura do Participante da Pesquisa

Impressão datiloscópica do participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE D - TERMO DE ANUÊNCIA/CONSENTIMENTO



CARTA DE ANUÊNCIA/CONSENTIMENTO

Esta é uma solicitação para a realização da pesquisa intitulada "**Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa**", a ser realizado no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, pela pesquisadora "**Sheila Maria Santiago Borges**" que utilizará a seguinte metodologia: trata-se de um estudo observacional, com abordagem qualitativa, realizado através de um roteiro de entrevista com questionário semiestruturado que será aplicado a pacientes e profissionais do Ambulatório de Tisiologia do Hospital Dr. Carlos Albert Studart. A amostra envolve pacientes em tratamento no ano de 2024 e profissionais de saúde que trabalham no ambulatório. As entrevistas serão gravadas e analisadas por meio de análise de conteúdo com categorização temática, estruturada nos seguintes eixos temáticos: (1) Percurso de acesso; (2) Percepção dos pacientes; (3) Percepção dos profissionais de saúde; (4) Barreiras de acesso; (5) Adesão de tratamento e impacto na vida dos pacientes; (6) Satisfação e Recomendações.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com as Resoluções nº466/2012 ou 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo.

Destacamos que de acordo com a Resolução nº580/2018 no Art.5º do CAPÍTULO II (Dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos em instituições do SUS), os procedimentos da pesquisa **NÃO IRÃO INTERFERIR** na rotina dos serviços de assistência à saúde bem como nas atividades profissionais dos trabalhadores.

Assim sendo, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de prontuários, sistemas informatizados e arquivos, pela pesquisadora responsável **Sheila Maria Santiago Borges**.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo de acordo com as Resoluções nº466/2012 ou 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Serão tomadas também as seguintes precauções para que não haja danos aos documentos:

- As informações coletadas serão utilizadas, exclusivamente, para o propósito da pesquisa;
- As informações coletadas serão armazenadas em local com acesso exclusivo à equipe do estudo;
- O manuseio das informações será realizado de acordo com as leis de proteção aplicáveis, os dados obtidos serão, portanto, tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologias desta



pesquisa, concordo em autorizar a realização da mesma nesta que represento o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, localizado a Avenida Frei Cirilo, 3480 - Messejana CEP: 60840-285 Fortaleza Ceará, Telefone: 85 3101 4076.

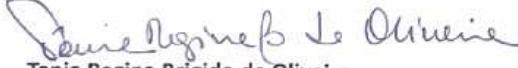
Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição participante do presente projeto de pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para realização das etapas supracitadas.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções nº466/2012 e 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Fortaleza, 18 de fevereiro de 2025


Sheila Maria Santiago Borges
Investigador Responsável


Tania Regina Brigido de Oliveira

Médica – Ambulatório de Tisiologia do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HM

Dra. Tania R. Brigido de Oliveira
Pneumologista
CREMEC 2563 - RQE 4631

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO INÍCIO DA PESQUISA



Eu, Sheila Maria Santiago Borges, CPF: **134.212.203-87**, pesquisadora responsável da pesquisa intitulada **“Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa”**, declaro que a coleta de dados não foi iniciada, e somente ocorrerá após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Fortaleza, **19 de fevereiro de 2025**

Sheila Maria Santiago Borges
Investigador Responsável

APÊNDICE F - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO



Fortaleza, 22 de janeiro de 2025.

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Esta é uma solicitação de autorização para uso de documentos institucionais na pesquisa intitulada: **acesso ao tratamento da tuberculose droga resistente no ambulatório de tisiologia do ceará: uma análise avaliativa**, a ser realizada no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, pelo pesquisador **Sheila Maria Santiago Borges** que tem o objetivo **Avaliar o acesso dos pacientes notificados com Tuberculose Droga Resistente (TBDR) no Ambulatório de Tisiologia do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.**

Assim sendo, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de prontuários, sistemas informatizados e arquivos, pelo pesquisador responsável e sua equipe **Sheila Maria Santiago Borges e CHRISTIANA MARIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA**

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo de acordo com as Resoluções nº466/2012 ou 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e utilizados tão somente para realização deste estudo.

Serão tomadas também as seguintes precauções para que não haja danos aos documentos: os pesquisadores envolvidos comprometem-se em ainda, salvaguardar os dados pessoais dos pacientes envolvidos, mantendo assim o sigilo de dados de identificação. Conforme determina a Conferência Internacional de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP). As informações coletadas serão utilizadas, exclusivamente, para o propósito da pesquisa; e serão armazenadas na Unidade de Pesquisa Clínica com acesso exclusivo à equipe do estudo e os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

A instituição ficará com uma via deste documento, elaborado em duas vias, e toda dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao Pesquisador responsável (**CHRISTIANA MARIA DE OLIVEIRA NOGUEIRA**, pelo telefone celular (085) ou pelo e-mail: **(Inserir e-mail)**)

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (CEP-HM).

Sheila Maria Santiago Borges
Pesquisador Principal



Documento assinado digitalmente

SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES

Cadastrado em 24/03/2024 09:31:32 -0000

Verifique em <https://validar.dfe.gov.br>

APÊNDICE G - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Mediante este termo eu, **Sheila Maria Santiago Borges** pesquisadora responsável, e meu orientador Prof. Dr. Ruy de Deus e Mello Neto, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os dados coletados no Ambulatório de Tisiologia do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – HM, os quais serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "**Acesso ao tratamento da Tuberculose Droga Resistente no Ambulatório de Tisiologia do Ceará: uma análise avaliativa**", durante e após a conclusão da mesma.

Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão e serão guardados por um período mínimo de 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa.

Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição

Fortaleza, 24 de fevereiro de 2025

Sheila Maria Santiago Borges
CPF: 134.212.203-87
Pesquisadora Responsável

Christiana Maria de Oliveira Nogueira
CPF: 221.111.823-20
Pesquisadora Responsável vinculado ao Hospital de
Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

**APÊNDICE H - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM OS PACIENTES
DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA DO HOSPITAL CARLOS ALBERTO
STUDART**

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nº Questionário: _____

Data da realização da entrevista: _____

2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

2.1 Idade: _____

2.2 Qual sua identidade de gênero:

1. Feminino ()
2. Masculino ()
3. Outro ()
4. Prefiro não responder ()

2.3 Cor/Raça- Como você se identifica?

1. Branca ()
2. Preta ()
3. Parda ()
4. Amarela ()
5. Indígena ()
6. Outra: _____

2.4 Até que série você estudou/ escolaridade?

1. Analfabeto ()
2. Fundamental incompleto ()
3. Fundamental completo ()
4. Médio incompleto ()
5. Médio completo ()
6. Superior incompleto ()
7. Superior completo ()

2.5 Qual sua Ocupação atual?

1. Desempregado ()
2. Empregado ()
3. Autônomo ()
4. Do lar ()
5. Estudante ()
6. Aposentado ()
7. Outro: _____

2.6 Renda familiar mensal:

1. Sem Renda ()
2. Menos de um salário-mínimo ()
3. Um a Dois salário-mínimo ()

- 4. Três a Quatro salários-mínimos ()
- 5. Cinco salários-mínimos ()
- 6. Mais de cinco salários-mínimos ()

2.7 Estado civil:

- 1. Solteiro (a) ()
- 2. Casado (a) ()
- 3. União estável ()
- 4. Separado/divorciado (a) ()
- 5. Viúvo (a) ()
- 6. Não respondeu ()

2.8 Mora com quem?

- 1. Sozinho ()
- 2. Familiares ()
- 3. Abrigo ()
- 4. Na rua ()
- 3. Outros () _____

2.9 Local de residência (procedência)

Fortaleza ()
Outra cidade () _____

3. ACESSO DO PACIENTE DE TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE NO AMBULATÓRIO:**3.1 PERCURSO DE ACESSO:**

3.1.1 Qual foi o ponto de início até a chegada no Ambulatório de Tisiologia? (Exemplo: unidade de saúde, hospital, emergência, procurou aqui diretamente, etc.) _____

3.1.2 Como foi o encaminhamento para este ambulatório? Quem fez o encaminhamento? _____

3.1.3 Quanto tempo do diagnóstico até o início do tratamento no ambulatório?

- 1. 1 semana ()
- 2. 2 a 3 semanas ()
- 3. 1 mês ()
- 4. 2 a 3 meses ()
- 5. Mais de 3 meses ()
- 6. Não lembra ()

3.1.4 Já havia feito tratamento anterior da TB?

- 1. Sim ()
- 2. Não ()
- 3. Não lembra ()

Se sim, lembra quantas vezes:

- 1. Uma vez ()

2. Duas vezes ()
3. Três vezes ()
4. Quatro vezes ()
5. Mais de 5 vezes, quantas? _____

3.2 BARREIRAS DE ACESSO:

- Dificuldades encontradas no transporte, financeiro, disponibilidade de horários.
- Barreiras geográficas: acesso viário, distância do domicílio ao ambulatório.

3.2.1 Você tem enfrentado alguma dificuldade em relação a vinda ao ambulatório para sua consulta?

1. Sim () quais? _____
2. Não ()

3.2.2 Qual transporte você utiliza para chegar ao ambulatório de fisiologia?

1. Caminhando ()
2. Bicicleta ()
3. Ônibus ()
4. Carro ()
5. Outros () _____

3.2.3 Qual a distância aproximada entre sua residência e o ambulatório? _____

3.2.4 Quanto tempo você leva, em média, para chegar ao ambulatório? _____

3.2.5 Como você avalia a facilidade de acesso (viário, consulta ambulatório)? _____

3.3 PERCEPÇÃO DO ATENDIMENTO:

- Avaliação dos serviços: atendimento médico, instalações, horários de funcionamento.

3.3.1 Sentem-se acolhidos e informados adequadamente sobre seu tratamento? _____

3.3.2 Você encontra dificuldades no atendimento?

1. Sim () Em caso positivo, qual a dificuldade? _____
2. Não ()

3.3.3 Qual profissional te dá mais assistência durante o tratamento?

1. Médico (a) ()
2. Enfermeiro (a) ()
3. Assistente Social ()
4. Farmacêutico (a) ()
5. Técnico (a) de enfermagem ()
6. Outro _____

3.3.4 Você se sente confortável e respeitado durante a consulta?

1. Sim ()
2. Não () Explique: _____

3.3.5 Os profissionais demonstram interesse em você como pessoa?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.3.6 Você se sente à vontade para fazer perguntas aos profissionais?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.3.7 As instalações do ambulatório são limpas?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.3.8 As instalações do ambulatório são organizadas?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.3.9 Os horários de atendimento atendem às suas necessidades?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.3.10 Você tem dificuldade em marcar consultas em outros horários?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.3.11 O processo de agendamento de consultas é fácil e rápido?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.3.12 Você consegue marcar a consulta para a data e horários desejados?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

4. ADESÃO AO TRATAMENTO E IMPACTO NA VIDA PESSOAL:

- Conhecimento ou compreensão sobre a necessidade do tratamento de TBDR.

4.1 O que você sabe sobre a TBDR? _____

4.2 Você entende a importância de completar todo o tratamento da TBDR, mesmo que se sinta melhor?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

4.3 O tratamento interfere em atividades como trabalho, estudo ou lazer?

1. Sim () Quais atividades? _____

2. Não ()

4.4 O tratamento afeta as relações com familiares e amigos?

1. Sim () Como? _____

2. Não ()

4.5 O que mais te incomoda em relação ao impacto do tratamento da TBDR na sua vida? _____

4.6 Quais dúvidas você tem sobre o tratamento da TBDR? _____

5. SATISFAÇÃO E RECOMENDAÇÕES:

5.1 Você está satisfeito com o atendimento?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

5.2 O que você mais gosta no atendimento? _____

5.3 Quais melhorias você sugere para facilitar o acesso ou melhorar o serviço? _____

Observação sobre a entrevista:

Quanto tempo durou a entrevista _____

Quais reações e estado emocional do paciente: _____

Foi cooperativo? Sim () Não () _____

**APÊNDICE I - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS COM OS
PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA DO HOSPITAL CARLOS
ALBERTO STUDART**

Nº Questionário: _____

Data da realização da entrevista: _____

1.1 Profissão:

1. Médico ()
2. Enfermeiro ()
3. Assistente Social ()
4. Farmacêutico ()
5. Técnico de Enfermagem ()
6. Outro () _____

1.2 Nível de formação profissional:

1. Nível Médio ()
2. Superior ()
3. Especialização/residência ()
4. Mestrado ()
5. Doutorado ()
6. Pós-doutora ()

2. EXPERIÊNCIA NO AMBULATÓRIO DE TISIOLOGIA

2.1 Há quanto tempo você trabalha no ambulatório de tisiologia?

1. Menos de um ano ()
2. Um a Dois ano ()
3. Três a Cinco anos ()
4. Seis a Dez anos ()
5. Mais de dez anos ()

3. PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

3.1 Qual sua avaliação em relação ao fluxo de entrada dos pacientes? _____

3.2 Há barreiras no processo de encaminhamento ao tratamento (laboratório, exames complementares, etc)?

1. Sim () Quais barreiras? _____
2. Não ()

3.3 Você considera que a demanda atual está sobrecarregando a equipe?

1. Sim () Explique: _____
2. Não ()

3.4 Como você avalia a quantidade de pacientes que chegam diariamente? _____

3.5 A infraestrutura física (consultórios, salas de espera, etc.) é adequada para atender os pacientes?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

3.6 Como você avalia a comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos no processo de atendimento? _____

3.7 Qual a sua percepção sobre a adesão dos pacientes ao tratamento? _____

3.8 Quais os principais motivos que levam os pacientes a interromper o tratamento? _____

3.9 Quais estratégias você utiliza para incentivar a adesão dos pacientes ao tratamento? _____

3.10 Na sua visão, quais são as principais dificuldades vivenciadas pelos pacientes nesse ambulatório de fisiologia _____

3.11 Na condição de profissional, como você avalia o acesso do paciente ao ambulatório? e ao tratamento? _____

4. ADESÃO AO TRATAMENTO E IMPACTO NA VIDA PESSOAL:

4.1 Como os pacientes tem lidado com o tratamento? _____

4.2 Você acha que os pacientes tem dificuldade de seguir as orientações médicas?

1. Sim () Explique: _____

2. Não ()

4.3 Você observa se há impacto do tratamento na rotina pessoal e familiar dos seus pacientes?.

1. Sim () Explique: _____

2. Não ()

4.4 Como os pacientes tem lidado com o tratamento? _____

4.5 Os pacientes tem enfrentando algum efeito colateral?

1. Sim () Explique: _____

2. Não ()

4.6 Os pacientes contam com o apoio de familiares e amigos?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

5. SATISFAÇÃO E RECOMENDAÇÕES:

5.1 Você acha que os pacientes estão satisfeito com o atendimento e os serviços?

1. Sim ()

2. Não () Explique: _____

5.2 Quais melhorias você sugere para facilitar o acesso ou melhorar o serviço? _____

Observação sobre a entrevista:

Quanto tempo durou a entrevista _____

Quais as reações e estado emocional do profissional: _____

Foi cooperativo? Sim () Não () _____

ANEXO A - ACEITAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL DE MESSEJANA/ PLATAFORMA BRASIL

HOSPITAL DE MESSEJANA
DR. CARLOS ALBERTO
STUDART GOMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DROGA RESISTENTE NO AMBULATÓRIO DE TISILOGIA DO CEARÁ: UMA ANÁLISE AVALIATIVA

Pesquisador: SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 86230625.2.0000.5039

Instituição Proponente: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.440.498

Apresentação do Projeto:

O texto aqui acrescentado deverá ter início com a seguinte frase: *AS*

INFORMAÇÕES ELENCADAS NOS CAMPOS *APRESENTAÇÃO DO PROJETO*, *OBJETIVOS DA PESQUISA* E *AValiação DOS RISCOS E BENEFÍCIOS FORAM RETIRADOS DO ARQUIVO INFORMAÇÕES BÁSICAS DA PESQUISA* :

sheilasantiagoborges@gmail.com

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2483524.pdf

Trata-se de um estudo observacional, com abordagem qualitativa, realizado através de um roteiro de entrevista com questionário semiestruturado

Documento	Descrição	Data e Hora	Assinatura	Status
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_FIEL_DEPOSITARIO_SHEILA_SANTIAGO_ASSINADO.pdf	26/01/2025 21:47:00	SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	hm_termo_fiel_depositario_consentimento_Sheila_Santiago.pdf	26/01/2025 21:45:25	SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO_PESQUISA.pdf	26/01/2025 21:42:11	SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Sheila_Santiago_assinado.pdf	26/01/2025 21:37:18	SHEILA MARIA SANTIAGO BORGES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 13 de Março de 2025

Assinado por:
Armênia Uchôa de Mesquita
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480

Bairro: Messejana

CEP: 60.840-285

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3247-3342

E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br