



**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PÚBLICA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES**

LETICIA GABRIELY PEREIRA DA SILVA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM
MUNICÍPIO DA XI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

SERRA TALHADA,

2024

LETICIA GABRIELY PEREIRA DA SILVA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM
MUNICÍPIO DA XI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado a Escola de Governo de
Saúde Pública de Pernambuco, como
parte dos requisitos para obtenção do
título de Sanitarista.

Orientador: Ma. Jozelma Pereira Barros
de Souza

SERRA TALHADA,

2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

S586i Silva, Leticia Gabriely Pereira da.

Itinerário terapêutico de pacientes com tuberculose em um município da XI regional de saúde de Pernambuco/Leticia Gabriely Pereira da Silva. _ Serra Talhada- PE, 2024.
37 fls.: ilus.

Orientador: Ms. Jozelma Pereira Barros de Souza.
Dissertação-TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde Pública da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE)

1. Itinerário Terapêutico. 2. Tuberculose. 3. Atenção à Saúde. 4. Acesso Aos Serviços de Saúde. I. Título

ESPPE / BNC

CDU – 614.4: 615: 616.9: 616-002.5:616.24 (813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

LETICIA GABRIELY PEREIRA DA SILVA

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE EM UM
MUNICÍPIO DA XI REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado a Escola de Governo de Saúde
Pública de Pernambuco, como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Sanitarista

Área de concentração:

Serra Talhada, 06 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Ma. Jozelma Pereira Barros de Souza

Banca:

Banca:

NOTA: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pela educação dada e por todo apoio e dedicação de sempre, sem eles, nada disso seria possível. Todo meu esforço e empenho até aqui é fruto do meu amor por eles.

Ao meu esposo, por me fortalecer durante esse processo e por ser minha fonte de otimismo e meu grande incentivador.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho só foi possível graças a orientação, dedicação, compreensão e paciência da minha orientadora, Ma. Jozelma Pereira Barros de Souza. Obrigada por acreditar que sou capaz.

Aos meus amigos da residência, Kerollayne, Débora, Emerson, Tayane e Taísa por todo apoio e por partilharem comigo esse processo desafiador e exaustivo que é a residência. Com vocês esses dois anos se tornaram mais leves.

A Deus, por ser meu amparo e minha rocha fiel, me sustentando nos momentos difíceis e de dúvidas, obrigada, meu Pai.

RESUMO

Objetivo: Analisar o itinerário terapêutico dos pacientes diagnosticados e tratados com tuberculose no município de Serra Talhada-PE. **Métodos:** Pesquisa de campo, descritiva e quanti-qualitativa. Dados obtidos através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre e 2021 e 2022 e por meio de entrevistas utilizando a hermenêutica-dialética de Minayo. **Resultados:** 16 participantes foram entrevistados, todos apresentaram sinais e sintomas clássicos da doença, destacando-se a tosse e a perda de peso como sintomas de alerta. 06 entrevistados levaram entre um a três meses para percepção do adoecimento e a busca pelo primeiro serviço de saúde. A porta de entrada foi a Unidade Básica de Saúde, o diagnóstico aconteceu por meio da baciloscopia e posteriormente o paciente foi encaminhado ao centro de referência do município. Metade da amostra estudada passou por três a quatro estabelecimentos de saúde até conseguir o diagnóstico. Durante o tratamento 13 participantes não receberam Tratamento Diretamente Observado ou visitas de profissionais da saúde. Em contrapartida quando questionados em relação a peregrinação durante o adoecimento e o acesso aos serviços de saúde, a maioria dos pacientes classificou como bom. **Conclusão:** Pode-se constatar fragilidades e atrasos no diagnóstico e tratamento dos pacientes com tuberculose no município estudado. Estas falhas são evidenciadas no itinerário terapêutico, quando os indivíduos precisaram percorrer vários caminhos em busca de solucionar o seu problema. Destarte, o cuidado preventivo e curativo da tuberculose deve ser holístico e efetivo dentro da Rede de Atenção a Saúde, desta forma faz-se necessário fortalecer a atenção primária para realizar captação oportuna dos pacientes e o acompanhamento durante todo o período de tratamento.

Palavras-chave: itinerário terapêutico; tuberculose; atenção à saúde; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the therapeutic itinerary of patients diagnosed and treated with tuberculosis in the municipality of Serra Talhada-PE. **Methods:** Field research, descriptive and quantitative-qualitative. Data obtained through the Notifiable Diseases Information System between 2021 and 2022. Semi-structured interviews were carried out using Minayo's hermeneutics-dialectics. **Results:** Most participants showed classic signs and symptoms of the disease, with coughing and weight loss standing out as warning symptoms. The majority took between 01 and 03 months to realize they had become ill and seek the first health service. The entry point was the Basic Health Unit, the diagnosis was made through smear microscopy and the patient was subsequently referred to the reference center. Half of the sample studied went to three to four health establishments before achieving a diagnosis. During treatment, most did not receive Directly Observed Treatment or visits from health professionals. In contrast to the pilgrimage during illness and the difficulty in accessing services, the majority classified the interaction with health services as good. **Conclusion:** There was difficulty in accessing diagnosis and treatment in the therapeutic itinerary and there was a weakness in capturing symptomatic patients by Primary Health Care and the absence of professionals helping with treatment. Therefore, it is necessary for the Health Care Network to understand the vulnerabilities included in the illness process and in the search for health care, as well as strengthening the network in the approach, diagnosis and treatment of tuberculosis.

Keywords: tuberculosis; health care; access to health services.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. PERCURSO METODOLÓGICO	13
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	15
4. CONCLUSÃO	30
5. REFERÊNCIAS	31
6. APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO UTILIZADO NA ENTREVISTA	35

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis* (Souza *et al*, 2019). Configura-se como um grave e persistente problema de saúde pública, humanitário e econômico, de expressiva magnitude global, alta prevalência e elevadas taxas de morbimortalidade em diversos países, inclusive no Brasil. Está intimamente relacionada às questões socioeconômicas da população e as especificidades dos indivíduos acometidos (Cecilio, Teston, Marcon, 2017; Meirelles, Palha, 2019).

Até meados de 2019 a TB ocupava o primeiro lugar como doença de único agente infeccioso de maior letalidade, sendo ultrapassada apenas pela COVID-19 em 2020. De acordo com boletins epidemiológicos publicados pelo MS, a nível global, no ano de 2020 cerca de 9,9 milhões de pessoas foram acometidas pela TB, o que acarretou em 1,3 milhão de óbitos (Brasil, 2022a).

No cenário estadual, segundo dados do DATASUS, no ano de 2022 Pernambuco registrou 7.056 notificações de novos casos da doença, ocupando o primeiro lugar entre os demais estados do Nordeste com maior coeficiente de incidência TB. O município de Serra Talhada localizado no sertão do estado e pertencente a XI Região de Saúde notificou em 2022 cerca de 35 novos casos da doença e em 2021 foram 23 casos, totalizando 58 pessoas acometidas pela TB (Brasil, 2022b).

Diante do quadro epidemiológico da TB no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1999 o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que tem como objetivos, traçar estratégias de prevenção e controle e elencar ações informativas, preventivas e assistenciais, dentre elas: imunização, identificação de sintomas respiratórios, oferta da cultura de escarro, testagem para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Além das orientações relacionadas a terapêutica medicamentosa, enfatizando o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que visa uma maior adesão do paciente ao tratamento e a redução da mortalidade da doença (Junges; Burille; Tedesco; 2020).

A TB tem alto índice de cura, principalmente quando o tratamento é iniciado rapidamente, na dosagem correta e por tempo específico, determinando a eficácia terapêutica e um desfecho positivo. O tratamento da TB é fornecido no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo território nacional, de forma gratuita e integral, visando reduzir a letalidade da doença ao

realizar o diagnóstico precoce e o tratamento em tempo oportuno e de forma efetiva. (Barros, 2020).

Em 2016 os pesquisadores Clementino *et al* (2016) afirmam que as ações assistenciais prestadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da TB, demonstram que a atual estratégia abordada na promoção do acesso aos serviços à saúde não se consolidaram como um aspecto favorável para o rastreamento e diagnóstico da doença nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois devem ser considerados os obstáculos enfrentados na integração das ações no controle da TB nas perspectivas econômicas, organizacionais e geográficas.

Conforme Terra *et al* (2022) quando a interação com o primeiro contato do paciente no serviço de saúde não ocorre de maneira positiva, isso leva a uma fragilização do vínculo profissional-paciente e poderá interferir diretamente no seu diagnóstico e tratamento. Com o intuito de atuar no fortalecimento desse vínculo e a adesão aos cuidados necessários durante o tratamento da TB é fundamental levar em consideração as características e o perfil da comunidade em que o paciente está inserido, a situação epidemiológica da doença e os aspectos determinantes na interação do adoecimento.

Consoante a isso, se reafirma a importância do processo de descentralização das ações em saúde, como uma ferramenta decisiva e complexa que envolve aspectos político-gerenciais, de educação permanente em saúde, intersetorialidade e de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) estruturada e coordenada para orientar o usuário nos mais diferentes níveis de assistência (Clementino *et al*, 2016). A TB está diretamente relacionada aos determinantes sociais na qual o indivíduo e a comunidade estão inseridos e as suas respectivas condições de vida, que influenciam na trajetória da busca pelo cuidado, no modo de enfrentar e entender o adoecimento, no diagnóstico e tratamento, denominado de Itinerário Terapêutico (IT) (Barros, 2020).

Moreiras, Bosi e Soares (2016, p. 224) definem IT como “formas de recuperar os caminhos percorridos no enfrentamento de alguma condição de saúde particular”, e consideram que através dele é possível observar a pluralidade de saberes, vivências e práticas no cuidado em saúde. Além da singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural do indivíduo e da comunidade em que está inserido, trazendo consigo a reafirmação quanto aos seus direitos, princípio e diretrizes do SUS.

Desse modo, o problema sanitário em que se encontra a TB, reflete as fragilidades da rede durante o acompanhamento, monitoramento e a continuidade do cuidado e da atenção à saúde. A articulação entre os níveis de atenção em que esse paciente precisará percorrer durante

seu tratamento e a prestação um serviço eficaz a pessoa com TB é fundamental para que tenha haja adesão ao tratamento, controle da doença e a cura (Ferreira *et al.*, 2022).

Faz-se necessário conhecer como se estruturam e se interligam as RAS neste município no combate a TB, como ocorrem a construção dos IT nesse território, levando em consideração suas vulnerabilidades, crenças e costumes e assim compreender os impactos e a relação com a manutenção da doença na sociedade. O objetivo desta pesquisa é analisar o itinerário terapêutico dos pacientes que foram diagnosticados com tuberculose e que concluíram seus tratamentos no município de Serra Talhada, localizada na XI gerência regional de saúde de Pernambuco.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo que seguiu estratégias diferentes para obtenção dos dados, uma pesquisa de campo, descritiva, de abordagem quanti-qualitativa e uma pesquisa documental retrospectiva e quantitativa. Com finalidade de conhecer o itinerário terapêutico de pacientes com tuberculose no município de Serra Talhada, suas características locais, processos sociais e crenças, dispoendo para esse fim a etapa qualitativa e para as vertentes sociodemográficas, clínicas e o perfil dos pacientes entrevistados foi utilizado a etapa quantitativa.

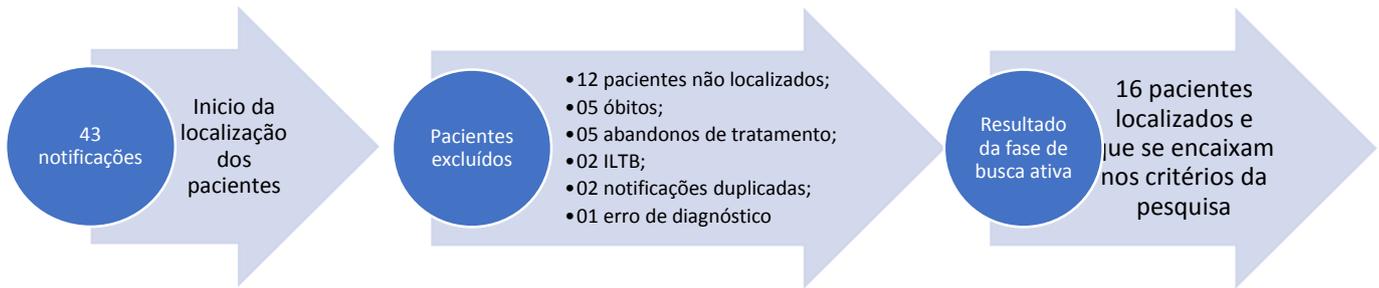
O estudo foi desenvolvido no município de Serra Talhada, pertencente a XI Região de saúde de Pernambuco. A amostra da pesquisa foi determinada através da coleta de dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINANNET), incluindo-se todos os pacientes que foram diagnosticados com TB entre os anos de 2021 e 2022, concluíram o tratamento e receberam alta médica, possuem acima de 18 anos e residem na cidade de Serra Talhada.

O processo de levantamento de dados desta pesquisa aconteceu em duas etapas: a primeira etapa foi denominada de pré busca ativa e a segunda etapa de busca ativa. A etapa pré busca ativa iniciou-se com a coleta das notificações de TB no SINAN, resultando em 43 notificações que se encaixavam nos critérios de inclusão da pesquisa, sendo elegíveis para iniciar a fase da busca ativa.

Na etapa de buscas ativas, a pesquisadora foi a campo para localizar e entrevistar os 43 pacientes notificados, esta atividade aconteceu através de uma mediação feita entre a pesquisadora e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) com o prévio consentimento e assinatura do TCLE do mesmo, com o intuito de transmitir ao participante confiança e credibilidade na realização da pesquisa, visto que, muitos desconhecem a existência do programa de residência multiprofissional na região e essa articulação com o ACS do seu território contribuirá para que a entrevista se suceda em um bom ambiente.

Ao iniciar as buscas ativas, 27 das 43 notificações foram excluídas da pesquisa, a saber: 12 pacientes não foram encontrados, pois não se encontravam no endereço da notificação, impossibilitando sua localização; 05 foram a óbito, destes óbitos, 03 foram em decorrência da TB; 05 abandonaram o tratamento; 02 foram notificados com Infecção Latente da Tuberculose (ILT); 02 foram notificados com duplicidade; e 01 houve erro de diagnóstico, como ilustra o fluxograma 01. Restando então um total de 16 pacientes, que se encaixaram nos critérios de elegibilidade e que aceitaram participar da pesquisa.

Fluxograma 01. Fluxograma da análise e tratativa de dados.



Fonte: Elaboração da autora, a partir das respostas obtidas pelo questionário aplicado.

Após identificação dos participantes, foram realizadas entrevistas individualizadas com perguntas previamente semiestruturadas e através de um questionário (Apêndice A), com finalidade de analisar as variáveis clínicas, sociodemográficas, epidemiológicas e o processo saúde-doença. Para análise dos dados quantitativos, foi utilizado o Microsoft Excel para criação de gráficos e estratificação dos dados obtidos, facilitando a mensurar e explorar o perfil dos entrevistados e suas características sociodemográficas. As entrevistas foram registradas através da gravação de áudio após expressa autorização do participante e transcritas na íntegra para realização da análise qualitativa dos depoimentos, que foram conduzidas pela hermenêutica-dialética de Minayo.

A análise qualitativa das entrevistas teve como finalidade entender as nuances, singularidades e complexidades em que se dá o processo saúde-doença, bem como o IT dos pacientes entrevistados, que constituem uma teia de saberes, significados e percepções, os discursos dos participantes serão nomeados como P1, P2, P3..., preservando assim a identidade e o sigilo da pesquisa.

Esta pesquisa encontra-se em consonância com as normas da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional por se referir a uma pesquisa que envolve seres humanos, a resolução nº 510/2016 por obter dados e informações diretamente dos participantes e a resolução nº 580/2018 que trata de uma pesquisa que adota as especificidades éticas de interesse para o Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) e aprovado com CAAE: 69566023.8.0000.5197 e parecer: 6.071.723.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para traçar o perfil epidemiológico (gênero, cor, faixa etária e estado civil) foi utilizado dados correspondentes as notificações do SINAN conforme estratificação da tabela 01. Ao analisar os resultados, observou-se que 13 entrevistados são do gênero masculino e 03 do sexo feminino. 03 pessoas se autodeclararam como brancas e 13 como pardos. 05 participantes têm entre 40 e 49 anos, sendo está a faixa a mais atingida e 02 têm entre 30 a 39 anos. Quanto ao estado civil, 07 entrevistados são casados(as) ou estão em união estável e 06 são solteiros.

Tabela 01. N% das entrevistas em relação as variáveis epidemiológicas.

Variáveis	Amostra= 16	Nº Absoluto	%
Gênero			
Masculino		13	81%
Feminino		3	19%
Cor autodeclarada			
Pardos (as)		13	81%
Branco(s)		3	19%
Faixa etária			
18-29 anos		02	12%
30-39 anos		02	13%
40-49 anos		05	31%
50-59 anos		04	25%
60 anos ou mais		03	19%
Estado Civil			
Solteiro(a)		06	38%
Casado(a) ou união estável		07	44%
Divorciado(a)		02	12%
Viúvo(a)		01	6%

Fonte: Elaboração da autora, a partir das respostas obtidas pelo questionário aplicado.

Estes dados se assemelham aos encontrados por Silva, Chaves e Júnior (2022) ao traçar o perfil epidemiológico da tuberculose no Estado de Pernambuco, nos anos de 2010 a 2019, e por Santos *et al* (2021), que abordaram os aspectos epidemiológicos da TB no Sertão de Pernambuco entre os anos de 2001 a 2019 na Macrorregião de Saúde do Vale do São Francisco e Araripe e na Macrorregião de Saúde do Sertão de Pernambuco. Dentre as cidades da Macrorregião de Saúde do Sertão, estar Serra Talhada, município no qual o presente trabalho foi desenvolvido.

Ambos autores trazem nas suas pesquisas o sexo masculino e a faixa etária dos 20 aos 59 anos como o mais acometido pela doença no Estado de Pernambuco, o que também se assemelha aos achados encontrados neste trabalho. No cenário nacional, Macêdo *et al* (2022) mapeia o perfil epidemiológico na TB no Brasil em 2021, utilizando para isso os dados obtidos no SINAN, e assim como os dados obtidos nesta pesquisa em questão, o gênero mais acometido

pela TB foi o masculino, nas faixas etárias entre 20 a 39 anos, seguido da faixa etária de 40 a 59 anos.

Segundo Santos *et al* (2021) esses achados estão relacionados com fatores socioeconômicos advindos da exposição desses indivíduos a ambientes com maior circulação de pessoas e, conseqüentemente, maior risco de disseminação e contaminação da doença, visto que, essa é uma faixa etária economicamente ativa.

Dentre as variáveis sociodemográficas estão a escolaridade, onde 12 participantes não concluíram o ensino médio. Situação de moradia, no qual 09 pessoas responderam que vivem em residência própria. A quantidade de cômodos da residência, em que 09 moram em uma casa com 05 a 06 cômodos, incluindo o banheiro, além de 11 entrevistados relatarem que compartilham a residência com 2 a 4 pessoas, como demonstra a tabela 02.

Tabela 02. Estratificação das entrevistas em relação à variável sociodemográfica: escolaridade

Variáveis	Amostra=16	Nº Absoluto	%
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto		06	37%
Ensino Fundamental Completo		03	19%
Ensino Médio Incompleto		03	19%
Ensino Médio Completo		04	25%
Situação de moradia			
Casa alugada		07	44%
Casa própria		09	56%
Quantidade de cômodos da casa			
03 a 04 Cômodos		02	13%
05 a 06 Cômodos		09	56%
07 ou mais cômodos		05	31%
Quantidade de pessoas que residem na casa			
02 a 04 pessoas		11	69%
05 a 07 pessoas		05	31%

Fonte: Elaboração da autora, a partir das respostas obtidas pelo questionário aplicado.

Os achados sobre a escolaridade se assemelham à pesquisa de Lira *et al* (2021), que teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico da TB através das notificações (SINAN), no período de 2009 a 2019 no estado de Pernambuco e com Souza *et al* (2022) que também identificaram o perfil epidemiológico em Pernambuco entre 2011 a 2020. Segundo os autores supracitados o baixo nível de escolaridade contribui com o aumento exponencial da tuberculose e da maior vulnerabilidade de exposição, bem como a outras doenças endêmicas, desemprego e desinformação, comprometendo o acesso aos serviços de saúde, dificultando o enfrentamento do diagnóstico e adesão ao tratamento, seja pela falta de informação, autocuidado e corresponsabilidade da sua condição de saúde.

Conforme Silva *et al* (2019) o alto fluxo de pessoas na mesma residência ou no mesmo local e em contato com indivíduos doentes, podem potencializar a capacidade de propagação e

transmissão do bacilo da TB por via inalatória. A relação de proximidade, bem como o compartilhamento de espaços em comum, como quartos e banheiros, ou convivência e permanência em ambientes fechados e de ventilação natural prejudicada, maximiza e facilita a probabilidade de transmissão da doença.

No que tange a renda familiar, 11 entrevistados recebem entre 02 e 03 salários mínimos e 05 recebem 01 salário mínimo ou menos. 06 participantes revelam que recebem benefícios governamentais, 04 recebem o Bolsa Família e 02 recebem o Benefício de Prestação Continuada. Nenhum dos participantes recebeu auxílio governamental durante o adoecimento para manutenção da renda familiar.

Sobre a ocupação no período do adoecimento, 10 participantes afirmaram que estavam envolvidos em atividades laborais, de maneira formal ou informal, ou estudando no momento do adoecimento, e desses 10, 07 tiveram que se afastar ou suspender as atividades por um período igual ou superior a 15 dias, em decorrência dos sintomas apresentados. A existência prévia de comorbidades foi identificada em 07 participantes, a saber: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica e infecções ósseas (artrite e osteoartrite), como está apresentadas na tabela 03.

Tabela 03. N% dos entrevistados em relação em relação à variável sociodemográfica: renda familiar, ocupação, interrupção da rotina cotidiana e doenças e agravos pré-existente/existentes.

Variáveis	Amostra=16	' Absoluto	%
Renda Familiar			
01 salário mínimo ou menos		05	31%
Entre 02 e 03 salários mínimos		11	69%
Recebe algum auxílio governamental			
Sim		06	37%
Não		10	63%
Trabalhava ou estudava no período de adoecimento			
Sim		10	62%
Não		06	38%
Interrupção da rotina cotidiana no período de adoecimento			
Sim		07	70%
Não*		02	30%
Comorbidades pré-existentes ou existentes			
Sim		07	44%
Não		09	56%

*Levando em consideração apenas os participantes que trabalhavam ou estudavam no período do adoecimento.

Fonte: Elaboração da autora, a partir das respostas obtidas pelo questionário aplicado.

A impossibilidade laboral e de realizar atividades cotidianas relatadas pelos entrevistados impacta diretamente na procura por auxílio médico e reconhecimento do adoecimento por parte desses indivíduos, principalmente por que a maioria dos participantes é

do sexo masculino e que por diversas vezes são eles que ficam responsáveis pela renda dos seus lares. Tal achado traz consigo a necessidade de atenção e intervenção dos órgãos governamentais e da assistência social, que através de políticas públicas possam auxiliar na manutenção da renda e assim contribuir para a continuidade do tratamento e adesão terapêutica, melhorando os indicadores da doença e otimizando a cura da TB nessa população.

Em concordância com Guidoni *et al* (2021) que aborda os custos catastróficos e sequelas sociais decorrentes do diagnóstico e tratamento da TB no Brasil, traz a perda ou alteração de renda do participante como fator determinante para o empobrecimento do domicílio, causando um impacto social significativo no indivíduo e na sua família. A intervenção das entidades governamentais nesse processo de adoecimento faz-se necessário para reduzir os impactos desfavoráveis que a doença reflete na vida desses indivíduos.

Sobre a associação entre patologias em um indivíduo, Silva *et al* (2018) traz em seu trabalho que o risco de uma pessoa com DM desenvolve ao progredir de TB latente para ativa é cerca de 2,44 a 8,33 vezes maior do que em pessoas sem essa associação, devido ao fato da TB se desenvolver com maior frequência em pacientes com baixo controle glicêmico e a dependência a insulina ser considerada um fator de risco nessa população.

Sobre as variáveis clínicas discutidas, predominantemente todos os pacientes foram classificados como caso novo. A forma pulmonar desenvolveu-se em 14 pessoas e a extrapulmonar em 02, sendo ela do tipo óssea e meningoencefálica. Os exames utilizados na confirmação diagnóstico foram: baciloscopia, realizada por 12 pacientes, cultura de escarro feita pelos 16 os pacientes, testagem anti-HIV feita por todos os 16 participantes com predominância do resultado negativo, assim como a cultura de escarro. O Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) foi realizado em apenas 01 participantes.

Tabela 04. N% das variáveis clínicas e exames de diagnóstico de acordo com as notificações.

Variáveis	Amostra= 16	Nº Absoluto	%
Tuberculose Pulmonar		14	87%
Tuberculose Extrapulmonar		02	13%
Óssea		01	50%
Meningoencefálica		01	50%
Tipo de caso			
Caso Novo		16	100%
Baciloscopia do escarro (diagnóstico)			
Realizado		12	75%
Não realizado		02	13%
Não se aplica		02	12%
Cultura de escarro			
Negativo		16	100%
Raio-x do tórax (forma pulmonar)			
Realizado		09	56%
Suspeito		07	44%

Normal	02	12%
Não realizado	05	31%
Em branco	02	13%

Fonte: Elaboração da autora, a partir das respostas obtidas pelo questionário aplicado.

Os dados encontrados com relação a forma clínica da TB vão de encontro aos achados dos autores Lira *et al* (2021), que define o perfil epidemiológico da TB em Pernambuco entre os anos 2009 a 2019 e Souza *et al* (2022) que define o perfil de casos da doença em Pernambuco entre 2011 e 2020, ambos pesquisadores destacam a forma pulmonar sendo a que comumente atinge os pacientes.

Teixeira *et al* (2020) explica que a forma pulmonar tem grande transmissibilidade e por isso acomete as pessoas com maior frequência, evidenciando a importância do diagnóstico precoce, avaliação dos contatos e adesão ao tratamento e para o controle da doença e quebra da cadeia de transmissão.

Considera-se como caso novo, aquele paciente que nunca fez o uso dos medicamentos antituberculose ou então, aqueles que fizeram por um período menor que 30 dias. Esse tipo de caso é utilizado pela epidemiologia como base de cálculo de incidência da doença, para traçar estratégias de enfrentamento, além de possibilitar a busca ativa de novos casos e de comunicantes/contatos, com a finalidade minimizar ou interromper a transmissão, principalmente quando se trata se casos bacilíferos (Barros, 2020).

Conforme o Manual de recomendações para o controle da TB no Brasil, elaborado pelo MS em 2019, o TMR-TB é o exame preferencial no diagnóstico da TB pulmonar ou laríngea. Entretanto, quando este não é disponibilizado pela rede pública de saúde, o diagnóstico pode ser feito por meio da baciloscopia direta (Brasil, 2019). Segundo Silva *et al* (2020) o TRM-TB também pode ser utilizado para o diagnóstico de TBEP, a triagem de resistência à rifampicina em casos de retratamento e nos casos com suspeita de falha farmacoterapêutica.

A baciloscopia direta é indicada durante a investigação para TB nas seguintes situações: em pacientes sintomáticos respiratórios (tosse seca ou produtiva a mais de 03 semanas), suspeita clínica e/ou radiológica de TBP, independentemente do tempo de tosse e para o acompanhamento e controle de cura casos confirmados de TBP. Os casos com baciloscopia positiva são denominados de bacilíferos, e são os maiores responsáveis na transmissão da doença (Brasil, 2019).

A cultura de escarro é outro exame utilizado no diagnóstico da TB e é considerada padrão ouro pela Organização Mundial de Saúde (OMS), também é indicada quando há suspeita de TBEP. Entretanto, um dos pontos considerados como negativo desse método, é o longo

processo de detecção da bactéria, que pode levar entre duas a oito semanas, ao depender do meio escolhido (Silva *et al*, 2020).

A radiografia de tórax deve ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica de TB na forma pulmonar, e juntamente ao exame de imagem, devem ser realizados os exames laboratoriais citados anteriormente, na tentativa de buscar o diagnóstico bacteriológico. (Brasil, 2019).

Durante o levantamento de dados e bases de referência para esta pesquisa, não foram localizadas notas técnicas ou pactuações de domínio público acerca do fluxo preconizado do diagnóstico da TB no município e na XI região de saúde. Este ponto apresenta-se como uma fragilidade na rede de atenção a esses usuários que acabam percorrendo diversos serviços de saúde de maneira equivocada em busca de tratamento.

As respostas obtidas durante as entrevistas relacionadas ao processo saúde-doença expõem que 12 entrevistados relataram a tosse como sintoma mais frequente, seguida do emagrecimento e falta de apetite, presente em 09 participantes. A autopercepção e o tempo do processo de adoecimento médio foi entre 01 e 03 meses em 06 pacientes. 09 entrevistados relataram que buscaram auxílio de familiares durante o adoecimento. O conhecimento prévio sobre a doença se fez presente em 08 participantes e 06 entrevistados responderam que a transmissão da doença ocorria por meio do ar ou contato com pessoas doentes.

Tabela 05. Processo saúde-doença dos entrevistados.

Variáveis	Amostra= 16	Nº Absoluto	%
Sintomatologia			
Tosse		12	75%
Emagrecimento		09	56%
Falta de apetite		09	56%
Febre		06	37%
Falta de ar		04	25%
Dor torácica		03	19%
Outras manifestações		05	31%
Autopercepção do adoecimento e procura de ajuda			
Menos de 01 mês		02	13%
Entre 01 e 03 meses		06	37%
Entre 04 e 06 meses		02	12%
01 ano		03	19%
Acima de 01 ano		02	13%
Não se aplica*		01	06%
Busca de auxílio			
Familiares		09	56%
Profissionais da saúde		07	44%
Conhecimento prévio da TB			
Sim		08	50%
Não		08	50%
Conhecimento sobre a transmissão da TB			

Utensílios	05	31%
Espirro/Saliva	01	06%
Ar/Contato com doente	06	37%
Não sei	04	26%

*Conhecimento da TB em decorrência de outros agravos.

Fonte: Elaboração da autora, a partir das respostas obtidas pelo questionário aplicado.

É possível observar em trechos retirados das entrevistas como sucedeu os sintomas iniciais da doença:

”Eu tossia tanto que chega saia sangue e uma dor na boca do estômago [...]” (P6)
”Surgiu a tosse, aí depois foi aumentando, e eu comecei a ficar sem ar a noite e sem conseguir dormir, aí chegou ao ponto que se eu não procurasse o hospital eu teria morrido [...]” (P1)
”Começou a dar um cansaço e uma tosse que eu não podia dar um passo daqui pra ali, que já dava falta de ar [...]” (P2)
”Eu comecei a ficar com falta de ar, de vez enquanto eu tossia, fiquei toda me tremendo [...]” (P3)
”Era um tosse, febre alta [...]” (P4)

A perda repentina e abrupta de peso foi tida como um sinal de alerta para os entrevistados, principalmente quando associada com outros sintomas. Manifestações clínicas semelhantes foram encontradas na pesquisa de Bosqui *et al* (2017), ao traçar o perfil clínico de pacientes com TB, no período de 2010 a 2014, os pesquisadores ressaltam que a deficiência de micronutrientes, sobre tudo, de vitaminas e minerais impactam no metabolismo, na função celular e defesa do organismo, deixando o indivíduo mais vulnerável a TB.

”Eu fui perdendo peso e fui ficando na minha, minha esposa comentou comigo em casa que eu estava muito magro [...]” (P1)
”Perdi peso que só e foi de um dia pra o outro [...]” (P2)
”Um fastil (falta de apetite), aí nisso eu perdi muito peso [...]” (P3)
”Perdi muito peso, cheguei a pesar 47kg [...]” (P4)

A febre foi outro sinal clínico clássico da doença também foi mencionada durante as entrevistas *”E era uma febre alta toda fim de tarde[...]” (P5)*. Silva *et al* (2020) trazem os sintomas como: a febre diurna, sudorese noturna, perda de peso, anorexia e fraqueza, acompanhada de tosse persistente e com a progressão da doença, os pacientes podem apresentar hemoptise maciça ocasional, como sintomas inespecíficos da doença.

A TB pode afetar diversos órgãos ou sistemas e levar a manifestações clínicas variadas, este fato somado a existência prévia de comorbidade no indivíduo, pode por muitas vezes dificultar uma hipótese diagnóstica precisa (Barros, 2020). Isto posto, um dos entrevistados relatou que durante as primeiras idas a unidade de saúde, seus sinais e sintomas foram confundidos como outras doenças.

”Lá no postinho ele (médico) dava a medicação, mas não era pra o que eu tinha, ele dava medicação pra dengue, pra chikungunya, por que eu tenho artrite e artrose também, aí ele pensava que era alguma coisa assim [...]” (P5)
”Como eu perdi muito peso, médico pensou até que era aquele problema de relações (HIV)[...]” (P2)

O conhecimento dos sinais e sintomas da TB e o correto manejo clínico dos pacientes pelos profissionais de saúde, principalmente os que compõem a APS e todos os outros níveis de atenção que lidam diretamente com estes, são fatores determinantes para reduzir erros e proporcionar um correto diagnóstico. O diagnóstico precoce oportuniza o tratamento e melhora o quadro clínico do paciente, com desfecho positivo, minimizando o fluxo desnecessário do paciente por vários serviços de saúde em busca do diagnóstico, favorecendo um menor tempo entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento.

Arelado ao diagnóstico precoce, temos também o tempo de autopercepção dos participantes quanto ao seu processo de adoecimento e o tempo aproximado na procura por ajuda. 06 pacientes levaram entre 01 e 03 meses e 03 levaram um ano para buscar ajuda. Como a maioria dos participantes desta pesquisa é do sexo masculino, o estudo de Aragão *et al* (2023) aponta que indivíduos do sexo masculino são mais propensos a retardar a identificação do adoecimento devido a fatores comportamentais, como uma resistência à procura de atendimento médico, por muitas vezes, em razão de uma extensa rotina e horários de trabalho, bem como, a ausência de cooperação no autocuidado.

Os achados quanto ao retardo na busca pelos serviços de saúde encontrados nessa pesquisa vão de encontro ao trabalho de Dantas *et al* (2018), que identificam os aspectos relacionados ao atraso na procura pelo primeiro atendimento à saúde em pessoas com TB e embasam que não existe consenso em relação ao tempo correta na busca pelo serviço de saúde, entretanto, longos períodos e a ausência de tratamento em pessoas bacilíferas pode resultar em mau prognóstico e maior transmissibilidade da doença.

Em alguns trechos das entrevistas é possível identificar que devido ao longo prazo de autopercepção, alguns participantes precisaram recorrer a hospitais para alívio de sintomas e cuidados mais urgentes com a saúde:

”Eu tive que parar de ir pra escola, por que fiquei internado um tempo, mas eu não queria [...]” (P6) “Tive que ir no hospital, por que ia no postinho e ninguém descobria o que eu tinha e eu só piorando [...]” (P5)

Através das falas dos participantes percebe-se também o diagnóstico tardio como um fator de agravamento dos sintomas e do quadro clínico desse indivíduo, levando-o a procura de tecnologias de alta complexidade durante a busca pelo cuidado a saúde para minimizar sintomas da doença.

Outro ponto importante, é a ineficácia da busca ativa realizada pela APS e a ESF, que demonstrou não conseguir captar com eficiência pacientes sintomáticos a vários meses em seu

território, o que pode causar impactos significativos no quadro clínico desse paciente, podendo-o levar ao óbito, na continuidade da transmissão da doença e na sua manutenção na sociedade.

Se faz necessário a melhoria da APS, como ordenadora do cuidado e da assistência à saúde, garantindo acesso em tempo oportuno e evitando o atraso do diagnóstico e tratamento, que podem impactar negativamente no controle da doença e na cura do paciente (Oliveira, *et al* 2019).

Quando questionados se tinham conhecimento da TB antes de ser diagnosticado, metade dos participantes responderam que não conheciam a doença ou nunca ouviram falar sobre ela e a outra metade respondeu que conhecia a doença por já terem vivenciado essa experiência com algum familiar acometido. Tinham conhecimento também por meio de panfletos ou palestras na UBS da sua área, mas conheciam apenas a forma pulmonar da doença, desconhecendo suas outras formas clínicas.

Como uma forma de entender como os participantes enxergam a doença e mensurar como enfrentaram o processo de adoecimento, os sintomas, a busca pelo diagnóstico e os meses de tratamento, foi feita a seguinte pergunta: “O que é a TB pra você?”, segue o trecho da fala de algum dos entrevistados.

“Tuberculose para mim é tenso viu? Eu não desejo nem para meu pior inimigo, [...] não tô conseguindo nem colocar em palavras [...]” (P1) “É uma doença chata viu? Por que se eu não corresse, eu acho que eu não aguentado não [...] eu pensava que não ia resistir [...]” (P4) “Eu acho que é um tipo de um vírus que atinge o pulmão da gente [...]” (P3)

Teixeira *et al* (2020) ao realizarem uma pesquisa com objetivo de descrever o conhecimento dos indivíduos sobre a TB na cidade de Recife, capital e de Pernambuco, encontraram resultados semelhantes ao deste trabalho e afirmam que o conhecimento acerca da TB torna-se indispensável na redução de estigmas sociais que vem juntamente ao adoecimento, desmistificação da doença, na influência sob as práticas e atitudes de pacientes e seus contatos e na investigação dos entraves que os distanciam dos serviços de saúde.

Ao serem questionados sobre o conhecimento a respeito da transmissão da TB, 06 dos entrevistados mencionaram que a transmissão ocorria através do contato com alguém doente ou pelo ar e declaram que até mesmo o ato de conversar ou ter contato físico com pessoas infectadas, pode acabar causando a propagação da doença e que durante o período de tratamento, mantiveram-se isolados dos demais, com receio de infectar as outras pessoas.

“Tem que ficar dentro de casa, isolado, se sair é pra sair de máscara.” (P2) “Tive que separar as coisas, por que eu sabia que era uma coisa que pega, evitava chegar perto dos filhos e tudo.” (P10) “A pessoa tem que viver afastado dos outros, eu mesmo passei os 06 meses isolados [...]” (P6) “Assim que o dono soube que eu tava com problema de saúde, ele me mandou embora [...]” (P7).

Outra forma de transmissão relatada pelos entrevistados foi o compartilhamento de objetos ou utensílios de pessoas doentes, 05 participantes informaram que durante o adoecimento, separaram seus objetos pessoais, como talheres, copos e até mesmo roupas das demais pessoas com quem dividiam a residência como uma forma de prevenção e cuidado. Apenas 01 relatou que a transmissão acontecia por meio de saliva, seja ela tosse ou espirros, e 04 não souberam informar como se dava a transmissão da TB.

“Acho que você pega se usar um copo ou um objeto de alguém doente [...]” (P9) “As vezes é alguém que já tá com esse problema e chega e fala perto de você, que espirra perto de você.” (P4) “É se tiver contato né? Comer junto, essas coisas.” (P2) “Eu aqui em casa determinei que meus objetos era só eu que mexia [...]” (P1) “Só sei que não pode comer no mesmo prato, beber água na mesma vasilha [...]” (P5)

Através destas falas sugere-se que esses pacientes não receberam a orientação adequada ou não compreendeu as informações quanto a transmissibilidade da doença durante sua passagem nos serviços de saúde. A ausência de informações repassadas aos pacientes durante o tratamento da TB traz graves consequências a vida do indivíduo e acaba refutando veementemente o estigma social e o preconceito que a muitos anos segue atrelado a doença, excluindo-o e isolando-o da sociedade.

Com a fala do participante P7 é possível compreender como o estigma é atrelado a TB e a maneira em como o preconceito reflete na sociedade e na vida dessas pessoas, assim como os impactos negativos que isso causa, que por diversas vezes acabam as afastando de suas atividades e trabalhos.

A pesquisa de Silva *et al* (2019), que traz uma análise do conhecimento de moradores quanto a transmissibilidade da TB, evidencia o estigma que a ausência de conhecimento sobre a doença e sua forma de transmissão acarretam a pessoa que está convivendo com a TB, que por diversas vezes, se isolam da sociedade para fugir do preconceito e conseqüentemente não procuram os serviços de saúde precocemente.

A rede de apoio se fez presente e atuante de forma expressiva na busca da cura em todos os entrevistados, os atores sociais que se destacaram foram os de âmbito familiar, como cônjuge, mãe e filhos, que construíram de maneira conjunta aos entrevistados os seus IT na trajetória de identificação da doença, diagnóstico e tratamento, seguido pelos profissionais da saúde. O apoio da família se destaca na seguinte fala dos entrevistados:

“Se não fosse pelas minhas filhas, não sei nem o que eu tinha feito [...]” (P3) “Minha mulher que cuidou de mim, até banho me dava [...]” (P1) “Se não fosse por minhas filhas, eu não tinha ido pra o médico não, só fui por que elas insistiram e ficavam brigando: mãe a senhora tem que ir” (P6)

Millioli (2017) ressalta a importância dos atores sociais, seja ele a família ou a comunidade, no apoio do usuário durante sua jornada em busca da cura e no sucesso e adesão ao tratamento, se tornando um espaço de proteção social, acolhimento e fortalecimento de vínculos.

O primeiro serviço de saúde procurado por 11 pacientes foi a UBS. Já o diagnóstico de 06 entrevistados aconteceu no centro de referência para TB, o CESP, onde 08 pacientes realizaram apenas uma consulta com o médico para receber a alta clínica. 11 participantes precisaram passar por entre 03 a 04 serviços de saúde até conseguir o diagnóstico e alguns participantes informaram que tiveram que ir para fora do seu município para obter o diagnóstico.

A interação com esses serviços foi classificada como “bom” por 15 entrevistados e 14 relataram que tiveram dificuldade para obter o diagnóstico. Com relação ao tempo de tratamento, 14 entrevistados afirmaram que o tratamento durou 06 meses e 13 pacientes não receberam nenhuma visita de profissionais da saúde durante isso, como está descrito na tabela 06.

Tabela 06. IT dos participantes durante sua busca pela cura.

Variáveis	Amostra= 16	Nº Absoluto	%
Primeiro serviço de saúde procurado			
Unidade Básica de Saúde		11	69%
Hospam ¹		04	25%
Hospital Privado		01	06%
Serviço no qual foi diagnosticado(a)			
CESP ²		06	37%
Hospam ¹		03	19%
Rede Privada		05	31%
Serviços fora do município		02	13%
Quantidade de consultas no serviço de referência			
01 consulta		08	50%
Entre 02 e 03 consultas		02	13%
Mais de 04 consultas		02	13%
Interação com o serviço de saúde			
Bom		15	94%
Ruim		01	06%
Dificuldade no acesso aos serviços de saúde			
Sim		14	87%
Não		02	13%
Quantidade de serviços de saúde percorridos até o diagnóstico			
02 serviços		03	19%
Entre 03 e 04 serviços		11	69%
Acima de 05 serviços		02	12%
Tempo de tratamento			
06 meses		14	87%
Acima de 06 meses		02	13%
Tratamento Diretamente Observado			
Sim		03	19%
Não		13	81%

¹HOSPAM= Hospital Professor Agamenon Magalhães, hospital regional de alta complexidade

²Centro Municipal de Saúde (referência no tratamento da TB)

Fonte: Elaboração da autora, a partir das respostas obtidas pelo questionário aplicado.

Cenário semelhante foi evidenciado também no trabalho de Oliveira *et al* (2019), que descreve o IT de pessoas com TB diante de suas necessidades de saúde, no qual a principal porta de entrada foi a APS, seguido dos hospitais ou serviços de pronto atendimento, serviços de saúde da rede privada e serviços de atenção especializada.

Em suma, mediante o que foi possível observar durante a elaboração e levantamento de dados desta pesquisa, o fluxo idealizado para TB no município estudado acontece da seguinte maneira: o paciente é captado pela ABS/ESF, ao suspeitar de TB o paciente é referenciado para a atenção secundária/especializada de referência para o tratamento da TB (Centro de Saúde). Neste serviço é confirmado o diagnóstico, em seguida o paciente é contrarreferenciado a ESF, onde receberá o medicamento e simultaneamente continua sendo acompanhado pelos profissionais do Centro de Saúde, até finalizar o seu tratamento e receber alta médica, logo, a

passagem do paciente com TB deve ser prioritariamente por estes dois serviços de saúde mencionados.

Todavia, em apenas 06 dos entrevistados tiveram o diagnóstico conforme fluxo assistencial do município (UBS e Centro de Saúde), os demais pacientes tiveram que percorrer diversos serviços de saúde durante esse processo, dentro e fora do meu município e por muitas vezes buscando o setor de saúde privado para isso, mesmo enfrentando dificuldades financeiras, o que acaba intensificando os obstáculos da trajetória desses pacientes.

Os prontuários dos pacientes que foram atendidos no Centro de Saúde também foram analisados com o intuito de identificar a quantidade de consultas realizadas durante o tratamento até o momento da alta. Constatou-se que metade dos entrevistados tinham feito apenas uma consulta no estabelecimento, como também foi possível observar que os prontuários apresentados eram no formato físico e não eletrônico.

A ausência do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no serviço de saúde foi outro ponto de alerta, a desatualização do sistema de informação se mostrou arcaico e pode resultar em uma falha na comunicação e integração das redes, onde as informações sobre como vida pregressa, quadro clínico, resultado de exames laboratoriais ou de diagnóstico, tratamento, dentre outros dados pertencentes ao paciente ficam desconexas e fragmentadas, podendo acarretar em erros no acompanhamento clínico, diagnóstico, tratamento e duplicidade de ações, gerando impactos econômicos para gestão e um risco ao paciente. A busca por atendimento em diferentes serviços de saúde durante o percurso do paciente com TB, variou de acordo com o quadro clínico e tempo na percepção do adoecimento de cada um, como por exemplo, a procura por atendimento hospitalar com intuito de amenizar alguns sintomas mais grave, além da agilidade de diagnóstico e realizar exames.

Como a maioria dos entrevistados precisou peregrinar por vários níveis e serviços de saúde até conseguir o seu diagnóstico, fica evidente uma fragilidade das RAS no cuidado a pessoa com TB, assim como, uma incapacidade da APS na integralidade, resolutividade e assistência em tempo hábil e oportuno, tornando o percurso desse indivíduo mais longo, oneroso e desgastante que o necessário.

Em se tratando do tempo de tratamento dos entrevistados, todos os pacientes acometidos pela TBP fizeram o esquema terapêutico no tempo padronizado de 06 meses, já os pacientes que desenvolveram a forma extrapulmonar, informaram que realizaram o tratamento no período de um ano. Em sua totalidade, os participantes não demonstraram conhecimento acerca do medicamento em que fizeram uso, mas informaram compreender a importância da tomada diária e da posologia correta para um tratamento eficaz e um desfecho positivo do quadro: “Ela

é grave se não for tratada, mas se tratar direitinho, fica bom, se tomar o remédio direitinho, sem fazer extravagancia, sem beber”.

Entretanto, o longo período de tratamento foi apontado como um ponto negativo observado por alguns dos entrevistados: *“O ruim pra mim só foi o tempo né? Que é muito tempo, pra mim que nunca fiquei nem internado, nem nada”*. A maioria dos pacientes relatou que não recebeu nenhuma visita durante o seu tratamento. Junges, Burille, Tedesco (2020) trazem a definição do Tratamento Diretamente Observado (TDO) como a observação feita pelos profissionais de saúde, principalmente da APS, da tomada dos medicamentos pelo paciente, deve acontecer diariamente, na fase de ataque do tratamento e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção

É através das visitas domiciliares propostas pelo TDO, que os profissionais de saúde que acompanham o paciente com TB podem prestar uma assistência singularizada e individual, por meio de orientações sobre o tratamento, esclarecimento de dúvidas tanto do paciente como de sua rede de apoio. O reconhecimento precoce de possíveis reações adversas, o acompanhamento da evolução clínica, o manejo farmacoterapêutico quando necessário e dessa maneira maximizar a adesão terapêutica do paciente e a ausência do TDO caracteriza uma quebra do vínculo com a ESF.

Os percalços enfrentados pelas pessoas acometidas com TB desde a percepção e reconhecimento do adoecimento, refletem uma fragilidade nas ações e serviços de saúde prestados no município em diversos níveis da RAS, especialmente na APS, e requer um olhar mais qualificado e empático do profissional que está no ponto sobre o indivíduo, reforçando os vínculos entre profissional, paciente e família, objetivando assegurar o cuidado equânime, apoiado e integral, minimizando a extensiva jornada desse paciente pelos serviços de saúde.

O cenário estudado evidencia a necessidade de fortalecer a APS e organizar a RAS, por meio de uma territorialização efetiva, conhecendo afundo o seu território adscrito e as vulnerabilidades e potencialidades que nele se encontram. Para assim, captar precocemente o paciente com TB, encaminhando-o através dos diversos níveis de assistência da rede para ser diagnosticado e acompanhar o seu tratamento de forma contínua e integral, entendendo suas demandas e necessidades, para que, de forma conjunta, aconteça um desfecho favorável.

Para compreender os aspectos e variáveis que levam a manutenção da TB na sociedade é necessário, entender as formas em que acontecem o adoecimento, considerando os fatores condicionantes e determinantes e assim enxergar o indivíduo para além da doença. Destarte, o paciente é um ser repleto de crenças, culturas e saberes, e além de tudo, pertencente a uma

comunidade, que exerce sobre ele um dinamismo de coletividade, entender também suas singularidades e o contexto em que está inserido.

4. CONCLUSÃO

Houve também dificuldade no acesso ao diagnóstico desses usuários, fazendo com que ocorresse a busca pelo sistema privado de saúde. Durante a trajetória por cuidados, foi constatado que foi necessário percorrer diversos serviços de saúde até finalmente conseguir o diagnóstico adequado, transparecendo a falta de integração da rede e dos demais pontos de assistência à saúde. A ausência de informações sobre a TB e como ocorre sua transmissão também foi outro ponto de destaque, onde o estigma e o preconceito se fizeram presente, trazendo consigo a exclusão desse indivíduo da comunidade e da convivência com a própria rede de apoio, a perda de emprego e o impacto no sustento e renda familiar.

A pouca quantidade de consultas no serviço de referência e a inexistência do TDO trazem à tona a fragilidade do IT focado na doença e deixando de lado todas as suas vulnerabilidades, subjetividades e inquietações que fazem parte do processo saúde-doença e o modo como ele reflete no seu autocuidado. Aos familiares foram protagonistas no primeiro contato dos doentes durante a procura por auxílio após a percepção da necessidade de cuidados, tornando a rede de apoio como um fortalecedor na construção do IT e no apoio e acolhimento durante a busca pela cura.

Diante do exposto, faz-se necessário fortalecer a atenção primária à saúde, capacitar os profissionais e traçar estratégias de melhorias nos serviços com base no perfil epidemiológico do município. Para isso a gestão precisa orquestrar políticas públicas que objetivem a melhoria social e a condução de um sistema de saúde integrado, resoluto e proativo.

5. REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Francisca Bruna Arruda *et al.* Série temporal da dinâmica do sistema de saúde para o diagnóstico de tuberculose em uma região metropolitana do nordeste brasileiro (2010-2020). **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 56, n. 3, 2023. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.207231. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/207231> . Acesso em: 19 fev. 2024.

BARROS, Felipe Gomes de. **Itinerário terapêutico de pacientes internos por tuberculose em Recife, Pernambuco**. 2020. Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitária) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.5.2021.tde-23082021-112603> . Acessado 20 Novembro 2022.

BOSQUI, Larissa Rodrigues et al. Perfil clínico de pacientes com diagnóstico de tuberculose atendidos no Hospital Universitário de Londrina, Paraná. Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 38, n. 1, p. 89-98, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2017v38n1p89> . Acessado 28 Dezembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2ª edição atualizada. 2019. Brasília, DF. > Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil2a-ed.pdf/view> > Acessado em: 06 Novembro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, Estratégia para 2021-2025**. Brasília, DF. 2021. Disponível em: < [chrome-extension://efaidnbmninnbpcajpcgclclefindmkaj/https://bv31ontexto31iees/bras il livre tuberculose plano nacional.pdf](chrome-extension://efaidnbmninnbpcajpcgclclefindmkaj/https://bv31ontexto31iees/bras-il livre tuberculose plano nacional.pdf) > Acessado em: 06 Novembro 2022.

BRASIL.a. Ministério da Saúde. Tuberculose. **Boletim Epidemiológico da Tuberculose**. Brasília, DF, n. esp., mar.2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf> > [Acessado 06 Novembro de 2022].

BRASIL.b. Ministério da Saúde. **DATASUS**. TabNet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 03 Agosto de 2023.

CECILIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S.. Acesso ao diagnóstico de tuberculose sob a ótica dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. e0230014, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000230014> . Acessado em: 20 Novembro 2022.

CLEMENTINO, Francisco de Sales et al. Tuberculosis control actions: analysis based on the access and primary health care quality improvement program. **Texto & Context-- - Enfermagem** [online]. 2016, v. 25, n. 04 DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004660015>. Acessado em: 04 Novembro 2022.

DANTAS, D. N. A. et al. Fatores associados ao atraso na procura por atendimento pelo doente de tuberculose. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 646–651, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0680> Acessado em: 15 de Fevereiro de 2024.

FERREIRA, M, R, L, et al. Coordenação e elenco de serviços para o manejo da tuberculose: ótica dos profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2022, v. 32, n. 1, DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320111>. Acessado em: 06 Novembro 2022.

GUIDONI, L. M. et al. Custos catastróficos e sequelas sociais decorrentes do diagnóstico e tratamento da tuberculose no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, p. e2020810, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300012> Acessado em: 15 de Fevereiro de 2024.

JUNGES, José Roque, BURILLE, Andréia e TEDESCO, Jiocasta. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2020, v. 24, DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190160> . Acessado 04 de Novembro 2022.

LIRA, J.L.M, et al. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose no Estado de Pernambuco de 2009 a 2019. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento** , [S. l.] , v. 3, pág. e3710312916, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12916> . Acesso em: 11 nov. 2023.

MACÊDO JÚNIOR, A.M de. Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil, baseado em dados do DataSUS nos anos de 2021. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.] , v. 6, pág. e22311628999, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28999>. Acesso em: 18 Novembro. 2023.

MEIRELLES, Rogério José de Azevedo e PALHA, Pedro Fredemir. Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2018, v. 72, n. 5, pp. 1167-1172. 16 Set 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0279> . Acessado em: 04 Novembro 2022.

MILLIOLI, Andréa Maria Cabral de Almeida Peruggia; LIMA, Kenio Costa de (Orient.). **O tratamento da tuberculose e a relação com a rede familiar e comunitária**. 2017. 25 f. Projeto de Intervenção. (Especialização em Gestão em HIV/Aids/Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/43957> Acesso em: 08 de Fevereiro de 2024.

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lúcia Magalhães; SOARES, Camila Alves. **Uso de Narrativas na compreensão de Itinerários Terapêuticos de usuários em Sofrimento Psíquico**. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (comp.). **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc Editora, 2016. p. 223-236. Acessado em: 11 de Fevereiro de 2024.

OLIVEIRA, Aliéren Honório et al. Itinerário terapêutico de pessoas com tuberculose diante de suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0034>. Acesso em: 16 de Fevereiro de 2024.

SANTOS, L. B. dos, et al. Aspectos Epidemiológicos da tuberculose no Sertão do Estado de Pernambuco / Epidemiological Aspects of tuberculosis in the Sertão of the State of Pernambuco. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 5720–5732, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-137> . Acesso em: 11 Novembro. 2023.

SILVA, W. C. G; CHAVES, A. M; JÚNIOR, I.F. C. Perfil Epidemiológico da Tuberculose no Estado de Pernambuco nos últimos dez anos. **Rev de Saúde** 2022;13(2); 78-84. DOI: <https://doi.org/10.21727/rs.v13i2.2741>. Acesso em: 15 Dezembro. 2023.

SILVA, P. H. dos S. et al. Aspectos sociodemográficos e clínicoepidemiológicos da tuberculose em um município do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 5, p. e1916, 26 mar. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1916.2020> . Acesso em: 11 Novembro. 2023.

SILVA, P. L. N. et al. Análise do conhecimento de moradores quanto à transmissibilidade e prevenção da tuberculose: implicações biopsicossociais. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 10, 2019. DOI: 10.14295/jmphc.v10i0.515. Disponível em: < <https://jmp hc.com.br/jmphc/article/view/515> >. Acesso em: 15 fev. 2024.

SILVA, D. R. et al. Fatores de risco para Tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 2, p. 145–152, mar. 2018. [DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000443>]. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2024.

SOUZA, C. de L. R. et al. Perfil dos casos de tuberculose em Pernambuco: análise dos casos, 2011 a 2020. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 43667-43680, 2022. Acesso em: 15 fev. 2024.

SOUZA, C. D. F. de et al. Vigilância da Tuberculose em uma área endêmica do Nordeste brasileiro: O que revelam os indicadores epidemiológicos? . **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online]. 2019, v. 45, n. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180257> . Acessado em: 04 Novembro 2022

TEIXEIRA, A. Q. et al. Tuberculose: conhecimento e adesão às medidas profiláticas em indivíduos contatos da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 28, n. 1 [], pp. 116-129. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010332> . Acessado em: 04 Novembro 2022.

TERRA, Angélica Aparecida Amarante et al. Magnitude entre a acessibilidade, espaço de tempo e o diagnóstico da tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. 2022, v. 35. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02692> . Acessado em: 04 Novembro 2022.

6. APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO UTILIZADO NA ENTREVISTA

VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS:

- 1) Nome do entrevistado (a): _____
- 2) Cidade de Nascimento: _____ Estado: _____
- 3) Cidade de Residência: _____ Estado: _____
- 4) Gênero: () Masculino () Feminino () Não-binário () Não informado
- 5) Idade: () 18-29anos () 30-39anos () 40-49anos () 50-59anos () 60anos ou mais
- 6) Estado Civil: () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () União Estável () Solteiro(a)
- 7) Escolaridade: () Analfabeto () EM Incompleto () EM Completo () EF Completo () EF Incompleto
- 8) Raça/Cor autodeclarada: () Negro(a) () Pardo(a) () Branco(a) () Indígena

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- 9) O(A) entrevistado(a) trabalhava quando foi diagnosticado com tuberculose?
() SIM, Ocupação: _____ () NÃO
- 10) Foi necessário afastamento das atividades por ter adoecido de TB?
() SIM, Tempo de afastamento: _____ () NÃO
- 11) Renda familiar (Salário Mínimo- SM): () Sem Renda () Menor que um SM () Entre 01 e 03 SM () Entre 03 e 05 SM () Acima de 05 SM () Renda Eventual
- 12) Recebe algum benefício governamental no auxílio ao tratamento da TB?
() SIM, Qual? _____ () NÃO
- 13) Situação de Moradia: () Casa própria () Casa alugada () Asilo () Sem Moradia Fixa
OBS: Caso não possua moradia fixa, ir para questão:
- 14) Quantos cômodos possui a residência, incluindo banheiro?
() 1 a 2 Cômodos () 3 a 4 Cômodos () 5 a 6 Cômodos () 7 ou mais Cômodos
- 15) Quantas pessoas residem na casa? _____ pessoa(as)
- 16) Quantas pessoas dividem o quarto com o(a) senhor(a)? _____ pessoa(as)
- 17) Faz uso de bebidas alcoólicas? () SIM () NÃO
- 18) Faz uso de cigarro tradicional/eletrônico? () SIM () NÃO
- 19) Usuário de álcool ou outras drogas ilícitas? () SIM, Qual? _____ () NÃO
19.1) Frequência do uso? _____ () Não se aplica

19.2) Por quanto tempo faz uso? _____ () Não se aplica

19.3) Parou há quanto tempo? _____ () Não se aplica

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO:

20) Quais os sinais e sintomas o(a) senhor(a) apresentou que o(a) levou a identificar o adoecimento? _____

21) Quando sentiu-se doente, buscou o auxílio de alguém?

() SIM, Quem: () Familiares () Vizinhos () Amigos () Benzedeiras () Profissional de saúde () Outros: _____ () NÃO

22) Quais os sinais e sintomas o(a) levaram a procurar o serviço de saúde?

23) Quanto tempo levou do início dos sintomas até a procura do serviço de saúde?

24) Qual o primeiro serviço de saúde procurado?

() ESF () UPA () Hospital público () Hospital privado () Consultório médico particular

() Não lembra () Outros: _____

25) Como ocorreu essa primeira interação com o serviço de saúde? Você foi bem acolhido(a)?

26) Em qual serviço de saúde o(a) senhor(a) foi diagnosticado com TB?

() ESF () UPA () Hospital público () Hospital privado () Consultório médico particular

() Não lembra () Outros: _____

27) Quanto tempo levou do início dos sintomas até o diagnóstico de TB?

28) Em qual serviço de saúde aconteceu o seu tratamento da TB?

29) Quanto tempo foi o seu tratamento? _____

30) Quais procedimentos foram realizados em cada um desses serviços?

31) Houve dificuldade no acesso aos serviços de saúde? Se sim, quais?

32) O(a) senhor(a) recebeu orientações dos profissionais de saúde sobre o que era a TB e seu tratamento?

33) Por quantos serviços de saúde o(a) senhor(a) passou desde o diagnóstico, tratamento e cura da tuberculose?

34) O(a) senhor(a) recebeu apoio de familiares/amigos durante seu tratamento?

SIM, Quem? _____ NÃO

35) Antes de ter o seu diagnóstico de TB, o(a) senhor(a) tinha conhecimento do que era a doença? SIM NÃO

36) O que é a Tuberculose para você?

37) Como se dá a transmissão da tuberculose?

38) Você diria que ficou satisfeito(a) com o atendimento, diagnóstico e tratamento da TB? _____

VARIÁVEIS CLÍNICAS:

39) Tipo de caso: Caso novo Recidiva Retratamento por abandono Tratamento anterior encerrado por resistência/falência/toxicidade Não informado

40) Forma da tuberculose:

Pulmonar Extrapulmonar Pulmonar + Extrapulmonar Não informado

41) Mais de uma forma clínica: SIM. Qual? _____ NÃO

42) Tipo de tuberculose:

Comum Multidrogarresistente - MDR Extensivamente Multidrogarresistente -XDR
 Não informado

43) Baciloscopia de escarro para diagnóstico? SIM NÃO

44) Baciloscopia de escarro para acompanhamento? SIM NÃO

45) Baciloscopia de outro material? SIM. Qual? _____ NÃO

46) Testagem Anti-HIV? Positivo Negativo

47) Realizou exames laboratoriais durante o tratamento da tuberculose? SIM NÃO

48) Agravos associados? SIM. Qual? _____ NÃO

49) Tipo de tratamento: Supervisionado Autoadministrado Não informado

50) Foi necessário internação hospitalar? SIM NÃO
