UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FELIPE LIMA DOS SANTOS

Entremeios dos sentidos: discursividade sobre os determinantes da tuberculose multidroga-resistente e as barreiras para o cuidado em saúde

Ribeirão Preto
2021

FELIPE LIMA DOS SANTOS

Entremeios dos sentidos: discursividade sobre os determinantes da tuberculose multidroga-resistente e as barreiras para o cuidado em saúde

VERSÃO CORRIGIDA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia

Orientador: Ricardo Alexandre Arcêncio

Ribeirão Preto
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CARTOGRÁFICA

Serviço de Biblioteca e Documentação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Santos, Felipe Lima dos
Entremeios dos sentidos: discursividade sobre os determinantes da tuberculose multidroga-resistente e as barreiras para o cuidado em saúde. Ribeirão Preto, 2021.
119 p. : il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Orientador: Ricardo Alexandre Arcêncio

1. Tuberculose multidroga-resistente. 2. Determinantes. 3.Discursos. 4.Percepções. 5.Saúde Pública.

SANTOS, Felipe Lima dos

Entremeios dos sentidos: discursividade sobre os determinantes da tuberculose multidroga-resistente e as barreiras para o cuidado em saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em 17 / 05 / 2021

Presidente

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

Comissão Julgadora

Profa. Dra. Ana Carolina Scarpel Moncaio

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Catalão (UFCAT)

Profa. Dra. Laís Mara Caetano da Silva

Instituição: Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Profa. Dra. Aline Aparecida Monroe

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Maria José Gama Lima dos Santos** e **Reginaldo Pereira dos Santos**, pela fonte inesgotável de amor, carinho e acolhimento. Essa conquista também é de vocês!

Ao meu querido e para sempre amado irmão e amigo **Fredson Lima dos Santos** (*in memorian*), por ter sido luz na minha, por todo o apoio na busca dos meus sonhos. *And after all, You're my wonderwall!*

Ao meu irmão **Fabiano Gama Lima** e minha irmã **Fabíola Gama Lima**, por toda preocupação, incentivo e amor. Sem vocês eu não teria forças para lutar pelos meus sonhos.

Às **pessoas acometidas pela tuberculose** que no momento mais frágil de suas vidas me permitiram e me permitem (re)aprender e refletir, meus eternos agradecimentos.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** e ao **Universo** que possibilitaram que esse dia chegasse. Pela força que me foi dada e necessária para que eu conseguisse caminhar entre minhas perdas e dores para a finalização dessa etapa da minha formação acadêmica.

Aos meus pais, **Maria José Gama Lima dos Santos** e **Reginaldo Pereira dos Santos**, pelo amor, apoio emocional, físico e financeiro para que eu pudesse alcançar meus sonhos. Por sempre serem abrigo e também morada. As sabedorias e vivências de vocês me movem e me constituem.

Ao meu irmão **Fredson Lima dos Santos** (*in memorian*), por todo o amor fraternal que você compartilhou comigo ao longo dos anos que estivemos lado a lado, sempre juntos. A força que você me deu e continua me dando é sinônimo de amor. Você acreditou que eu conseguiria. Essa conquista eu dedico a você meu irmão.

Ao meu irmão **Fabiano Gama Lima**, minha cunhada **Patrícia Félix de Freitas,** minhas sobrinhas **Fabiane, Flaviane** e **Fabiana Victória**, meu sobrinho **Fabiano Filho** e a minha sobrinha-neta **Ísis** por todo amor ao longo da minha caminhada na vida.

À minha irmã **Fabíola Gama Lima**, meu cunhado **Kleberson Souza Marialva**, minhas sobrinhas **Kimberly**, **Kamyle Maria e Karén Eloá** e meu sobrinho **Kleber Lucas** por serem alegria e amor constantes em minha vida.

Ao Prof. Dr. **Ricardo Alexandre Arcêncio** por ter me proporcionado a oportunidade de integrar o seu grupo de pesquisa e pela possiblidade do aprendizado que vai além da pesquisa realizada.

À amiga e Prof. Dra. **Ana Carolina Scarpel Moncaio**, por ter acredito que este dia chegaria. Por ser a grande incentivadora do meu ingresso no mestrado na EERP-USP. Obrigado por orientar meus passos nos caminhos da pesquisa, da docência e da vida e por ter aceitado participar como membro titular da banca de defesa. Obrigado pelo amor maternal, pela amizade e por me permitir fazer parte da sua vida.

Ao amigo e parceiro de pesquisa **Alexandre Tadashi Inomata Bruce**, pela amizade e companheirismo ao longo da graduação, do mestrado e da vida. Obrigado por ter compartilhado não somente as alegrias, mas também as tristezas. Agradeço a amizade, o apoio e o suporte emocional durante esses anos.

À amiga **Clara Ferreira de Souza**, por exercer com tanta competência o seu papel na gestão operacional do grupo. Mas eu particularmente agradeço por ter sido lar, família e aconchego para aqueles que assim como eu, vem de longe em busca dos seus sonhos na EERP-USP. Obrigado por vibrar comigo a cada conquista.

À amiga e colega de grupo **Ludmilla Leidianne Limirio Souza**, pela amizade, carinho e amor. Nosso encontro já estava escrito! Obrigado por ter sido força na minha caminhada! Como diz Maya Angelou no livro *I Know Why the Caged Bird Sings: "She comprehended the perversity of life, that in the struggle lies the joy."*

Ao amigo e colega de grupo **Yan Mathias Alves**, o "Goku", por ter me acolhido e me apresentado a USP de Ribeirão Preto da forma que somente ele poderia ter me apresentado. Obrigado por ter partilhado as alegrias e por ter me tornado um verdadeiro aluno da EERP-USP! *Sisterhood!*

Ao amigo e colega de grupo **Antônio Carlos Vieira Ramos**, por ter me acolhido no seu círculo de amizade e ter me permitido formar um laço de confiança. "Toda a gente sabe isso. Mas poucos sabem qual é o rio da minha aldeia..."

À amiga e colega de grupo **Thaís Zamboni Berra**, pelas conversas e pelos momentos de descontração. Seu apoio foi essencial para a conclusão do mestrado.

À amiga e Profa. Dra. **Juliane de Almeida Crispim**, pelas conversas quase diárias na sala e por ter sido companhia constante nos retornos para casa após um dia intenso de demandas. Sua importância na constituição desta pesquisa extrapola os campos formais da pesquisa científica.

Aos colegas e parceiros de pesquisa do "Gabinete 34" **Alessandro Rolim Scholze**, **Fernanda Bruzadelli Paulino Costa**, **Hamilton Leandro Pinto de**

Andrade, **Laura Terenciani Campoy**, **Luana Seles Alves**, **Luiz Henrique Arroyo**, **Márcio Souza dos Santos** e **Mellina Yamamura**, pelo apoio, incentivo e pela possibilidade de aprender com vocês ao longo do mestrado.

Às minhas melhores amigas e irmãs **Elaine Dias Melo** e **Karen Christinna Brandão de Oliveira**, pelo amor, amizade e incentivo ao longo dos anos da nossa amizade. Obrigado por sempre acreditarem e confiarem que eu posso alcançar meus sonhos.

Aos meus amados amigos **Danny Coutinho de Figueiredo**, **Hian Clisman de Medeiros Costa**, **Lucas Afonso Barreto Salomão**, **Thiago Augusto da Silva Santos**, **Thiago dos Santos Pinto** e **Paulo Sérgio Cordeiro Carneiro Júnior**, que mesmo distantes fisicamente sempre foram presentes na minha vida. Obrigado por compreenderem minhas ausências e minhas decisões de vida. Manaus torna-se mais especial quando estou com vocês. *"Tonight, we are young! So, let's set the world on fire! We can burn brighter than the sun!"*

To my best friend and brother **Christopher Pinto**, for all the love, friendship and respect over the years of our friendship. You and your family are very important to me and you are part of this achievement! I love you to the moon and back!

Ao meu amigo **Ígor Gonzaga Faria Nocente**, por ser família muito antes de ter Ribeirão Preto como casa. Seu apoio foi essencial, não somente na minha vida acadêmica, mas também na minha vida pessoal. Obrigado! *"In New York, concrete jungle where dreams are made of! My Daughter!"*

À amiga **Laura Corrêa Nunes Cherulli,** que permitiu que o seu lar se tornasse também o meu lar. *"Home is where our heart is..."*

Às amigas **Karen da Silva Santos**, **Maristel Silva Kasper**, **Marcela Gonçalves** e **Kisa Valladão Carvalho**, pelos momentos de carinho, acolhimento e descontração. *Merci beaucoup mes amies!*

À amiga e Profa. Dra. **Simone Santana da Silva**, pela amizade, pelas palavras de conforto e incentivo. Por sempre me proporcionar momentos que me permitem (re)significar e (re)aprender. *Je te remercie, Simone!*

À Profa. Dra. **Aline Aparecida Monroe** do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São e ao Prof. Dr. **José Luís Guedes dos Santos** do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, pela participação no Exame de Qualificação e pelas contribuições que auxiliaram na realização deste estudo.

À Profa. Dra. **Laís Mara Caetano da Silva** do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria e à Profa. Dra. **Aline Aparecida Monroe** do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São por terem aceitado participar como membros titulares da banca de defesa. Obrigado pelas reflexões e pela oportunidade se sempre (re)aprender com vocês.

Aos meus membros do **Grupo de Estudo Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB)**, pela receptividade, acolhimento e conhecimentos transmitidos ao longo dos anos.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** da **Universidade de São Paulo**, aos docentes, discentes e funcionários que sempre me acolheram.

Ao **Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, através de suas coordenadoras, aos docentes credenciados, aos discentes e ao corpo técnico que trabalham para mantê-lo como um programa de excelência.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública** da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, através de sua Comissão Coordenadora, aos docentes credenciados, aos discentes e ao corpo técnico que me possibilitaram cursar disciplinas da estrutura curricular do Programa.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** (**CNPq**) pela concessão da bolsa de Mestrado (Processo: 130205/2019-2) para execução desta pesquisa.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo** (**FAPESP**), processo n° 2018/14337-0, pela concessão do auxílio através do Projeto de Pesquisa – Regular.

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À **todos, todas** e **todes** aqueles que deixei de citar, mas que, direta ou indiretamente, tornaram a concretização deste trabalho possível. E que me (re)constituem enquanto sujeito e Enfermeiro.

Pneumotórax

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.

Poema escrito pelo poeta brasileiro Manuel Bandeira (1886-1968), publicado no livro Libertinagem em 1930.

RESUMO

A multidroga resistência é um fenômeno evolutivo considerado iatrogênico, devido a sua origem ser proveniente de tratamentos inadequados, abandono e/ou por esquemas terapêuticos de baixa potência contra o *Mycobacterium tuberculosis*. Dessa forma, tem-se como objetivo analisar a discursividade das pessoas com tuberculose multidroga-resistente acerca dos determinantes da sua condição de saúde, e as barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, que utilizou o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de Matriz Francesa, elaborado a partir do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Quatorze participantes foram elegíveis aos critérios de inclusão, entretanto, sete participantes, que estavam em tratamento no momento da entrevista, participaram do estudo. Da análise dos discursos dos participantes emergiram quatro blocos discursivos: (1) Impacto dos determinantes sociais no desenvolvimento da tuberculose multidroga-resistente; (2) Barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde da tuberculose multidroga-resistente; (3) Percepções sobre os efeitos colaterais e seu impacto no tratamento da tuberculose multidroga-resistente; e (4) Tuberculose multidroga-resistente e COVID-19: um diálogo necessário. Por meio das formações discursivas, essas demonstraram os determinantes da tuberculose multidroga-resistente. Considerando a complexidade envolvida na dinâmica da tuberculose multidroga-resistente, avançar em termos de equidade em saúde, ou seja, na redução de desigualdades sociais, é um desafio para as políticas públicas, principalmente no atual contexto vivenciado no Brasil, de acentuada crise econômica, política e social. Os estressores psicossociais e a falta de suporte social também devem ser destacados como determinantes intermediários da saúde. O estudo também evidenciou a situação da COVID-19, que consiste como uma importante barreira para as pessoas acometidas pela doença que buscam atendimento. Os participantes relataram medo, insegurança e preocupação em relação ao retorno às consultas médicas, o que pode contribuir para o agravamento da tuberculose no cenário em estudo.

Palavras-chave: Tuberculose multidroga-resistente; Determinantes; Discursos; Percepções; Saúde Pública.

ABSTRACT

Multidrug resistance is an evolutionary phenomenon considered to be iatrogenic, as its origin comes from inadequate treatments, abandonment and/or low potency therapeutic regimens against Mycobacterium tuberculosis. Thus, the objective is to analyze the discourse of people with multidrug-resistant tuberculosis about the determinants of their health condition, and the barriers faced for health care in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. This is an exploratory qualitative study, which used the theoretical-methodological framework of Discourse Analysis of a French Matrix, developed from the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research, carried out in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Fourteen participants were eligible for the inclusion criteria, however, seven participants, who were under treatment at the time of the interview, participated in the study. From the analysis of the participants' speeches, four discursive blocks emerged: (1) Impact of social determinants on the development of multidrug-resistant tuberculosis; (2) Barriers faced for the health care of multidrug-resistant tuberculosis; (3) Perceptions about side effects and their impact on the treatment of multidrug-resistant tuberculosis; and (4) Multidrug-resistant tuberculosis and COVID-19: a necessary dialogue. Through discursive formations, these demonstrated the determinants of multidrug-resistant tuberculosis. Considering the complexity involved in the dynamics of multidrug-resistant tuberculosis, advancing in terms of health equity, that is, in reducing social inequalities, is a challenge for public policies, especially in the current context experienced in Brazil, of severe economic crisis, political and social. Psychosocial stressors and lack of social support should also be highlighted as intermediary determinants of health. The study also highlighted the situation of COVID-19, which is an important barrier for people affected by the disease who seek care. Participants reported fear, insecurity and concern about returning to medical appointments, which may contribute to the worsening of tuberculosis in the study setting.

Keywords: Multidrug-resistant tuberculosis; Determinants; Discourses; Perceptions; Public Health.

RESUMEN

La multirresistencia es un fenómeno evolutivo considerado iatrogénico, ya que su origen proviene de tratamientos inadecuados, abandono y/o regímenes terapéuticos de baja potencia contra Mycobacterium tuberculosis. Así, el objetivo es analizar el discurso de las personas con tuberculosis multirresistente sobre los determinantes de su condición de salud y las barreras enfrentadas para la atención de la salud en Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, que utilizó el marco teórico-metodológico del Análisis del Discurso de una Matriz Francesa, desarrollado a partir de los Criterios Consolidados para Informar la Investigación Cualitativa, realizado en Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Catorce participantes fueron elegibles para los criterios de inclusión, sin embargo, siete participantes, que estaban en tratamiento en el momento de la entrevista, participaron en el estudio. Del análisis de los discursos de los participantes surgieron cuatro bloques discursivos: (1) Impacto de los determinantes sociales en el desarrollo de tuberculosis multirresistente; (2) Barreras enfrentadas para la atención de la salud de la tuberculosis multirresistente; (3) Percepciones sobre los efectos secundarios y su impacto en el tratamiento de la tuberculosis multirresistente; y (4) Tuberculosis multirresistente y COVID-19: un diálogo necesario. A través de formaciones discursivas, estos demostraron los determinantes de la tuberculosis multirresistente. Considerando la complejidad involucrada en la dinámica de la tuberculosis multirresistente, avanzar en términos de equidad en salud, es decir, en la reducción de las desigualdades sociales, es un desafío para las políticas públicas, especialmente en el contexto actual vivido en Brasil, de severa crisis económica, política y social. Los factores de estrés psicosocial y la falta de apoyo social también deben destacarse como determinantes intermediarios de la salud. El estudio también destacó la situación del COVID-19, que es una barrera importante para las personas afectadas por la enfermedad que buscan atención. Los participantes informaron miedo, inseguridad y preocupación por regresar a las citas médicas, lo que puede contribuir al empeoramiento de la tuberculosis en el entorno del estudio.

Palabras clave: Tuberculosis multirresistente; Determinantes; Discursos; Percepciones; Salud Pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Fluxograma de seleção dos artigos conforme o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), Ribeirão Preto, São Paulo, 2021..... 38

Figura 2 Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)..... 48

Figura 3 Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin (2010)..... 50

Figura 4 Localização geográfica de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021..... 61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Componentes da questão de pesquisa, segundo acrônimo PICo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021..... 35

Quadro 2 Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021..... 36

Quadro 3 Caracterização dos estudos incluídos na revisão, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021..... 40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características sociodemográficas, clínicas e operacionais dos participantes do estudo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021..... 73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
BSMP	Brazil Scientific Mobility Program
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CREPS	Centro Regional Especializado em Pneumologia Sanitária
CSF	Ciência Sem Fronteiras
CSI	College of Staten Island
CUNY	The City University of New York
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
GEOTB	Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILTB	Infecção Latente por Tuberculose
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS	Organização Mundial de Saúde
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PAIC	Programa de Apoio à Iniciação Científica
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PubMed	National Library of Medicine and the National Institutes of Health
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
Sars-Cov-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SP	São Paulo
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose multidroga-resistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRM	Teste Rápido Molecular
UBDS	Unidades Básicas Distritais de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 21

2. INTRODUÇÃO 27

3. REVISÃO DA LITERATURA 33

Etapa 1 - Estabelecimento da questão da pesquisa 34

Etapa 2 - Estabelecimento de critérios de inclusão, exclusão e a busca na literatura 35

Etapa 3 - Extração das informações dos estudos 38

Etapa 4 - Análise dos estudos incluídos 39

Etapa 5 - Interpretação dos resultados 39

Etapa 6 - Apresentação da Revisão 39

4. BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS 47

4.1 Determinantes Sociais da Saúde 48

4.2 Referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de Matriz Francesa 52

5. OBJETIVOS 57

5.1 Objetivo Geral 58

5.2 Objetivos Específicos 58

6. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA 59

6.1 Delineamento da Pesquisa 60

6.2 Cenário da Pesquisa 60

6.3 Participantes da pesquisa 61

6.4 Amostragem, tamanho da amostra e não participação 62

6.5 Roteiro para geração dos dados empíricos 62

6.6 Entrevistas 63

6.7 Organização dos dados empíricos 64

6.8 Dispositivo de análise dos dados empíricos 64

6.9 Aspectos éticos 67

7. RESULTADOS 69

7.1 Condições de produção 70

7.2 Blocos discursivos 74

7.2.1 Impacto dos determinantes sociais no desenvolvimento da tuberculose multidroga-resistente 75

7.2.2 Barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde da tuberculose multidroga-resistente 76

7.2.3 Percepções dos efeitos colaterais e seu impacto no tratamento da tuberculose multidroga-resistente 77

7.2.4 Tuberculose multidroga-resistente e COVID-19: um diálogo necessário 79

8. DISCUSSÃO 82

9. CONCLUSÃO 90

REFERÊNCIAS 93

APÊNDICES 106

APÊNDICE A - Roteiro para geração dos dados empíricos 107

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 112

ANEXOS 115

ANEXO A - Termo de Anuência da Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac” da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo 116

ANEXO B - Termo de Anuência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 117

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 118

1. APRESENTAÇÃO

> "Ao invés de tomar a palavra, gostaria de ser envolvido por ela e levado bem além de todo começo possível"
>
> Michel Foucault em a Ordem do Discurso. Aula Inaugural no Collège de France em 02 de dezembro de 1970.

O primeiro contato com a temática da tuberculose, deu-se no primeiro semestre do ano de 2014 na disciplina EMC028 - Enfermagem em Doenças Transmissíveis, da grade curricular do curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas (EEM-UFAM). As atividades práticas da referida disciplina foram realizadas no Centro Regional Especializado em Pneumologia Sanitária (CREPS) "Policlínica Cardoso Fontes", sob supervisão da Profa. Dra. Alaidistania Aparecida Ferreira.

No mesmo ano, fui contemplado com bolsa de graduação sanduíche pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do Programa Ciência sem Fronteiras (CSF) - *Brazil Scientific Mobility Program* (BSMP) no *Department of Nursing* da *The City University of New York - College of Staten Island* (CUNY-CSI), cumprindo atividades acadêmicas durante o período de 2014 a 2015.

Durante o período de Graduação Sanduíche, umas das disciplinas cursadas ao longo do período no exterior foi a disciplina NRS 323 - *Health Care Needs of Vulnerable Populations*, tendo como responsável pela disciplina a Profa. Dra. Mary Ellen McMorrow, disciplina que tinha como objetivo explorar o conceito de vulnerabilidade e seus efeitos nas necessidades de saúde. E como os fatores físicos, psicológicos, sociológicos, políticos e econômicos afetam indivíduos, famílias e comunidades à vulnerabilidade.

A disciplina propiciou o desenvolvimento de intervenções de qualidade, seguras e baseadas em evidências que possibilitavam a interrupção do ciclo de vulnerabilidade dentro das populações estudadas. Um dos tópicos abordados na disciplina foi a questão da tuberculose em imigrantes, predominante vindos de países com alta carga da doença, que estavam em descolamento para os Estados Unidos da América nos últimos anos.

No ano de 2016, retorno para o Brasil após a finalização do período de estudos no exterior, e na ocasião a Profa. Dra. Ana Carolina Scarpel Moncaio estava compondo o quadro de docentes da Escola de Enfermagem de Manaus da

Universidade Federal do Amazonas. Destaca-se que a Profa. Dra. Ana Carolina é egressa do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Dado o cenário epidemiológico da tuberculose no Amazonas, e principalmente na capital Manaus, submetemos sob orientação da Profa. Dra. Ana Carolina um projeto de iniciação científica para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) por meio Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), em que fomos contemplados com a aprovação e a indicação da bolsa da FAPEAM. Durante os anos de 2016 a 2017 realizei a pesquisa, que tinha como objetivo analisar os sentidos discursivos da prática gerencial nas ações de controle e tratamento da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Manaus/AM. Os resultados obtidos forneceram evidências científicas para auxiliar nas políticas públicas e tomadas de decisão no âmbito da gestão no cenário Amazônico.

Além da pesquisa realizada, ressalta-se também as atividades de extensão com a temática da tuberculose, realizadas nas escolas de educação básica, no Comitê de Controle da Tuberculose no Amazonas, nos serviços de Atenção Primária à Saúde e no Centro Regional Especializado em Pneumologia Sanitária (CREPS) “Policlínica Cardoso Fontes”. Todas as atividades de extensão estiveram sob o planejamento, execução e supervisão da Profa. Dra. Ana Carolina Scarpel Moncaio e contavam com a participação de estudantes de graduação de diversos períodos do curso de Enfermagem.

Ainda durante a graduação, fui inserido como membro do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), com forte presença no âmbito nacional e internacional, o qual possui como objetivo primário fomentar a produção de conhecimento interdisciplinar relacionado às novas tecnologias de trabalho, que envolvem diversos atores sociais como os usuários, profissionais da saúde, gestores e membros da sociedade, inseridos em específicos contextos sócio, político, econômico e cultural no sistema de serviços de saúde para o controle da tuberculose, por meio de estudos quantitativos e qualitativos.

Dando continuidade aos estudos sobre a tuberculose, ainda na graduação em 2018, iniciei as primeiras aproximações para orientação no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão

Preto da Universidade de São Paulo em nível de mestrado. A escolha pelo Programa deu-se principalmente pelo fato de que o fio condutor do Programa é a Saúde Coletiva, compreendida como um campo interdisciplinar que não se circunscreve a uma fundamentação teórica, mas aos conjuntos das ciências naturais, sociais e formais.

No processo seletivo, com o aceite de orientação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, fui aprovado dentro do número de vagas que contemplavam a indicação para bolsa de mestrado do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Durante o mestrado, tive a oportunidade de cursar disciplinas que foram importantes no processo de desenvolvimento da pesquisa, na formação docente e nas reflexões críticas sobre a conformação do campo da saúde pública brasileira, principalmente no que tange às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde.

Ainda no ano primeiro ano do mestrado, em 2019, tive a oportunidade de participar e compor a comissão organizadora da Escola de Altos Estudos “Determinantes Sociais e a Equidade no Cuidado em Enfermagem e em Saúde”, evento financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e com apoio institucional da EERP-USP, que tinha como um dos objetivos propiciar o processo de internacionalização da Enfermagem e dos Programas de Pós-Graduação na área da Enfermagem e áreas correlatas.

A participação na Escola de Altos Estudos foi singular. Nessa oportunidade, debateu-se sobre os Determinantes Sociais da Saúde e como estes influenciam a saúde das pessoas e das populações mais vulneráveis e, assim, como os estudos com essa temática podem fomentar a elaboração de possíveis soluções para o enfrentamento das iniquidades/desigualdades em saúde, oferecendo subsídios com as pesquisas para a tomada de decisões no campo das políticas públicas. A possibilidade de estar com pesquisadores internacionais, expoentes nas suas áreas de pesquisa, contribuiu para a ampliação das relações com diferentes grupos de pesquisa, bem como também para reflexões acerca do campo da saúde pública, bem como na qualificação desta dissertação de mestrado.

No primeiro semestre de 2020, participei como estagiário do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) desenvolvendo atividades de ensino-aprendizagem na disciplina ERM-0310 - Organização e Gestão em Saúde e Enfermagem na Atenção Básica, vinculada ao Departamento Materno-Infantil e Saúde

Pública e oferecida ao curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, oportunidade que contribuiu com o processo de aprendizado relacionado ao ensino e à docência..

A presente dissertação compõe o projeto “Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e paciente” com financiamento do Projeto de Pesquisa – Regular da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 2018/14337-0.

Assim, a pesquisa desenvolvida durante o mestrado objetivou analisar a discursividade das pessoas com tuberculose multidroga-resistente sobre os determinantes da sua condição de saúde, e as barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. O cenário de estudo selecionado, Ribeirão Preto, foi elencado devido à importância desse município no que tange ao controle e combate à tuberculose dentro da rede de atenção do Departamento Regional de Saúde XIII do estado de São Paulo, e ainda por se configurar como um *cluster* de risco para ocorrência de TB-MDR, como identificado na fase quantitativa do projeto (ARROYO et al., 2020).

Especificamente sobre esta dissertação de mestrado, é importante mencionar que ela se utiliza de uma abordagem qualitativa e busca responder a importantes questões relacionadas aos desafios assumidos em âmbito global para a eliminação da tuberculose. Ressalta-se que o estudo está inserido no Pilar 1 (prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente), Pilar 2 (políticas arrojadas e sistemas de apoio) e no Pilar 3 (intensificação da pesquisa e inovação) da Estratégia pelo Fim da Tuberculose, aprovada na Assembleia Mundial de Saúde e incorporada no âmbito brasileiro por meio do Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de Saúde Pública.

Destaca-se que os resultados desta dissertação de mestrado foram publicados no dia 09 de abril de 2021 no volume 16, número 04 da revista *PLOS ONE*, com Fator de Impacto 2.740 segundo mensuração da *Web of Science,* com o título *Patients’ perceptions regarding multidrug-resistant tuberculosis and barriers to seeking care in a priority city in Brazil during COVID-19 pandemic: A qualitative study* (SANTOS et al., 2021). A aprovação e a consequente publicação comprovam a relevância dos estudos

sobre a tuberculose multidroga-resistente e a utilização de abordagens qualitativas nas pesquisas na área da Saúde Pública.

Esta dissertação estrutura-se em Introdução, Revisão da Literatura, Objetivos, Bases Conceituais e Metodológicas, Resultados, Discussão e Conclusão.

2. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) perdura como um grave problema de saúde pública mundial. Apesar dos avanços alcançados para o controle da doença nos últimos anos, a tuberculose multidroga-resistente (TB-MDR) vem, com o passar dos anos, se convertendo de uma simples tendência a um risco elevado de transmissão entre a população, e a uma doença de difícil controle presente em escala global. A atual situação epidemiológica da COVID-19 agrava ainda mais a situação da doença no mundo (WHO, 2020a).

A incidência da TB está diretamente relacionada ao aumento da pobreza, a distribuição desigual de renda e ao aumento acelerado da urbanização dos grandes centros urbanos. O controle insuficiente da TB aponta para a necessidade de medidas efetivas de saúde pública. A recorrência cada vez maior da TB-MDR no âmbito global faz com que os esquemas terapêuticos utilizados sejam cada vez mais insuficientes em decorrência das diversas formas de resistência da doença (SINSHAW et al., 2019)

A multidroga resistência caracteriza-se como um fenômeno evolutivo considerado iatrogênico, devido à sua origem ser decorrente de tratamentos inadequados, abandono e/ou por esquemas terapêuticos de baixa potência contra o *Mycobacterium tuberculosis*. Quando a resistência envolve principalmente as drogas de primeira linha de combate (rifampicina e isoniazida), são necessários esquemas terapêuticos alternativos para o combate às cepas resistentes (BRASIL, 2019).

O padrão de resistência dos bacilos da TB é classificado de acordo com a quantidade e a classe farmacológica que as drogas das quais os bacilos são resistentes pertencem. A resistência pode ser do tipo monoressistente quando o bacilo é resistente à apenas um fármaco antituberculose, poliressistente quando as cepas possuem resistência a dois ou mais drogas antituberculose, com exceção da associação rifampicina e isoniazida, multirresistente quando há resistência, pelo menos, da rifampicina e isoniazida, podem ser de resistência extensiva (*extensively drug resistant*), que ocorre quando o *M. tuberculosis* é resistente à rifampicina e isoniazida acrescida de resistência a uma fluoroquinolona (qualquer delas) e aos injetáveis de segunda linha (amicacina, canamicina ou capreomicina) e do tipo resistência a rifampicina quando a resistência é identificada exclusivamente por meio do Teste Rápido Molecular (TRM) para TB (BRASIL, 2019).

Há dois modos para o desenvolvimento da resistência à tuberculose. O primeiro modo é a resistência adquirida (ou secundária) onde ocorre o desenvolvimento da TB-MDR durante o tratamento, devido ao uso irregular dos medicamentos, assim como

os abandonos frequentes após a exposição/infecção por bacilo sensível. Resultado do inadequado ou incompleto regime de tratamento para tuberculose, é consequência de monoterapia real ou encoberta por medicamentos ineficazes para as cepas que a pessoa acometida apresenta e o segundo modo é a resistência primária que resulta da exposição e infecção por bacilos resistentes, em pessoas nunca antes tratadas para tuberculose. (BRASIL, 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estimou-se um total de 465 mil casos de TB-MDR no ano de 2019, equivalente a 11% do total de pessoas que adoeceram por TB no mundo (WHO, 2020a). No mesmo ano, estimou-se que 3,3% dos novos casos de TB e 18% dos casos previamente tratados tiveram TB-MDR (WHO, 2020a).

De acordo com os últimos dados divulgados pela coorte mundial de TB-MDR, das pessoas afetadas pela doença que iniciaram tratamento para TB-MDR, somente 57% completaram o tratamento com sucesso, 16% perderam o seguimento do tratamento, 7% tiveram falha no tratamento, 15% morreram, e 5% não apresentaram informações sobre o desfecho (WHO, 2020a). Quando esses achados são comparados aos desfechos de casos novos e retratamento da TB sensível, com o percentual de 85% de cura, os dados estão bem abaixo daqueles relacionados às pessoas acometidas pela TB-MDR, consistindo em um dos principais desafios globais para o controle da doença (WHO, 2020a).

No ano de 2019, o número total de pessoas diagnosticadas com TB que realizaram exames específicos para a TB-MDR foi maior do que anos anteriores. Mundialmente, 81% das pessoas previamente tratadas e 59% dos novos casos foram testados para a TB-MDR, o que representam um crescimento de 10% e 61%, respectivamente, em relação ao ano de 2018 (WHO, 2020a). Esse aumento deve-se particularmente a implantação e uso do GeneXpert MTB/RIF e ao aprimoramento dos diagnósticos laboratoriais (WHO, 2020a).

No Brasil, a TB ainda persiste como um grande agravo de saúde pública, tendo ligação direta com as questões socioeconômicas (BRASIL, 2019). Em relação aos demais países, o Brasil figura dentre os 20 países com a maior carga da doença, sendo responsável por 0,9% dos casos estimados no mundo e 33% dos casos estimados para o continente americano (WHO, 2020a). O estado de São Paulo no ano de 2020 apresentou o coeficiente de incidência de 34,2 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2021). Entre 2015 e 2020, foram diagnosticados 7.749 casos de TB-MDR,

com uma concentração dos casos nas capitais (53%). Desses, 69% ocorreram em pessoas do sexo masculino, 66% em pessoas negras e 46% em pessoas com idade entre 30 e 49 anos. Adicionalmente, observou-se que 98% desses casos apresentavam a forma pulmonar. Especificamente no ano de 2020, foram diagnosticados 913 casos de TB-MDR no país (BRASIL, 2021).

Dados de um inquérito realizado no Brasil apontam uma predominância dos casos de TB-MDR da forma adquirida, o que representa uma tendência do país em ainda sofrer com tratamentos de baixa eficácia ou com uso de drogas ineficientes (BARBOSA; LEVINO, 2013; MARQUES et al., 2014). Para Orenstein et al. (2009), o sucesso no tratamento ocorre em aproximadamente 50% dos casos, enquanto os óbitos e abandonos alcançam 24%, valores drasticamente inferiores se comparados aos tratamentos da TB sensível.

É relevante elucidar os determinantes da TB-MDR devido às consequências dessa forma da doença para as pessoas com TB, que são submetidas a tratamentos extensos, complexos, estigmatizantes e com utilização de fármacos de alto potencial tóxico, levando a piores prognósticos e a investimentos exorbitantes do sistema público de saúde (ARROYO, 2020; OGA-OMENKA, 2020).

De acordo com a OMS, as pessoas acometidas pela TB-MDR chegam a despender 20 vezes mais investimentos financeiros se comparadas às pessoas acometidas pela TB sensível (RAMMA et al., 2015). Cabe destacar que o investimento das famílias com o tratamento é geralmente acima de 20% da renda anual familiar, o que se constitui enquanto um impacto importante para as famílias com menor poder aquisitivo (WHO, 2017).

A literatura tem evidenciado os principais determinantes relacionados à TB-MDR como características individuais (sexo, idade, nível educacional), comportamentais (tabagismo, álcool, abuso de substâncias), clínicas (Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e outras doenças associadas), histórico de tratamento prévio, tipo de resistência, acesso aos serviços de saúde resolutivos e de qualidade, proteção social, políticas compensatórias, de transferência de renda e melhorias do contexto social (LÖNNROTH et al., 2013).

Além disso, o baixo nível de escolaridade tem um papel importante no início e na perda de seguimento do tratamento da TB-MDR. O baixo nível educacional, assim como o baixo nível socioeconômico, está associado a infraestruturas deficientes,

constituindo-se como fatores limitantes ao acesso aos serviços de saúde. Alguns fatores comportamentais, como o abuso de álcool, também são preditores que determinam o sucesso ou até mesmo a falha do tratamento. Os grupos de baixa renda tendem a ter níveis mais elevados de danos relacionados a questões comportamentais do que os grupos de alta renda (DI GENNARO et al., 2017; PIZZOL et al., 2018).

As intervenções de proteção social são estratégias relevantes que apoiam a redução da pobreza e, consequentemente, proporcionam melhores resultados em relação ao tratamento, com efeitos adicionais na redução dos casos de TB-MDR (DI GENNARO et al., 2017; PIZZOL et al., 2018). Esses determinantes têm grande influência na busca por atendimento das pessoas acometidas pela TB-MDR, bem como na adesão aos tratamentos e regimes medicamentosos prescritos (SILVA et al., 2018).

Estudos evidenciam fatores associados à não adesão, como longo tempo de tratamento, intolerância aos medicamentos, desconhecimento sobre a doença, pobreza e desigualdade nos locais de residência das pessoas acometidas pela TB-MDR e também a formação de vínculos frágeis com os profissionais de saúde (ORENSTEIN et al., 2009). Além da adesão, o acolhimento realizado nos serviços de saúde configura-se como um fator importante para a adesão da pessoa com TB-MDR ao esquema terapêutico (WANG et al., 2019).

Embora estudos tenham sido realizados para compreender os fatores que influenciam no desenvolvimento da TB-MDR adquirida, a maioria foi delineado em uma abordagem quantitativa (NELLUMS et al., 2018; WANG, et al., 2019); poucos estudos incluem a percepção e avaliação das pessoas com TB-MDR e suas experiências na busca por atendimento, bem como os desafios associados a esse processo (BHERING et al., 2020), principalmente no Brasil.

A percepção da pessoa acometida pela TB-MDR é relevante para subsidiar a elaboração de políticas públicas de saúde e na qualificação dos cuidados prestados a essa população, evitando novos casos de TB-MDR e, consequentemente, quebrando a cadeia de transmissão de cepas resistentes, que são mais agressivas e graves, além de possuir um longo curso de tratamento e maior dificuldade de controle (BRASIL, 2019).

Nesse ínterim, em 11 de março de 2020, a OMS anunciou a *coronavírus disease 19* (COVID-19) como uma pandemia, registrando, à época, 118.319 casos e

4.292 mortes em diferentes continentes. Em menos de um mês, o número de casos de infecção pelo vírus SARS-CoV-2, agente causador da COVID-19, atingiu 1.279.722 de pessoas, com 72.614 óbitos diretamente relacionados à infecção em todo o mundo (WHO, 2020b).

Ao contrário da COVID-19, a TB é conhecida por afetar a humanidade há milhares de anos e foi declarada uma emergência global pela OMS desde 1993. De acordo com a OMS, cerca de 10 milhões de pessoas são afetadas pela TB em todo o mundo, com mais de 1,2 milhão de pessoas indo a óbito ao ano, e 3.014 óbitos por dia (WHO, 2020a). É importante mencionar que, nos últimos dez anos, o Brasil não tem conseguido alcançar as metas de conclusão do tratamento (sucesso de tratamento), com percentuais em torno de 71%, quando a meta é de no mínimo 85%, o que faz refletir sobre os riscos de desenvolvimento da TB-MDR (WHO, 2020a).

Justifica-se, portanto, a realização de estudos com o objetivo de compreender a complexidade que tangencia as pessoas acometidas pela TB sensível para o desenvolvimento da TB-MDR e, ainda, quais as barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde dessa população. Estudos recentes vêm demonstrando pioras e retrocessos em até uma década nos indicadores epidemiológicos da TB no Brasil, incluindo a conclusão do tratamento, após o início da pandemia causa pela COVID-19 (SILVA et al., 2021)

Embora ainda não existam estudos associando os piores desfechos clínicos da TB à COVID-19, é importante considerar que tanto o *Mycobacterium tuberculosis* quanto o SARS-CoV-2 atacam principalmente os pulmões e afetam os mais vulneráveis, tanto biologicamente quanto socialmente, o que remete à necessidade de articulação intersetorial para o enfrentamento de ambas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Uma revisão de literatura utilizando da sistematização proveniente da Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi conduzida com o objetivo de identificar os estudos que abordassem a temática das pessoas acometidas pela TB-MDR e ainda os desenhos de estudos mais utilizados para a compreensão dos determinantes da TB-MDR e os desafios dessa população no acesso aos serviços de saúde, à luz dos contextos sociais e considerando a subjetividade das pessoas acometidas durante o tratamento e das suas relações com o universo dos sentidos. Desta forma, com a revisão, identificou-se as lacunas de conhecimento e a originalidade desta pesquisa, considerando o que foi produzido na literatura até o momento.

A RIL é uma de pesquisa de revisão baseada em evidências, que tem o potencial de evidenciar uma compreensão abrangente sobre determinados assuntos específicos e apontar as lacunas existentes no conhecimento e que necessitam de novos estudos (SOUZA et al., 2010; ERCOLE et al., 2014).

Desta forma, foi seguido o método proposto por Mendes, Silveira e Galvão, (2008) para elaboração da revisão integrativa, sendo as seguintes etapas seguidas para a elaboração desta revisão:

1) Estabelecimento da questão da pesquisa;
2) Critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura;
3) Extração das informações dos estudos;
4) Análise dos estudos incluídos;
5) Interpretação dos resultados;
6) Apresentação da revisão.

Etapa 1 - Estabelecimento da questão da pesquisa

A questão de pesquisa principal foi estabelecida de acordo com a estratégia ‘PICo’ (População, Interesse e Contexto), a qual foi adaptada para este estudo (AROMATARIS; MUNN, 2017). Foram utilizadas a População (pessoas com TB-MDR), Interesse (Determinantes Sociais da Saúde) e Contexto (Percepção dos doentes em tratamento) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Os componentes da questão de pesquisa, segundo o acrônimo “PICo”, estão evidenciados no Quadro 1.

Quadro 1 - Componentes da questão de pesquisa, segundo acrônimo PICo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021.

Descrição	Abreviação	Componentes da pesquisa
População	P	Pessoas com TB-MDR
Interesse	I	Determinantes Sociais da Saúde
Contexto	Co	Percepção dos doentes em tratamento

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa maneira, a questão de pesquisa principal que norteou a revisão integrativa foi a seguinte: Quais são os determinantes sociais da saúde relacionados à TB-MDR na perspectiva dos doentes em tratamento?

Etapa 2 - Estabelecimento de critérios de inclusão, exclusão e a busca na literatura

Foram incluídos nesta revisão de literatura estudos que tivessem os casos de TB como objeto central de estudo e que o objetivo do estudo propusesse compreender os determinantes da TB-MDR, os sentidos e significados das pessoas acometidas, os desafios para a busca e/ou continuidade do cuidado em saúde.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos primários nos idiomas inglês, português ou espanhol; publicados nos últimos 10 anos (2011-2021) e disponíveis na íntegra. Adotou-se ainda como critério de inclusão pesquisas de orientação qualitativa ou que no método estivesse descrito uma abordagem quantitativa-qualitativa e/ou pesquisa de métodos mistos. Já como critérios de exclusão, foram: não ter um estudo de abordagem qualitativa no método do estudo, não ter a técnica de coleta de dados reportada na pesquisa, o estudo não possuir *verbatim* incluídos nos resultados. Também foram incluídos como critérios de exclusão teses, dissertações, revisões de literatura e a literatura cinzenta.

Os termos utilizados nas pesquisas nas bases de dados, extraídos do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), foram: tuberculose, tuberculose multidroga-resistente, percepção, paciente e

determinantes, assim como suas respectivas versões em inglês e espanhol. O Quadro 2 apresenta as estratégias de busca utilizadas em cada base de dados inserida na revisão.

Quadro 2 - Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021.

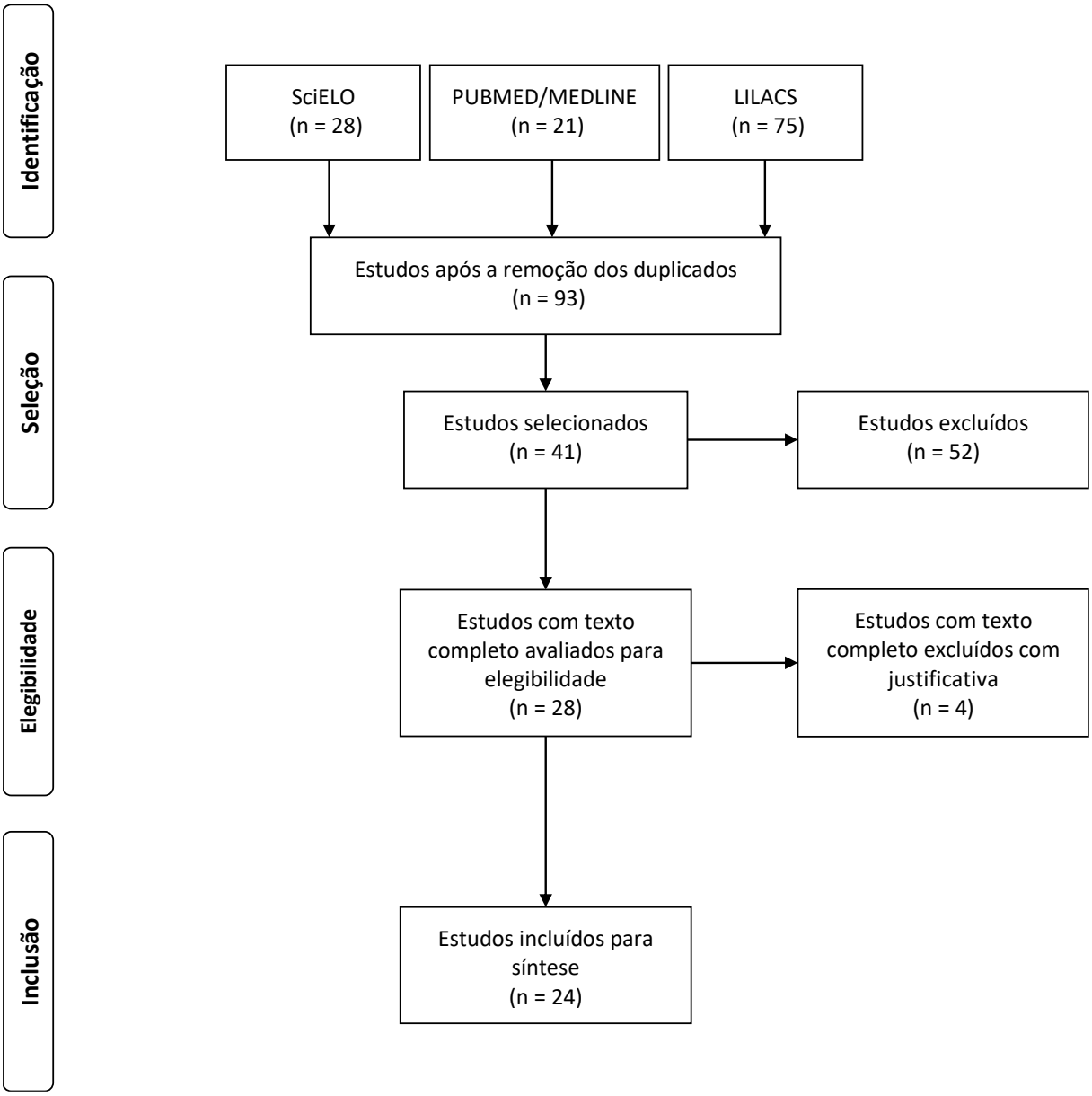
Bases de dados	**Estratégias de busca**
SciELO	(tuberculose multidroga resistente) AND (paciente) AND (percepção) AND (determinantes) OR (multidrug-resistant tuberculosis) OR (patient) OR (percption) OR (determinant) OR (tuberculosis multirresistente) OR (paciente) OR (percepción) OR (determinant)
PubMed / MEDLINE	(((multidrug-resistant tuberculosis) AND (patient)) AND (perception)) AND (determinants) ("tuberculosis, multidrug resistant"[MeSH Terms] OR ("tuberculosis"[All Fields] AND "multidrug resistant"[All Fields]) OR "multidrug-resistant tuberculosis"[All Fields] OR ("multidrug"[All Fields] AND "resistant"[All Fields] AND "tuberculosis"[All Fields]) OR "multidrug resistant tuberculosis"[All Fields]) AND ("patient s"[All Fields] OR "patients"[MeSH Terms] OR "patients"[All Fields] OR "patient"[All Fields] OR "patients s"[All Fields]) AND ("percept"[All Fields] OR "perceptibility"[All Fields] OR "perceptible"[All Fields] OR "perception"[MeSH Terms] OR "perception"[All Fields] OR "perceptions"[All Fields] OR "perceptional"[All Fields] OR "perceptive"[All Fields] OR "perceptiveness"[All Fields] OR "percepts"[All Fields]) AND ("analysis"[MeSH Subheading] OR "analysis"[All Fields] OR "determination"[All Fields] OR "determinant"[All Fields] OR "determinants"[All Fields] OR "determinate"[All Fields] OR "determinated"[All Fields] OR "determinates"[All Fields] OR "determinating"[All Fields] OR "determinations"[All Fields] OR "determine"[All Fields] OR "determined"[All Fields] OR "determines"[All Fields] OR "determining"[All Fields])
LILACS	(tuberculose multidroga resistente) AND (paciente) AND (percepção) AND (determinantes) OR (multidrug-resistant tuberculosis) OR (patient) OR (percption) OR (determinant) OR (tuberculosis multirresistente) OR (paciente) OR (percepción) OR (determinant) (AND (fulltext:("1" OR "1" OR "1") AND type_of_study:("qualitative_research")) AND (year_cluster:[2011 TO 2021])

Fonte: Elaborado pelo autor.

A busca foi realizada em fevereiro e março de 2021, nas seguintes bases de dados e biblioteca eletrônica: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE)/PubMed (*National Library of Medicine and the National Institutes of Health*) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*).

Nas bases de dados, foram utilizadas as combinações dos termos referidos acima com o uso dos operadores booleanos "*AND*" e "*OR*". As buscas foram realizadas no mesmo dia e, a seleção dos artigos foi feita pelo pesquisador. Na ocorrência de dúvidas, um segundo pesquisador contribuiu para o consenso. O fluxograma do processo de seleção dos artigos seguiu o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) está descrito conforme a Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), Ribeirão Preto, São Paulo, 2021.



Fonte: Adaptado de MOHER et al., 2009.

Etapa 3 - Extração das informações dos estudos

Nesta etapa ocorreu a estruturação do banco de dados, que contempla as informações essenciais extraídas dos estudos selecionados. Os dados coletados devem conter a amostra do estudo, metodologia proposta, resultados e conclusões do material analisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Foi utilizado um roteiro de extração de informações com os seguintes itens: título, base de dados na qual o

estudo foi localizado, autor, país, ano, local de estudo, objetivos, participantes do estudo, período da pesquisa, desenho do estudo e o método utilizado, resultados, principais conclusões e limitações do estudo.

Etapa 4 - Análise dos estudos incluídos

Ocorreu a análise crítica e detalhada dos estudos. Nesta fase, a experiência e competências do revisor influenciam na decisão sobre a análise dos métodos e resultados dos estudos que serão utilizados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A análise dos estudos encontrados foi realizada de forma descritiva, o que permitiu apontar aspectos importantes relacionados aos estudos incluídos.

Etapa 5 - Interpretação dos resultados

Refere-se à etapa de discussão e comparação dos resultados, identificando as conclusões e implicações resultantes da revisão da literatura, além de encontrar possíveis lacunas que podem conduzir ao desenvolvimento de novas pesquisas, a fim de melhorar a assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Etapa 6 - Apresentação da Revisão

Trata-se da apresentação da síntese do conhecimento. Cada etapa da revisão e quais os principais resultados constatados, conforme a leitura dos estudos incluídos. As iniciativas dos revisores terão impacto no resultado final; as conclusões podem ser questionadas, caso a revisão seja produzida com base em uma metodologia questionável (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O Quadro 3 apresenta os estudos incluídos na revisão.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021.

ESTUDO	TÍTULO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS UTILIZADA	REFERENCIAL PARA ANÁLISE DE DADOS	LOCAL DE ESTUDO
E1	Patients' perceptions regarding multidrug-resistant tuberculosis and barriers to seeking care in a priority city in Brazil during COVID-19 pandemic: A qualitative study.	SANTOS, F. L. et. al.	2021	PLOS ONE	Analisar os discursos de pacientes com diagnóstico de tuberculose multirresistente, a percepção do porquê essa condição de saúde foi adquirida e as barreiras para buscar atendimento em município prioritário do Brasil durante a pandemia do COVID-19.	Entrevistas semiestruturas	Análise de Discurso de matriz francesa	Brasil
E2	Factors contributing to drug-resistant tuberculosis treatment outcome in five countries in the Eastern Europe and Central Asia region	AUER, C. et al.	2020	Monaldi Archives for Chest Disease	Determinar os fatores que contribuem para os resultados do tratamento observados entre pacientes com TB-MDR nos países da Europa Oriental e Ásia Central (EECA)	Entrevistas em profundidade e grupos focais	Abordagem de estrutura	Azerbaijão, Bielorrússia, Romênia, Tajiquistão e Ucrânia
E3	“Death is a better option than being treated like this”: a prevalence survey and qualitative study of depression among multi-drug resistant tuberculosis in-patients	HUQUE, R. et al.	2020	BMC Public Health	Identificar a prevalência da comorbidade depressão entre pacientes internados em tratamento para tuberculose multidroga-resistente e explorar suas experiências de comorbidade e o atendimento que receberam em um grande hospital especializado em tórax em Dhaka, Bangladesh.	Entrevistas semiestruturas	Análise temática	Bangladesh
E4	Person-centred care in practice: perspectives from a short course regimen for multi-drug resistant tuberculosis in Karakalpakstan, Uzbekistan	HORTER, S. et al.	2020	BMC Infectious Diseases	Avaliar percepções e experiências relacionadas ao cuidado centrado na pessoa, incluindo a tomada de decisão compartilhada para opções de tratamento, considerando como o conceito pode ser realizado na prática.	Entrevistas em profundidade	Análise temática	Uzbequistão

E5	“Take the treatment and be brave”: Care experiences of pregnant women with rifampicin-resistant tuberculosis	LOVEDAY, M. et al.	2020	PLOS ONE	Descrever as jornadas de tratamento de mulheres grávidas com TB-RR - incluindo como suas experiências de cuidado moldam suas identidades - e identificar áreas nas quais intervenções personalizadas são necessárias.	Entrevistas em profundidade	Teoria Fundamentada nos Dados	África do Sul
E6	“A very humiliating illness”: a qualitative study of patient-centered Care for Rifampicin-Resistant Tuberculosis in South Africa	FURIN, J. et al.	2020	BMC Public Health	Descrever o itinerário dos pacientes em diferentes níveis e unidades de saúde, a fim de visualizar até que ponto o tratamento da TB-RR foi descentralizado em diferentes configurações geográficas e do sistema de saúde.	Entrevistas semiestruturadas	Análise de Rede Temática	África do Sul
E7	Improving outcomes for multi-drug-resistant tuberculosis in the Peruvian Amazon – a qualitative study exploring the experiences and perceptions of patients and healthcare professionals	MCNALLY, T. W, et al.	2019	BMC Health Services Research	Explorar as experiências e percepções de pacientes com MDR-TB e profissionais de saúde em Loreto, a fim de identificar barreiras e facilitadores para alcançar resultados ideais e ajudar a informar estratégias de gestão futuras	Entrevistas semiestruturadas e entrevistas em profundidade	Análise de Conteúdo Temática	Peru
E8	'I didn't know so many people cared about me': support for patients who interrupt drug-resistant TB treatment	SNYMAN, L. et al.	2018	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease	Explorar as experiências e percepções dos pacientes, pessoas-chave de apoio, profissionais de saúde (profissionais de saúde) e gerentes de programas de um modelo centrado no paciente.	Entrevistas em profundidade	Análise de Rede Temática	África do Sul
E9	Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment	DESHMUKH, R. D. et al.	2018	Indian Journal of Tuberculosis	Compreender os fatores relacionados ao paciente e aos profissionais de saúde para a adesão ao tratamento da TB-MDR e conclusão bem-sucedida do tratamento.	Entrevistas em profundidade	Teoria Fundamentada nos Dados	Índia

E10	Development of a Patient-Centred, Psychosocial Support Intervention for Multi-Drug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) Care in Nepal	KHANAL, S. et al.	2017	PLOS ONE	Desenvolver uma intervenção para melhorar o bem-estar psicossocial de pacientes com MDR-TB no Nepal.	Entrevistas semiestruturas e grupos focais	Abordagem de estrutura	Nepal
E11	Health system factors influencing management of multidrug-resistant tuberculosis in four European Union countries - learning from country experiences	DE VRIES, G. et al.	2017	BMC Public Health	Identificar e compreender melhor o papel que várias características de um sistema de saúde desempenham na obtenção de um bom resultado no tratamento da TB-MDR.	Entrevistas semiestruturadas	Análise de Conteúdo	Áustria, Bulgária, Espanha e Reino Unido
E12	Multidrug-resistant tuberculosis patients' views of interventions to reduce treatment loss to follow-up	TUPASI, T. et al.	2017	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease	Descrever as opiniões dos pacientes sobre as intervenções atuais e sugerir mudanças que possam reduzir a perda de acompanhamento da MDR-TB.	Entrevistas em profundidade	Análise temática	Filipinas
E13	Financial barriers and coping strategies: a qualitative study of accessing multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis care in Yunnan, China	HUTCHISON, C. et al.	2017	BMC Public Health	Explorar as barreiras para um atendimento bem-sucedido com foco em pacientes com TB-MDR	Entrevistas em profundidade e grupos focais	Análise temática aberta	China
E14	'They prefer hidden treatment': anti-tuberculosis drug-taking practices and drug regulation in Karakalpakstan	STRINGER, B. et al.	2016	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease	Compreender as atitudes de pacientes e prescritores em relação à prescrição, regulamentação e comportamento de consumo de medicamentos antituberculose.	Entrevistas em profundidade	Análise temática	Caracalpaquistão
E15	"When Treatment Is More Challenging than the Disease": A Qualitative Study of MDR-TB Patient Retention	SHRINGARPURE, K. S. et al.	2016	PLOS ONE	Entender as perspectivas dos pacientes e provedores sobre os motivos da perda de acompanhamento e suas sugestões para melhorar a retenção em cuidados.	Entrevista semiestruturadas	Análise de rede temática	Índia
E16	"My Favourite Day Is Sunday": Community Perceptions of (Drug-Resistant) Tuberculosis and Ambulatory Tuberculosis Care in Kara Suu District, Osh Province, Kyrgyzstan	BURTSCHER, B. et al.	2016	PLOS ONE	Compreender a percepção da TB e DR-TB a fim de melhorar a eficácia e aceitação da intervenção dos Médicos Sem Fronteiras e apoiar estratégias de defesa de um modelo de atenção ambulatorial.	Entrevistas em profundidade	Análise de Conteúdo	Quirguistão

E17	Where there is hope: a qualitative study examining patients' adherence to multi-drug resistant tuberculosis treatment in Karakalpakstan, Uzbekistan	HORTER, S. et al.	2016	BMC Infectious Diseases	Fornecer uma visão sobre os padrões de adesão dos pacientes, explorando as barreiras e facilitadores para a tomada de tratamento, a fim de informar estratégias futuras de apoio à adesão.	Entrevistas em profundidade	Teoria Fundamentada nos Dados	Uzbequistão
E18	Patient and Provider Reported Reasons for Lost to Follow Up in MDRTB Treatment: A Qualitative Study from a Drug Resistant TB Centre in India	DESHMUKH, R. D. et al.	2015	PLOS ONE	Obter uma melhor compreensão dos fatores relacionados ao paciente e aos profissionais de saúde para perda de acompanhamento no tratamento da TB-MDR.	Entrevistas semiestruturadas	Teoria Fundamentada nos Dados	Índia
E19	Pathways to multidrug-resistant tuberculosis diagnosis and treatment initiation: a qualitative comparison of patients' experiences in the era of rapid molecular diagnostic tests	NAIDOO, P. et al.	2015	BMC Health Services Research	Explorar e comparar as experiências dos pacientes com TB-MDR do seu diagnóstico e início de tratamento baseados em algoritmos de diagnóstico do GenoType MTBDRplus e Xpert® MTB / RIF.	Entrevistas em profundidade	Codificação aberta	África do Sul
E20	"Home is where the patient is": a qualitative analysis of a patient-centred model of care for multi-drug resistant tuberculosis	HORTER, S. et al.	2014	BMC Health Services Research	Examinar a experiência dos pacientes e principais interessados com o objetivo de determinar a aceitabilidade e acessibilidade dos programas de tratamento e cuidados domiciliares da TB-MDR em Kitgum e Lamwo.	Entrevistas semiestruturadas e grupos focais	Análise iterativa de dados	Uganda
E21	'I'm fed up': experiences of prior anti-tuberculosis treatment in patients with drug-resistant tuberculosis and HIV	FURIN, J. et al.	2014	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease	Compreender o impacto de experiências anteriores de tratamento anti-tuberculose entre pacientes co-infectados com o vírus da imunodeficiência humana e tuberculose multidroga-resistente (TB-MDR) nas percepções e atitudes em relação ao tratamento.	Entrevistas em profundidade	Análise temática	Índia

E22	Effects of Ecuador's national monetary incentive program on adherence to treatment for drug-resistant tuberculosis	SRIPAD, A. et al.	2014	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease	Descrever as experiências dos pacientes com o programa qualitativamente e avaliar seus efeitos na adesão ao tratamento.	Entrevistas individuais	Análise temática	Equador
E23	'I cry every day': experiences of patients co-infected with HIV and multidrug-resistant tuberculosis	ISAAKIDIS, P. et al.	2013	Tropical Medicine and International Health	Compreender os desafios dos pacientes em aderir ao tratamento para a coinfecção MDR-TB / HIV dentro do contexto de suas circunstâncias de vida e acesso a cuidados e suporte.	Entrevistas individuais	Análise temática	Índia
E24	Perceptions, health care seeking behaviour and implementation of a tuberculosis control programme in Lambaréné, Gabon	CREMERS, A. L. et al.	2013	International Journal of Tuberculosis and Lung Disease	Descrever as percepções dos pacientes sobre a tuberculose (TB) e determinar os fatores que influenciam o comportamento de busca de cuidados de saúde para obter informações sobre o manejo da TB multidroga-resistente.	Observação participante, entrevistas semiestruturadas em profundidade e grupos focais	Análise temática	Gabão

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos 24 estudos incluídos na revisão, todos foram publicados no idioma inglês. As produções estão delimitadas no recorte temporal de 2011 a 2021, nas bases de dados LILACS (n=15) e MEDLINE/PUBMED (n=9). Na biblioteca eletrônica SciELO, não foram identificados estudos que respondessem à pergunta de pesquisa e que contemplasse os critérios de inclusão.

No que concerne ao local de estudo, os estudos tiveram como cenários os continentes Asiático (n=13), Africano (n=6), Americano (n=3), Europeu (n=1) e um dos estudos possuí países da Europa, bem como também países do continente Asiático. Ressalta-se que o único estudo identificado na literatura que teve como cenário de estudo o Brasil, é o estudo que apresenta os resultados desta dissertação (SANTOS et al., 2021).

A abordagem qualitativa, suas técnicas de coletas de dados e de análise de dados são amplamente discutidas na literatura. Em relação às técnicas de coleta de dados, predominaram as entrevistas em profundidade (n=10), seguida pelas entrevistas semiestruturadas (n=08), entrevistas semiestruturadas com a utilização de grupos focais (n=02), entrevistas em profundidade com a utilização de grupos focais (n=02), entrevistas semiestruturadas com entrevistas em profundidade (n=01) e entrevistas semiestruturadas com utilização de entrevistas em profundidade e grupos focais (n=01).

As entrevistas semiestruturadas e em profundidade têm o potencial de explorar as experiências das pessoas com TB-MDR, bem como o seu envolvimento com o tratamento e o processo de cuidado durante a doença. Compreender as percepções e como o processo no cuidado em saúde foi vivenciado e suas opiniões, fornece evidências de como o processo do tratamento e do estar com TB-MDR, influenciam no cotidiano de vida das pessoas.

Em relação as técnicas de análise dos dados, o uso da Análise Temática foi predominante (n=08), seguida pela Teoria Fundamentada nos Dados (n=04), Análise de Rede de Rede Temática (n=03), Abordagem de estrutura (n=02), Análise de Conteúdo (n=02), Análise de Conteúdo Temática (n=01), Codificação aberta (n=01), Análise Iterativa (n=01), Análise Temática Aberta (n=01) e Análise de Discurso de Matriz Francesa (n=01).

Quanto aos desenhos dos estudos, dos artigos selecionados que compõem esta RIL, há predomínio do uso de abordagens qualitativas (n=20), seguida de abordagens quantitativa-qualitativa (n=2) e de pesquisas de Métodos Mistos (n=02).

Ressalta-se que nos estudos que utilizaram as abordagens quantitativa-qualitativa, a abordagem qualitativa foi usada somente para fornecer uma maior elucidação acerca dos dados quantitativos obtidos nas análises dos dados, mas foram inseridos na revisão pois incluía nos objetivos compreender a percepção da pessoa com TB-MDR. Os estudos de Métodos-Mistos integraram os dados quantitativos e qualitativos, gerando uma discussão mais ampliada em relação a percepção das pessoas com TB-MDR, dos profissionais de saúde e do próprio sistema de saúde.

Assim, a dissertação em tela preenche uma importante lacuna do conhecimento, sendo o pioneiro no Brasil a ter exclusivamente a TB-MDR e a percepção das pessoas acometidas pela doença como objeto central do estudo, tendo como dispositivo de implicação a pandemia da SARS-CoV-2 (COVID,19) e utilizando o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de matriz francesa como ferramenta para analisar os determinantes da TB-MDR nas pessoas em tratamento.

Ressalta-se também a importância da realização da pesquisa em uma cidade prioritária não somente para TB como também para TB-MDR, bem como para outros cenários onde a TB é uma doença de caráter endêmico. No mais, os resultados em nível de evidência científica poderão subsidiar gestores de programas de controle da TB e orientar a formulação e implantação de políticas públicas, em especial no que tange ao controle e à eliminação da TB (<10 casos por 100.000 habitantes).

Este estudo está inserido no Pilar 1 (prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente), Pilar 2 (políticas arrojadas e sistemas de apoio) e no Pilar 3 (intensificação da pesquisa e inovação) da Estratégia pelo Fim da Tuberculose aprovada na Assembleia Mundial de Saúde e incorporada no âmbito brasileiro por meio do Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de Saúde Pública.

4. BASES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

4.1 Determinantes Sociais da Saúde

Pretende-se, nesse momento, elucidar os conceitos relacionados aos determinantes sociais da saúde. Na literatura, pode-se deparar com diferentes definições e até terminologias, mas especificamente para esta dissertação, assumiu-se o conceito dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS) da OMS, que os define como as condições sociais, políticas e econômicas em que as pessoas estão inseridas e que influenciam na equidade em saúde e no bem-estar, refletindo desde modo, no processo saúde-doença (WHO, 2010).

No âmbito brasileiro, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) fornece um conceito ampliado de que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008).

O modelo dos DSS inicialmente proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) esquematiza a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde, sendo este o modelo teórico adotado pela CNDSS (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; WHO, 2010). O modelo dos DSS é apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Fonte: COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (2008)

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) dispõe os DSS em diferentes camadas que vão desde uma primeira camada proximal, na qual estão localizados os determinantes individuais até uma camada mais distal, na qual se encontram os macrodeterminantes. Os indivíduos compõem a primeira camada no centro do modelo, que representa determinantes como a idade, o sexo e os fatores hereditários.

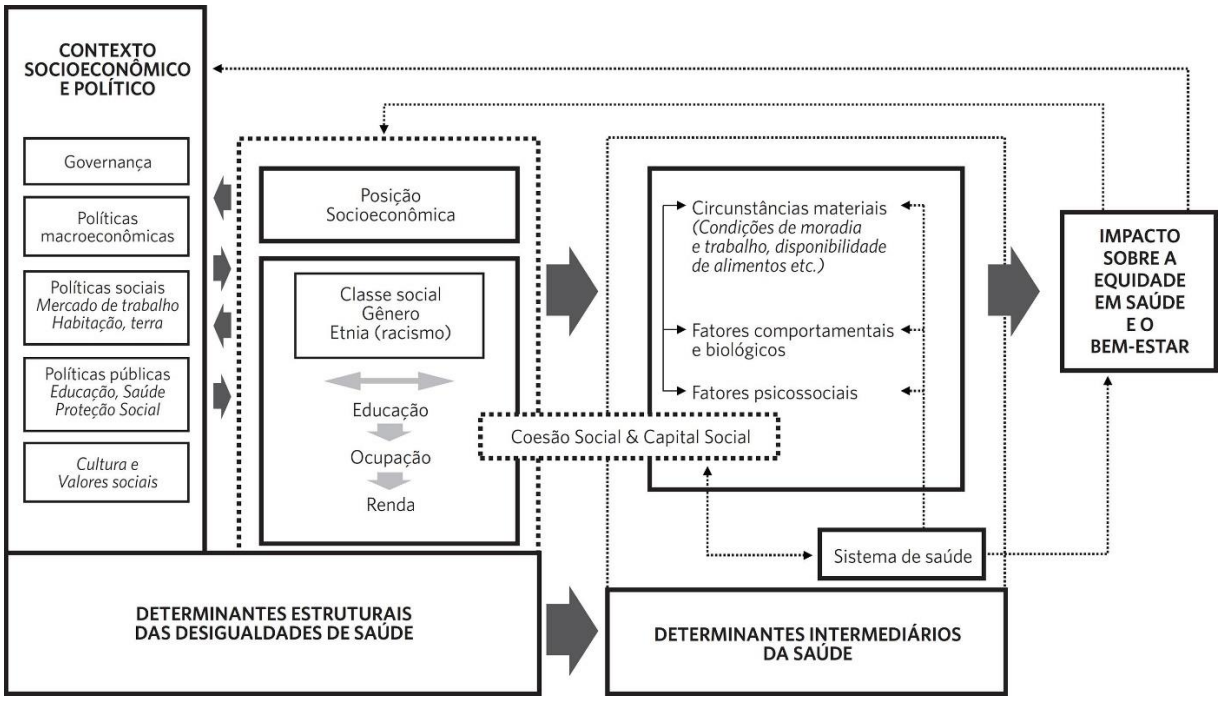
Na segunda camada estão o comportamento e o estilo de vida, que emergem das opções individuas de cada pessoa, ao mesmo tempo que podem ser influenciados pelos determinantes sociais, como o acesso a informações, propagandas, pressão de pares, acesso a alimentação, entre outros. Na terceira camada, por sua vez, encontram-se as redes comunitárias e de apoio, que são fundamentais para a saúde na sociedade de modo geral. Na quarta camada, estão representados os fatores relacionados à condição de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ressalta-se que os indivíduos que não possuem acesso a estes bens e serviços encontram-se em maior desigualdade social e, consequentemente, em situação de maior vulnerabilidade aos riscos associados à saúde. Por fim, no último nível estão localizados os macrodeterminantes que representam as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, os quais podem influenciar os fatores das demais camadas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Destaca-se que um dos principais objetivos dos modelos teórico-conceituais é subsidiar explicações de como os determinantes sociais geram iniquidades em saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008). Para a compreensão das iniquidades, torna-se necessário, inicialmente, compreender o surgimento das desigualdades sociais em saúde.

A OMS propôs, no ano de 2010, um marco conceitual de ação sobre os DSS, cujo objetivo é destacar as diferenças existentes entre os níveis de causalidade e distinguir os mecanismos pelos quais as hierarquias sociais são criadas (WHO, 2010), conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin (2010)



Fonte: WHO, 2010

A estrutura deste modelo enfatiza fortemente o conceito de “posição social”, que desempenha um papel central nos determinantes sociais das iniquidades em saúde. A compreensão dos caminhos e mecanismos sociais significa que enfrentar os determinantes sociais das iniquidades em saúde é um processo político e social que envolve tanto as comunidades como aponta as responsabilidades inerentes ao Estado (WHO, 2010).

De modo geral, o modelo conceitual da OMS está fundamentado em dois tipos de DSS: os determinantes estruturais e os determinantes intermediários. Os determinantes estruturais impactam na equidade em saúde e no bem-estar, por meio da sua ação sobre os determinantes intermediários. A partir disso surge a diferenciação entre ‘determinantes estruturais das iniquidades em saúde’ e ‘determinantes intermediários da saúde’, que em conjunto constituem os DSS e (BORDE; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015; WHO, 2010).

Os determinantes estruturais incluem todos os mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm as hierarquias sociais, incluindo o mercado de trabalho, o sistema educacional, as instituições políticas e outros valores culturais e sociais. Estes determinantes ocasionam divisões de estratificação e classe social na

sociedade e definem a posição socioeconômica individual dentro das hierarquias de poder, prestígio e acesso aos recursos. Os mecanismos estruturais estão enraizados nas principais instituições e processos do contexto socioeconômico e político vigente (WHO, 2010).

Já os determinantes intermediários são representados por elementos categorizados em fatores comportamentais e fatores biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia, etc.) e fatores psicossociais. Incluem-se ainda neste conjunto de determinantes o sistema de saúde e a coesão social (WHO, 2010).

As condições de moradia referem-se principalmente a superlotação, a qualidade do ar, o acesso à água e as características dos locais de habitação. Quanto às condições de trabalho, estas relacionam-se às diferenças sociais quanto à exposição a agressores físicos, mentais, químicos e ergonômicos no local de trabalho e a vulnerabilidade de trabalhadores em economias informais. Já os comportamentos e estilos de vida podem incluir o consumo de tabaco, álcool, sedentarismo, dentre outros (WHO, 2010).

Deve-se destacar ainda a importância dos estressores psicossociais e a falta de apoio social como determinantes intermediários da saúde. Pelo contexto, o sistema de saúde também desempenha um papel importante principalmente por sua influência nas barreiras de acesso e de acessibilidade aos serviços de saúde. Por fim, a coesão social é proposta como um determinante essencial e é compreendida como uma forma de desempenhar um impacto positivo nas relações estabelecidas entre as comunidades e instituições, particularmente o Estado, sobre a qualidade de vida das comunidades (WHO, 2010).

Entre os desafios para compreender a relação entre os determinantes sociais e a saúde está o estabelecimento de uma hierarquia de determinantes entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não havendo uma simples relação direta de causa-efeito, fazendo com que ocorra um impacto direto no cuidado em saúde.

Define-se cuidado em saúde nesta pesquisa, como a conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas não situa a experiência humana e suas necessidades na centralidade dos processos em saúde (AYRES, 2004). Se distanciando desta maneira da lógica de normatização dos

procedimentos, dos protocolos, da fragmentação, da mecanização, se amparando numa visão mais holística, integral e humana daquele que se coloca diante do profissional de saúde (AYRES, 2004).

Na compreensão de que os indivíduos dentro da sua singularidade, e à luz dos contextos sociais, e considerando ainda a subjetividade das pessoas acometidas pela TB-MDR e das suas relações com o universo dos sentidos, o cuidado em saúde, insere-se como a atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES,2004).

A busca pelo cuidado em saúde implica na compreensão dessas dimensões, e a tomada de decisão para iniciar e ou continuar um tratamento da TB-MDR, significa avançar no cuidado em saúde sob as premissas e dimensões dentro do universo de simbologias, representações, sentidos e significados da pessoa com TB-MDR.

Considerando o exposto e a complexidade envolvida na dinâmica de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e cura da TB-MDR, pode-se dizer que avançar em termos de equidade em saúde, isto é, na redução de desigualdades sociais, é um desafio para as políticas públicas, principalmente no atual contexto vivenciado no Brasil, de acentuada crise econômica, política e social.

4.2 Referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de Matriz Francesa

Em 1960, o cenário da França era permeado por um contexto sociopolítico revolucionário. O país vivia um momento de insurreição popular, greves gerais e rebeliões que atingiam todas as camadas sociais, econômicas, culturais, étnicas e etárias. Dessa forma, afloraram questões sociais e políticas que influenciaram e fomentaram o materialismo-histórico dentro dos primeiros ensaios de Michel Pêcheux na Análise de Discurso (AD), convergindo para que inicialmente, sua temática se centrasse na política (FERNANDES, 2008).

Michel Pêcheux inicia seus trabalhos fazendo a diferenciação da Análise de Conteúdo para Análise de Discurso. Porque, ao analisar o modo de funcionamento linguístico textual dos discursos das diferentes modalidades do exercício da língua, observou que a língua se produz num determinado contexto histórico de produção. Sob este enfoque, a língua do analista do discurso vai distinguir-se da língua do linguista, entre outras razões, por comportar em si (enquanto totalidade) o não-todo

junto da noção do real da língua, o que faz dela um modo singular de produzir significados (FERREIRA, 2003).

A AD transita por diversas áreas de conhecimento, e por essa ótica, tenta articular a linguística, o materialismo-histórico e a psicanálise. Assim a AD seria o entremeio, pois ela se forma no lugar em que a linguagem tem que ser referida a sua exterioridade. Estando, pois, dentro destes domínios disciplinares, ela oferece margem para questionamentos às Ciências Sociais e seus fundamentos e à linguística, especificamente, quando ela é apenas algo a ser descrito. Nestas considerações cabe refletir que a AD busca uma especificidade que desmembra na ideologia e no discurso, sendo que Althusser contribui pela ideologia e Foucault pelas ideias do discurso (BRANCO; DIEZ, 2017).

Nesse contexto, a formação discursiva é a materialização da ideologia. Essa se materializa no discurso e o discurso se materializa na língua. A ideologia possibilita o efeito de evidência ao sentido onde ela se materializa (BRANDÃO, 2012).

Desta forma, a AD é um dispositivo como a prática analítica e funciona na captação do real da língua, que em outras palavras significa aquilo que nos aproxima daquilo que está mais perto do que é próprio da língua, tenta fazer o processo de produção de sentido no exato momento que o sentido faz sentido (BRANCO; DIEZ, 2017).

Michel Pêcheux no texto “A análise de discurso: três épocas” de 1983, assume a divisão da AD em três períodos distintos: A AD1 (exploração metodológica da noção de maquinaria discursivo-estrutural), AD2 (justaposição dos processos discursos à tematização de seu entrelaçamento desigual) e AD3 (a emergência de novos procedimentos da AD, por meio da desconstrução das maquinarias discursivas) (FERNANDES, 2008; PÊCHEUX, 2014).

A AD1 (1969-1975), relaciona-se à exploração metodológica da maquinaria discursiva- estrutural. Em 1969, Michel Pêcheux defende a tese “Análise Automática do Discurso” que através de sua influência Althussero-Lacaniana fica evidente a influência do materialismo-histórico, quando acredita num possível dispositivo informático capaz de realizar uma análise automática do discurso político tomando como base a palavra e depois a síntese da língua. Nesta fase Michel Pêcheux já começa a analisar o caráter subjetivo da noção de língua e a noção do materialismo histórico nos discursos. E desta forma, por meio de sua desconstrução tenta

estabelecer um diálogo entre ideologia, subjetividade e discurso (BRANDÃO, 2012; PÊCHEUX, 2014; SOUZA, 2006).

Na AD2 (1975-1980) emerge o auge das formações discursivas, pois está relacionada à sua constante reconfiguração e instabilidade de sentido, chamando cada vez mais para sua análise (FERNANDES, 2008; PÊCHEUX, 2014 SOUZA, 2006). O repensar da memória, da história e da formação discursiva se fazem necessárias no que lembra Michel Foucault quando define formação discursiva como o conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram uma época dada, e para uma área social, econômica e geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2008). Portanto acaba-se por definir que as formações discursivas sempre são constituídas por outras formações discursivas, um sujeito atravessado pela maquinaria (BRANDÃO, 2012; PÊCHEUX, 2014; SOUZA, 2006).

Na AD3, por sua vez, emerge a desconstrução da maquinaria discursiva, com o interdiscurso sendo a memória discursiva, conjunto de já ditos que sustenta todo o dizer. O interdiscurso é a relação com o complexo da formação ideológica, porque alguma coisa fala antes, em outro lugar, independentemente (BRANDÃO, 2012; FERNANDES, 2008; PÊCHEUX, 2014; SANTOS, 2013; SOUZA, 2006).

Desde modo, toda a vez que falamos de algo, ao se pensar neste algo tomaremos nossa memória para construir o objeto que me foi falado. Neste sentido, um discurso nunca será autônomo: como ele se remete sempre a outros discursos, suas condições de possibilidades semânticas se concretizariam num espaço de trocas, mas jamais enquanto identidade fechada (BRANDÃO, 2012).

A noção de Formação Discursiva implica, portanto, na sua relação com o interdiscurso, a partir do qual ela se define. O interdiscurso consiste em um processo de refiguração incessante no qual uma formação discursiva é conduzida a absorver e incorporar elementos pré-construídos e que são produzidos no exterior dela própria; a produzir sua redefinição e seu retorno, a suscitar igualmente a lembrança de seus próprios elementos, a organização a sua repetição, mas também a provocar eventualmente seu apagamento, o esquecimento ou mesmo a denegação (BRANDÃO, 2012).

Com o objetivo de compreender a orientação teórico-metodológica da AD, é necessário que se faça considerações a respeito dos conceitos-chave que constituem a sua base teórica: sujeito, ideologia e o discurso (ORLANDI, 2017).

O sujeito é resultante da interação de várias vozes, da relação com o sócio-ideológico, portanto tem caráter heterogêneo. Para a AD, o sujeito é essencialmente ideológico e histórico, pois está inserido num determinado lugar e tempo. Com isso, ele vai posicionar o seu discurso em relação aos discursos do outro, estando inserido num tempo e espaço socialmente situados. No imbricamento entre o linguístico e o social, a enunciação passa a ser um fator relevante para a interpretação. É com base nessa visão de sujeito descentrado, clivado, heterogêneo, perpassado por vozes que provocam identificações diversas que serão abordados, a seguir, a questão da ideologia e do discurso, fundamental para o entendimento do percurso da AD (FERREIRA, 2003; ORLANDI, 2017).

A ideologia define-se como uma concepção de mundo do sujeito inscrito em determinado grupo social em uma circunstância histórica. Linguagem e ideologia são vinculadas, esta se materializa naquela. Ideologia é inerente ao signo em geral. Sendo assim, diante de toda e qualquer palavra enunciada, procurando-se verificar qual (ou quais) ideologia(s) a integra(m) (FOUCAULT, 2014).

Portanto, a ideologia constitui conceito fundamental para a AD, já que alia o linguístico ao sócio-histórico. A linguagem passa a ser um fenômeno que deve ser estudado não apenas no seu sistema interno, mas também como formação ideológica que se manifesta nesse contexto sócio-histórico. Dessa forma, incide profundamente, na formação dos sujeitos, e mais do que isso, constitui tais sujeitos. Entendida como o elemento necessário para a comunicação entre o homem e a sua realidade (assujeitado ou não), a linguagem é o instrumento essencial do sujeito, e é nela que se manifestam as representações e os implícitos ideológicos, sempre dependentes das condições de produção dos discursos, incidindo na sua formação, nas suas experiências e em suas escolhas de vida (BRANCO; DIEZ, 2017).

Por fim, o discurso é definido como um conjunto de enunciados regulados numa mesma formação discursiva. É com a linguagem que o sujeito se constitui e é também nela que ele deixa marcas desse processo ideológico (FOUCAULT, 2014).

O discurso é o ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos. E a linguagem como interação é um modo de produção social, que não é neutra nem natural, sendo o local privilegiado da manifestação da ideologia, isto é, das formações ideológicas que estão diretamente ligadas aos sujeitos. Podemos dizer que não se parte da ideologia para o sentido, mas procura-se compreender os efeitos

de sentido a partir do fato de que é no discurso que se configura a relação da língua com a ideologia (ORLANDI, 2015; SOUZA, 2006)

Desde modo para compreender o que é o discurso, precisa-se primeiramente considerar os elementos que têm existência no social, as ideologias, a História. Com isso, pode-se afirmar que os discursos não são fixos, estão sempre se movendo e sofrem transformações, acompanham as transformações sociais e políticas de toda natureza que integram a vida humana (FERNANDES, 2008)

Pode-se inferir, portanto, que a AD procura compreender a língua fazendo sentido, enquanto um trabalho simbólico oriundo do materialismo-histórico, partindo de um trabalho social geral do sujeito, constitutivo do homem e da sua história (ORLANDI, 2015).

Deste modo, entre inúmeros referenciais teóricos-metodológicos disponíveis, optou-se pela utilização da AD, pois interessa nesta pesquisa compreender como os participantes da pesquisa são permeados pelos DSS no contexto da TB-MDR. Levando em consideração, também, o ato discursivo como um processo de formação ideológica no processo de constituição dos discursos dos participantes.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar a discursividade das pessoas com tuberculose multidroga-resistente sobre os determinantes da sua condição de saúde, e as barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

5.2 Objetivos Específicos

I. Analisar a formação discursiva sobre as barreiras de acesso e acessibilidade para o tratamento da tuberculose multidroga-resistente;
II. Analisar a produção de sentidos sobre os determinantes da tuberculose multidroga-resistente;
III. Analisar as condições de produção dos discursos das pessoas com tuberculose multidroga-resistente em tratamento;
IV. Analisar as barreiras enfrentadas pelas pessoas com tuberculose multidroga-resistente para o cuidado em saúde;
V. Analisar a produção de sentidos sobre a pandemia da SARS-CoV-2 no tratamento da tuberculose multidroga-resistente.

6. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório (ASPERS et al., 2019), que utilizou o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso de matriz francesa (ORLANDI, 2017). Para a sistematização da apresentação dos resultados foi utilizado o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (TONG et al., 2007).

Minayo (2014), define o método qualitativo de pesquisa em saúde como a metodologia que se ocupa com um nível de realidade que é tratada por meio da história, da biografia, das relações, do universo das significações, dos motivos, dos desejos, dos valores, das crenças e das atitudes.

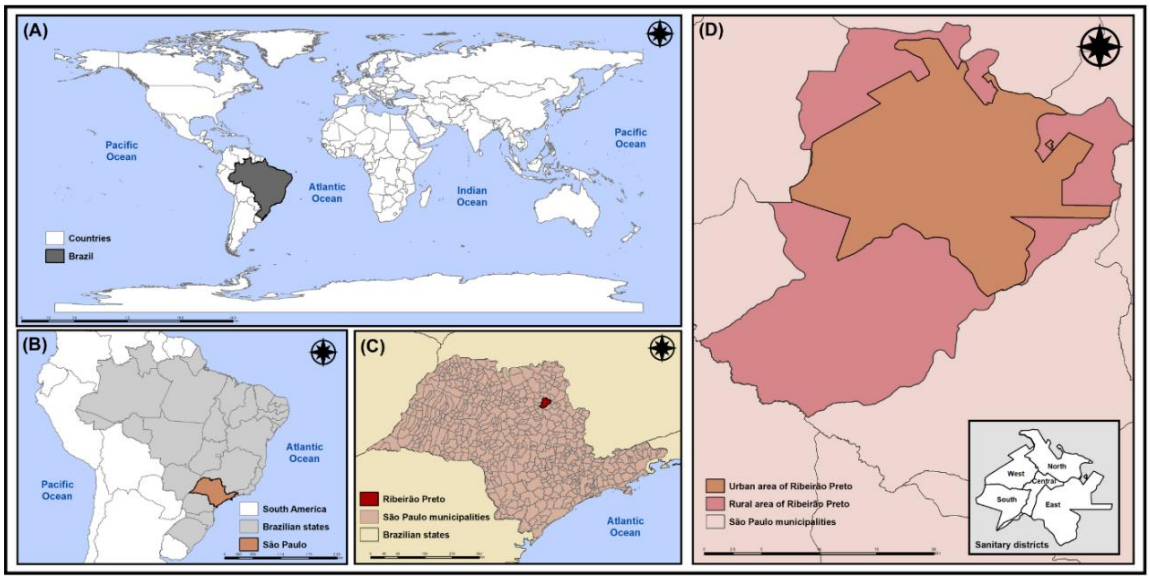
A pesquisa qualitativa responde questões muito particulares, preocupando-se, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis numéricas (MINAYO, 2002).

6.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi conduzido em Ribeirão Preto, cidade do interior do estado de São Paulo (SP). Localizada a 314 quilômetros (km) da capital, Ribeirão Preto possui uma área de aproximadamente 650 quilômetros quadrados (km²) e uma alta densidade populacional de 995,3 habitantes / km² (Figura 4). Possui uma população estimada de 711.825 habitantes em 2020, dos quais 99,7% estão localizados na área urbana (IBGE, 2021).

A rede de saúde de Ribeirão Preto está dividida em cinco Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central, totalizando 49 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), sendo cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), 18 Unidades de Saúde da Família (USF) e 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (RIBEIRÃO PRETO, 2021a; RIBEIRÃO PRETO, 2021b). Quanto à rede terciária de atenção, Ribeirão Preto possui 18 unidades de saúde, incluindo três hospitais públicos, um hospital universitário, sete hospitais filantrópicos e oito hospitais privados (RIBEIRÃO PRETO, 2021a; RIBEIRÃO PRETO, 2021b).

Figura 4 - Localização geográfica de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.



(A) Brasil; (B) Estado de São Paulo; (C) Cidade de Ribeirão Preto; (D) Distritos Sanitários de Saúde de Ribeirão Preto.

Fonte: SANTOS et al., 2021.

Quanto à atenção à TB, todas as UBS e USF podem e devem realizar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, com baciloscopia de escarro e/ou solicitação de radiografia. Porém, apesar de a TB ser considerada uma doença tratável nos serviços da APS, optou-se pelo tratamento e acompanhamento em clínicas especializadas em infectologia em cada um dos cinco distritos (RIBEIRÃO PRETO, 2021b).

Vale destacar, que o ambulatório de moléstias infecciosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) é a unidade de referência para as pessoas com TB-MDR, além de acompanhar os casos de coinfecção TB-HIV (RIBEIRÃO PRETO, 2021a; RIBEIRÃO PRETO, 2021b).

6.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa homens e mulheres maiores de 18 anos em tratamento para TB-MDR na cidade de Ribeirão Preto. As entrevistas foram realizadas com os participantes que consentiram em participar do estudo. É importante destacar que os participantes não apresentavam limitações físicas ou psicológicas que os impedissem de participar do estudo.

6.4 Amostragem, tamanho da amostra e não participação

Os participantes foram recrutados por amostragem de conveniência intencional em um hospital universitário de referência especializado no tratamento da TB-MDR em Ribeirão Preto.

Os potenciais participantes foram identificados no banco de dados do hospital universitário, com o início do tratamento ocorrendo entre janeiro de 2019 e junho de 2020. Inicialmente, os participantes receberam informações sobre o estudo e, posteriormente, foram convidados a participar. O primeiro contato com os possíveis participantes do estudo foi realizado por meio de ligação telefônica para apresentação do objetivo da pesquisa. Os que aceitaram o convite receberam informações sobre o agendamento das entrevistas.

Na definição da amostragem, 14 (quatorze) participantes foram elegíveis para o estudo, dos quais 07 (sete) concordaram em participar, 04 (quatro) potenciais participantes não concordaram em participar do estudo, 02 (dois) não possuíam o número do telefone correto no banco de dados do hospital universitário e 01 (um) não atendeu a ligação telefônica no dia agendado para a entrevista.

6.5 Roteiro para geração dos dados empíricos

O roteiro para geração dos dados empíricos (APÊNDICE A) foi elaborado com base em extensa revisão da literatura sobre os determinantes da TB e da TB-MDR, bem como a abordagem dos profissionais de saúde e dos serviços de saúde às pessoas afetadas pela TB, o impacto da pandemia COVID-19 durante o tratamento e as possíveis adaptações necessárias durante o tratamento (WHO, 2010; WHO, 2020a; WHO, 2020b). O roteiro foi elaborado contendo três domínios distintos: (A) dados demográficos e socioeconômicos; (B) dados clínicos e (C) roteiro de perguntas semiestruturas.

A elaboração do roteiro para geração dos dados empíricos seguiu os pressupostos do marco conceitual de ação sobre os DSS, proposto pela OMS em 2010, cujo objetivo é destacar as diferenças entre os níveis de causalidade e distinguir os mecanismos pelos quais as hierarquias sociais são criadas (WHO, 2010).

Em geral, o modelo conceitual da OMS é baseado em dois tipos de DSS: determinantes estruturais e determinantes intermediários. Os determinantes estruturais afetam a equidade em saúde e o bem-estar, por meio de sua ação sobre

os determinantes intermediários. A partir disso, emerge uma diferenciação entre os determinantes estruturais das iniquidades em saúde e os determinantes intermediários da saúde, que juntos constituem os DSS (WHO, 2010).

Os determinantes estruturais incluem todos os mecanismos sociais e políticos que geram, moldam e mantêm hierarquias sociais, incluindo o mercado de trabalho, o sistema educacional, as instituições políticas e outros valores culturais e sociais. Esses determinantes causam estratificação e divisão de classes sociais na sociedade e definem a posição socioeconômica individual dentro das hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos. Os mecanismos estruturais estão enraizados nas principais instituições e processos do contexto socioeconômico e político (WHO, 2010).

Os determinantes intermediários são representados por elementos categorizados em fatores comportamentais e biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia, etc.) e fatores psicossociais. Este conjunto de determinantes também inclui o sistema de saúde e a coesão social (WHO, 2010).

6.6 Entrevistas

Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro para obtenção dos dados foi elaborado com base no referencial teórico dos DSS (WHO, 2010). Essa técnica de coleta de dados foi adotada por ser a abordagem mais recomendada para construir os discursos dos participantes centrados em sua experiência (SQUIRE, 2013).

As entrevistas foram realizadas após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aceite da participação na pesquisa. Aqueles que concordaram em participar consentiram verbalmente. Os dados foram coletados por meio de ligações telefônicas, considerando as medidas de distanciamento social necessárias durante a pandemia da SARS-CoV-2, no período de junho a agosto de 2020.

As entrevistas foram norteadas pelos conceitos de exaustividade horizontal e exaustividade vertical (ORLANDI, 2015).

Para a AD, a saturação não é objetivada, também conhecida como exaustividade horizontal, ou seja, nem extensão nem completude, ou exaustividade em relação ao objeto empírico. Por definição, todo discurso é estabelecido em relação a um discurso anterior e aponta para outro. Não há discurso fechado em si mesmo,

mas um processo discursivo do qual se podem recortar e analisar estados diferentes (ORLANDI, 2015).

O objetivo almejado para a AD é a exaustividade vertical, que deve ser considerada em relação aos objetos da análise e seu tema. Dessa forma, a exaustividade vertical leva a consequências teóricas relevantes e não trata os dados como meras ilustrações. Os dados são analisados como fatos da língua com sua memória, espessura semântica e sua materialidade linguístico-discursiva (ORLANDI, 2015).

Cada entrevista teve duração média de 55 minutos, e foi realizada pelo pesquisador principal, sendo gravada em gravador eletrônico para posterior transcrição na íntegra.

A coleta de dados foi realizada pelo autor desta dissertação, que possui experiencias prévias na condução de coleta de dados qualitativos. Durante e imediatamente após cada entrevista, foram documentadas notas em forma de diário de campo sobre as perspectivas de cada participante da pesquisa, informações relevantes exteriorizadas de cada um e sobre as experiências durante as entrevistas. Essas notas no diário de campo, foram consideradas reflexões e ideias analíticas de dados preliminares (DESLAURIERS, 1987).

6.7 Organização dos dados empíricos

O *software* Atlas.ti 8.0 (ATLAS.ti *Scientific Software Development* GmbH) foi utilizado para organizar e auxiliar na análise dos dados empíricos, o que auxiliou no tratamento do material produzido de forma organizada e sistemática. As entrevistas foram inseridas no *software* para criação de uma Unidade Hermenêutica. Após a leitura do material, os fragmentos discursivos foram selecionados a fim de determinar os elementos que integram o objeto de estudo, de onde se originaram os códigos (do que emerge nos discursos). Assim, o *corpus* do estudo constituiu-se em um conjunto de discursos, auxiliando na identificação de vestígios e evidências, reconstruindo a memória histórica dos entrevistados (ORLANDI, 2015).

6.8 Dispositivo de análise dos dados empíricos

Optou-se para a análise dos dados empíricos o referencial teórico-metodológico da AD de matriz francesa. Partindo dos pressupostos da língua, da ideologia, do discurso e da subjetividade do que foi exteriorizado, a AD fornece

subsídios para a reflexão e para a apreensão dos significados oriundos do discurso do sujeito. Assim, entende-se que o discurso é a transcrição de opiniões, das atitudes, das falas e das representações do sujeito denotando um recorte de determinado momento, voltados a um processo de análise dos sentidos realizado pelo pesquisador (ORLANDI, 2015; PÊCHEUX, 2015).

A AD, como o próprio nome indica, não trata da língua, não trata da gramática, embora todas essas coisas lhe interessem. Ela trata do discurso. E a palavra discurso, etimologicamente, tem em si a ideia de curso, de percurso, de correr por, de movimento. O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando (ORLANDI, 2015).

Os procedimentos da AD têm a noção de funcionamento como central, levando o analista a compreendê-lo pela observação dos processos e mecanismos de constituição de sentidos e de sujeitos (ORLANDI, 2015).

Pode-se afirmar, portanto, que o discurso, tomado como objeto da AD, não é a língua, nem texto, nem a fala, mas necessita de elementos linguísticos para ter uma existência material. Com isso, o discurso implica uma exterioridade à língua, encontra-se no social e envolve questões de natureza não estritamente linguística, referindo-se aos aspectos sociais e ideológicos impregnados nas palavras quando elas são pronunciadas (FERNANDES, 2008; ORLANDI, 2015).

No campo disciplinar da AD, teoria e metodologia são indissociáveis. Portanto, só é possível se falar em metodologia envolvendo elementos teóricos, quando aprofunda-se nos conceitos próprios da AD (FERNANDES, 2008; GADET; HAK, 2014).

Para a trajetória metodológica da AD, faz-se necessária a apreensão de conceitos basilares da AD, como: a noção de recorte, enunciado e trajeto temático (FERNANDES, 2008).

A noção de recorte trata-se da seleção de fragmentos do *corpus* para análise, portanto, o analista precisa selecionar fragmentos que irão compor seu objeto de análise tendo em vista os objetivos do estudo. Vale ressaltar que, para a análise os recortes devem ser compreendidos como interrelacionados como o todo que constitui o *corpus* (FERNANDES, 2008).

Para Michel Foucault (2014) o enunciado trata-se de uma operação efetuada, distinguindo-se da frase, do ato de fala porque faz parte do plano do discurso, não se encontra sobre a égide de uma estrutura linguística e não se trata apenas do ato

material da fala (verbalização). A evidência primária de um enunciado é a sua forma material, materialidade linguística verbal e/ou não-verbal, uma vez que o enunciado pode ser também uma imagem, ou o uso de cores, bandeiras (FERNANDES, 2008).

Concernente à relação sujeito e enunciado, sempre há um sujeito, um autor, ou uma instância produtora. No enunciado há sempre uma posição-sujeito, ou uma função que pode ser exercida por vários sujeitos. A análise do enunciado na AD deve investigar qual é essa posição-sujeito, que se inscreve na história, lugar em que deve ser analisado (ORLANDI, 2015).

Por fim, a noção de trajeto temático é compreendida como ferramenta metodológica, possibilitando analisar a construção e as mutações dos sujeitos e dos atos discursivos, dando efeito de sentidos aos enunciados por meio da memória discursiva e dos deslocamentos e mutações sócio-históricas marcando as diferentes formações discursivas dos sujeitos (FERNANDES, 2008).

Diante do exposto sobre os conceitos que embasam a trajetória metodológica da AD, propõe-se os procedimentos da AD em três diferentes etapas: passagem da superfície linguística para o texto (discurso), do objeto discursivo para a formação discursiva e do processo discursivo para a formação ideológica (ORLANDI, 2015).

Na primeira etapa, da passagem da superfície linguística para o texto (Discurso), procura-se a discursividade confluindo para uma primeira análise da instância da enunciação e, desde modo, desfazendo a ilusão de que só há uma maneira de o discurso ser dito. É importante levar em consideração as condições de produção do discurso, pois prepara o analista para que ele comece a vislumbrar uma configuração das formações discursivas que estão dominando a prática discursiva exteriorizada. Desde modo, torna-se visível que ao longo do discurso formam-se famílias parafrásticas relacionando o dito e o que não foi dito e até mesmo o que poderia ser dito, dando delimitações das formações discursivas, fazendo as palavras significarem de diversas maneiras (ORLANDI, 2015).

Durante a segunda etapa dos procedimentos de análise da AD, da passagem do objeto discursivo para a formação discursiva, o analista elabora uma análise que irá relacionar as formações discursivas distintas com a formação ideológica que rege as relações do discurso. Desde modo, confluindo para a constituição dos processos discursivos que dão efeitos sobre os sentidos produzidos no material simbólico do discurso, oriundo do ponto inicial da análise realizado pelo analista. Nesta fase, o

analista deve interpretar o sujeito discursivo com as lentes da movência onde ele pode ocupar diversas posições (ORLANDI, 2015).

Por fim na terceira e última etapa, do processo discursivo para a formação ideológica, é onde a língua e a história se ligam pelo equívoco, onde o trabalho ideológico é concebido, fazendo com que o discurso faça sentindo. Esse entrelace da ideologia com o discurso forma as marcas linguístico-discursivas nos discursos dos sujeitos (ORLANDI, 2015).

Por fim, diante dessas considerações teórico-metodológicas, a AD procura compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história. Partindo da ideia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, trabalha-se na AD a relação língua-discurso-ideologia (FERNANDES, 2008; ORLANDI, 2015). Essa relação se complementa com o fato de que segundo Pêcheux (2016), não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido.

6.9 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi autorizada pela Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica “Professor Alexandre Vranjac” da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ANEXO A) e pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO B) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolado com número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 19520819.0.0000.5393 e parecer de aprovação número 3.654.833 emitido em 22 de outubro de 2019 de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde brasileiro (ANEXO C).

Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e como sua confidencialidade seria protegida, bem como quanto ao direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Aqueles que concordaram em participar consentiram verbalmente (APÊNDICE B).

Os participantes incluídos nesta pesquisa consentiram em utilizar apenas citações anônimas neste estudo.

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, na apresentação dos recortes discursivos, foi utilizada a letra “P” para indicar os participantes, seguida de um número sequencial de 01 (um) a 07 (sete), conforme a ordem que as entrevistas foram realizadas.

7. RESULTADOS

Foram entrevistados 07 (sete) participantes que até o momento da entrevista, realizavam tratamento para TB-MDR no hospital universitário. As entrevistas totalizaram 385 minutos de discursos.

A análise dos discursos dos participantes permitiu a emersão de quatro blocos discursivos, os quais, por meio de formações discursivas, revelaram os determinantes da tuberculose multidroga-resistente. As análises sustentam-se nos seguintes blocos discursivos: (1) Impacto dos determinantes sociais no desenvolvimento da tuberculose multidroga-resistente; (2) Barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde da tuberculose multidroga-resistente; (3) Percepções dos efeitos colaterais e seu impacto no tratamento da tuberculose multidroga-resistente; e, (4) Tuberculose multidroga-resistente e COVID-19: um diálogo necessário.

7.1 Condições de produção

Faz-se necessário destacar que as condições de produção compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação. Para além desses pressupostos, a memória também faz parte da produção do discurso (ORLANDI, 2015).

A memória, tem suas características, quando pensada em relação ao discurso. Nessa perspectiva, ela é tratada como interdiscurso. Definido neste estudo, como aquilo que fala antes, em outro lugar, independentemente. Chamada de memória discursiva, o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra (ORLANDI, 2015).

No discurso, as relações entre os lugares, objetivamente definíveis, acham-se representadas por uma série de “formações imaginárias” que designam o lugar que destinador e destinatário atribuem a si mesmo e ao outro, a imagem que eles fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro (BRANDÃO, 2012).

Para Brandão (2012), em todo processo discursivo, o emissor pode antecipar as representações do receptor e, de acordo com essa antevisão do “imaginário” do outro, fundar as estratégias de discurso.

Desde modo, objetivou-se descrever as condições de produção de cada sujeito incluído no *corpus* discursivo do momento em que as entrevistas foram realizadas, levando em consideração os pressupostos da memória discursiva enquanto ferramenta analítica da análise dos dados empíricos.

P01: Autodeclarada parda, casada, ensino fundamental completo, faxineira, afastadas das funções laborais em decorrência do tratamento da TB-MDR, com renda de 01 salário mínimo, sem tratamento anterior para TB sensível, necessitou de internação hospitalar durante o tratamento para TB-MDR, TB-MDR em forma clínica pulmonar, comorbidade associada TB/Doença de Crohn, efeitos colaterais presentes, foi beneficiária de seguridade social durante 30 dias e dentro do seu contexto social, tenta realizar o distanciamento social.

P02: Autodeclarado branco, casado, afastado das funções laborais em decorrência do tratamento da TB-MDR, ensino superior completo, com renda entre 01 e 02 salários mínimos, sem tratamento anterior para TB sensível, necessitou de internação hospitalar durante o tratamento para TB-MDR, TB-MDR em forma clínica pulmonar, comorbidade associada TB-MDR/Diabetes Mellitus e Síndrome de Fournier, com suspeita de infarto agudo do miocárdio e efeitos colaterais presentes desde primeiros meses do tratamento, beneficiário de seguridade social no valor de 1 salário mínimo e realiza distanciamento social.

P03: Autodeclarado branco, solteiro, estudante, completou o ensino fundamental com realização de supletivo, com renda entre 01 e 03 salários mínimos, realizou tratamento anterior para TB sensível, necessitou de internação hospitalar durante o tratamento para TB-MDR, TB-MDR em forma clínica pulmonar, sem comorbidade associada, uso recreativo de drogas ilícitas e etilista, sem efeitos colaterais relacionados ao tratamento, sem benefícios de programas de transferência de renda e não realiza distanciamento social.

P04: Autodeclarado branco, solteiro, técnico em eletrônica, com ensino fundamental incompleto, desempregado, com renda de 01 salário mínimo, sem tratamento anterior para TB sensível, necessitou de internação hospitalar durante o tratamento para TB-MDR, TB-MDR em forma clínica pulmonar, sem comorbidade associada, com efeitos colaterais relacionados ao tratamento, beneficiário de

programa de transferência de renda (auxílio emergencial) e dentro do seu contexto social, tenta realizar o distanciamento social.

P05: Autodeclarada branca, casada, do lar, com ensino fundamental incompleto, com renda de 01 salário mínimo, sem tratamento anterior para TB sensível, necessitou de internação hospitalar durante o tratamento para TB-MDR, TB-MDR em forma clínica pulmonar, comorbidade associada TB-MDR/Diabetes Mellitus, sem efeitos colaterais relacionados ao tratamento e sem benefícios de programas de transferência de renda e realiza distanciamento social.

P06: Autodeclarada branca, solteira, ensino superior completo, com doutorado em andamento, com renda entre 05 e 09 salários mínimos, com tratamento prévio para TB sensível, necessitou de internação durante o tratamento para TB-MDR, TB-MDR em forma clínica pulmonar, sem comorbidades associadas, com efeitos colaterais relacionados ao tratamento, utilizou durante 30 dias o benefício de seguridade social, não realiza distanciamento social em decorrência de ser profissional da saúde.

P07: Autodeclarada branca, casada, ensino superior completo, professora aposentada, com renda entre 01-04 salários mínimos, sem tratamento prévio para TB sensível, necessitou de internação durante o tratamento para TB-MDR, TB-MDR em forma clínica pulmonar sem comorbidades associadas, com efeitos colaterais relacionados ao tratamento, é beneficiária de seguridade social e realiza distanciamento social.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, clínicas e operacionais de cada participante do estudo, definidas no referencial teórico-metodológico da AD como condições de produção do discurso.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas e operacionais dos participantes do estudo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2021.

Características	N	Porcentagem (%)
Sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	3	43%
Feminino	4	57%
Idade		
18 – 30 anos	1	14%
31 – 59 anos	5	72%
≥ 60 anos	1	14%
Autodeclaração étnico-racial		
Branco	6	86%
Pardo	1	14%
Nível Educacional		
Ensino Fundamental	4	57%
Ensino Médio	-	-
Ensino Superior	2	29%
Pós-Graduação	1	14%
Profissão / Emprego		
Desempregado	3	43%
Emprego formal	1	14%
Estudante	1	14%
Aposentado	2	29%
Beneficiário de programa de transferência de renda		
Não	6	85%
Sim	1	15%
Clínico-operacional		
Tipo de caso		
Novo	4	57%
Retratamento	2	29%

Falha no tratamento	1	14%
Coinfecção TB-MDR / HIV		
Não	7	100%
Sim	-	-
Comorbidade TB-MDR / Diabetes Mellitus		
Não	5	71%
Sim	2	29%
Alcoolismo		
Não	6	86%
Sim	1	14%
Dependência de drogas		
Não	6	86%
Sim	1	14%
Consumo de tabaco		
Não	6	86%
Sim	1	14%
Efeitos colaterais do tratamento		
Não	2	29%
Sim	5	71%
Forma Clínica		
Pulmonar	7	100%

Fonte: Santos, et al., 2021

7.2 Blocos discursivos

Define-se o discurso como um conjunto de regras anônimas, históricas sempre determinadas no tempo-espaço, que definem em uma dada época, e para uma área social, econômica, geográfica, ou linguística dada, as condições do exercício da função enunciativa (FOUCAULT, 2008).

O discurso é uma prática que relaciona a língua com outras práticas no campo social. Ou seja, as práticas discursivas se caracterizam de algum modo como elo entre discurso e prática. Reunindo elementos tanto da produção e ajuste dos discursos quanto da aplicação e produção destes, nas instituições e nas relações sociais,

definindo assim um saber, além de determinar funções e formas de comportamento inscritos dentro da constituição do sujeito (SILVA; MACHADO JÚNIOR; 2016).

Tanto os discursos, como os objetos e os sujeitos, constroem-se a partir de relações de poder. Pensando inicialmente no sujeito em Foucault, encontra-se sua formação baseada em discursos frutos das relações de poder que emanam de diversas instâncias diferentes e produzem discursos atuantes na construção deste sujeito que terá uma denominação, classificação, papel ou posição dentro desses discursos (FOUCAULT, 2008).

Os blocos discursivos trazem recortes que permitem compreender como os discursos se materializam por meio das práticas sociais dos participantes enquanto séries distintas de acontecimentos.

7.2.1 Impacto dos determinantes sociais no desenvolvimento da tuberculose multidroga-resistente

O perfil socioeconômico é um dos determinantes que tem relação íntima e direta com a TB. Em relação à resistência aos medicamentos, fica evidente nos discursos dos participantes que esse marcador de desigualdade social ainda persiste como um forte determinante da TB-MDR.

Recorte Discursivo n° 01: *"Meu filho adoeceu primeiro, mas minha casa não é grande, e todos dormimos no mesmo quarto, acredito que foi por isso que também fiquei doente"* (P.01)

Recorte Discursivo n° 02: *"Ah, no primeiro tratamento, perdi o emprego e estava perdendo muito peso. Trabalho como faxineira… Como estava muito fraco, estava sem trabalho e não tinha como comprar comida para casa. Eu estava tendo ajuda de meus vizinhos. Acho que é por isso que o primeiro tratamento não funcionou..."* (P.04)

Recorte Discursivo n° 03: *"Quando comecei a sentir os primeiros sintomas, não queria acreditar que estava começando a ficar doente! Eu sou a única pessoa na minha casa que trabalha... quando fui diagnosticado com tuberculose fiquei os primeiros meses sem trabalhar... os remédios me deixaram muito mal... o médico disse que eu precisava comer bem para começar a engordar, mas como poderia eu*

como bem se não tenho dinheiro suficiente para comprar comida para minha casa?" (P.05)

Recorte Discursivo n° 04: *"Depois de seis meses ele (filho) fez outro, aí ele fez o exame e foi diagnosticado multirresistência. Foi chocante para nós que vivemos... todos juntos, então foi muito difícil!"* (P.07)

Quatro dos participantes da pesquisa relataram receber entre 01 e 02 salários mínimos, conforme apontam os recortes discursivos abaixo:

Recorte Discursivo n° 05: *"Olha, ano passado veio a aposentadoria. Eu ganho um salário mínimo."* (P.01)

Recorte Discursivo n° 06: *"É só um salário mínimo."* (P.02)

Recorte Discursivo n° 07: "*A renda? É 2.000 reais por mês para 05 pessoas que moram na minha casa."* (P.05)

Ainda em relação ao bloco discursivo, as posições dos participantes são inscritas de forma que enfoquem as cestas básicas e a renda como facilitador para o tratamento da TB-MDR.

Recorte Discursivo n° 08: *"Ah, um salário... recebi uma cesta básica lá, mas como cortaram lá, não tem mais... Ah, ajuda, né? O dinheiro não é suficiente. Se eu recebesse 4, 5 mil ou 6 mil nem precisaria... Sim, sim... sim... tem gente que não tem dinheiro, não ganha nada, aí tá passando mal, você sabe, porque era ... esta cesta básica."* (P.04)

7.2.2 Barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde da tuberculose multidroga-resistente

A relação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde, a estrutura organizacional e a disponibilidade de veículos, motoristas e medicamentos também são elementos percebidos pelos participantes da pesquisa como barreiras para o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do tratamento da TB-MDR.

Recorte Discursivo n° 09: *"Olha assim, pra mim é difícil porque é muito longe, sabe, longe da minha casa. Você tem que se levantar como 4 horas da manhã para chegar lá às 7h30 ou 8h no Hospital. Então assim fica meio difícil, mas eu tenho que...*

tenho que ir ao médico para conseguir remédio né? Às vezes eu, eu, peço para me dar remédio por 60 dias, né? Mas aí fica mais complicado né, porque fica muito cansativo pra mim né?" (P.02)

Recorte Discursivo n° 10: *"Vou pro Hospital das Clínicas... vou de carro, da prefeitura né?"* (P.02)

Os serviços de saúde, principalmente aqueles que são referência para o tratamento da TB-MDR, têm papel fundamental na formação de vínculos entre os usuários dos serviços de saúde para que ocorra a adesão ao tratamento e consequente obtenção de resultados positivos.

Recorte Discursivo n° 11: *"Ah, não tenho reclamação, me tratam bem lá, todas as vezes que eu tive lá, não tinha assim... sem reclamação. Porque tem lugar que... já se falam, eu sei... conheço o caso de gente que ficou de hospital em hospital."* (P.04)

Recorte Discursivo n° 12: *"A gente é sempre muito bem tratado né, na hora do tratamento, eles são muito cuidadosos com a gente, eles tratam a gente muito bem né?"* (P.05)

Recorte Discursivo n° 13: *"O hospital me deu muita atenção, todo o apoio, foram muito carinhosos, tanto no hospital quanto no ambulatório, sempre foram atenciosos, cuidadosos, atenciosos né? Né, não preciso falar, prontos para resolver a minha situação, sempre conversando com o chefe trazendo as coisas da receita…"* (P.07)

7.2.3 Percepções dos efeitos colaterais e seu impacto no tratamento da tuberculose multidroga-resistente

Os medicamentos utilizados no tratamento da TB-MDR e o longo período de exposição influenciam no aparecimento de efeitos colaterais que afetam a dinâmica de adesão ao tratamento. Observou-se que os participantes do estudo apresentaram efeitos colaterais desde os primeiros dias de tratamento.

Recorte Discursivo n° 13: *"Ah, no começo era, sabe, uns comprimidos vermelhos pra tuberculose né, eu queria vomitar a comida, parece que não ia descer nem subir, não saía... depois não dava vomitar!"* (P.04)

Recorte Discursivo n° 14: *"Muita tontura e fortes dores no peito, né?"* (P.02)

Recorte Discursivo n° 15: *"Um pouco de mialgia! Artralgia no primeiro tratamento."* (P.06)

Recorte Discursivo n° 16: *"Ah, quando o tratamento era aqui... eu não engordei e estava com muitas dores."* (P.03)

O alto potencial neurotóxico e hepatotóxico dos medicamentos utilizados no tratamento da TB-MDR requer atenção especial dos profissionais de saúde. No entanto, apesar do alto potencial de toxicidade, a prescrição desses medicamentos faz parte dos protocolos atuais para o manejo da TB-MDR.

Recorte Discursivo n° 17: *"Olha, estou com um pouco de dormência nas pernas, sabe, por causa do remédio. Amanhã ainda tenho outro retorno... Parece que já vão diminuir a medicação. Eles vão diminuir a dose né…"* (P.01)

Recorte Discursivo n°18: "Foi horrível! Senti que estava péssimo, horrível, mal, tive vontade de vomitar, mas depois de falar com o médico, eles trocaram o remédio lá... deu tudo certo!" (P.05)

Os efeitos colaterais dos medicamentos devem ser levados em consideração no processo de adesão ao tratamento das pessoas com TB-MDR. O cuidado centrado na pessoa é uma modalidade importante que pode favorecer não apenas a adesão ao tratamento, mas também os melhores resultados para os desfechos do tratamento TB-MDR.

Recorte Discursivo n° 19: *"Não, eu não pensei em desistir. Foi ruim, foi uma merda. Aquele mal-estar, aquela coisa ruim na sua cabeça sabe, muita ânsia de vômito quando eu tomei o remédio, mas aí eu disse não, eu preciso ser forte, eu preciso ser forte!"* (P.05)

Recorte Discursivo n° 20: *"Aí eu conversei com o médico, aí ele falou... então, a gente vai trocar a sua medicação."* (P.02)

Recorte Discursivo n° 21: *"Tem efeito, mas tem esse lado que precisa ser estudado com mais atenção, né, os efeitos colaterais. Eu acredito que não é só o Etambutol... Então eu acho que seria uma boa ideia focar um pouco mais nesses efeitos de todos os medicamentos, sabe?"* (P.07)

Recorte Discursivo n° 22: *"Ah, pensei assim, oh, para quê? Eu não tenho... aquele pulmão já está perdido. Por que eu tenho que me sacrificar indo lá, tomar esses medicamentos e não está funcionando? Mas então, eu agora eu penso assim, não... se eu vou, se você está me pedindo para ir, algo está melhorando, certo? Mas aí eu tirei isso da minha cabeça, aí eu já tenho outra coisa em que pensar, certo, que eu tenho que continuar para ver o que acontece, certo?"* (P.06)

Recorte Discursivo n° 23: *"Nesse sentido, a enfermeira é muito simpática, uma conselheira, ela aconselhou a gente não desistir, não desanimar, né, ir em frente que tudo daria certo..."* (P.04)

7.2.4 Tuberculose multidroga-resistente e COVID-19: um diálogo necessário

A pandemia da COVID-19 reforçou a presença das iniquidades em saúde, especialmente em relação às doenças que estão intimamente relacionadas às condições socioeconômicas.

A solicitação de informações surgiu da suscetibilidade percebida à COVID-19 e sua gravidade percebida *"porque pessoas estão morrendo"*. Os participantes da pesquisa expressaram alto nível de medo e ansiedade quanto à possibilidade de infecção pelo novo coronavírus, pois não há tratamento conhecido, requer períodos prolongados de isolamento da vida social e, em sua forma mais grave, pode ser fatal.

Recorte Discursivo n° 24: *"Então, eu fiquei abril e maio sem ir lá e fui remarcando e tomando o remédio pra esperar um pouquinho né? Por que, é, o medo, eu tenho né..."* (P.01)

Recorte Discursivo n° 25: *"Sair de casa, ir ao médico, eu tenho medo, uma sensação de medo todo o tempo... Pegar mais uma doença e saber que eu tô sendo tratado de uma doença do pulmão né?* (P.02)

Recorte Discursivo n° 26: *"Eu tenho mais medo da COVID... porque é uma doença muito rápida, sabe?"* (P.04)

Recorte Discursivo n° 27: *"Olha assim, tento não sair de casa, tenho medo de sair para buscar o remédio. Eu ligo para o hospital quando eu tiver que pegar o remédio né? Eles recebem a receita e mandam pra mim, pra eu ficar isolada..."* (P.02)

No entanto, alguns participantes da pesquisa afirmam que a coinfecção TB-MDR e COVID-19 é uma combinação letal, dada a gravidade das duas doenças e o peso que a COVID-19 representa no já sobrecarregado sistema de saúde.

Recorte Discursivo n° 28: *"Ah tipo, porque falou assim, que quem tem problema com doença crônica se pegasse morria. Mas até agora não peguei…"* (P.03)

Recorte Discursivo n° 29: *"Agora vem o Coronavírus, eu fiquei bem assustada, assim, porquê? Por causa do meu problema do pulmão né, eu pensava assim... meu Deus! Eu tenho que tomar todos os cuidados do mundo, porque se eu pegar uma doença dessa eu tô morta. Então, aí eu fiquei meio assustada, mas eu fui levando assim bem certinho, tô seguindo tudo a regra, não fico sem máscara, desde quando tô no tratamento aí, tiro só pra dormir porque é sufocante, mas em todos os lugar é álcool em gel, é álcool, eu tomo todos esses cuidados porque eu morro de medo já com esse problema que eu tenho."* (P.05)

Recorte Discursivo n° 30: "*É... ficamos com mais receio né, mais preocupada, eu acho que eu tô me cuidando mais... que se eu não "tivesse" tratando, mas... continuo trabalhando, então preciso ter cuidado."* (P.06)

Os participantes também exteriorizam sobre como as medidas de distanciamento social afetaram e continuam afetando negativamente suas atividades sociais regulares, restringindo os encontros com amigos e entes queridos em ocasiões especiais e impedindo-os de realizar suas atividades cotidianas. Embora muitos expressassem medo de contrair a COVID-19 durante as suas consultas de rotina, eles procuraram ajuda tanto para a TB-MDR quanto para a COVID-19 durante esses momentos.

Recorte Discursivo n° 31: *"Nossa foi complicado… Olha, assim... a gente fica com um pouquinho de receio procurando até evitar é... conversar assim com as pessoas, porque quando a gente faz o tratamento a gente acaba conhecendo muitas e aí você procura sempre evitar de chegar muito perto né, para evitar eu acho que o meu único receio assim era alguém da minha família pegar sabe, o medo de alguém da minha família pegar né?"* (P.07)

Recorte Discursivo n° 32: *"Assim, fico muito dentro da minha casa... Mas de vez em quando tenho vontade de ir para a casa da minha mãe... mas sei que é*

complicado visitá-la! Além da COVID, tenho medo que ela também adoeça por causa da tuberculose." (P.05)

8. DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo analisar a discursividade das pessoas com tuberculose multidroga-resistente sobre os determinantes da sua condição de saúde, e as barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Os resultados evidenciam que os determinantes estruturais das iniquidades em saúde, como o contexto socioeconômico e político, e os determinantes intermediários da saúde têm forte influência na ocorrência, no diagnóstico, no tratamento e no desfecho da TB-MDR. Ressalta-se a existência de barreiras de acesso e acessibilidade para o cuidado em saúde das pessoas acometidos pela TB-MDR.

Evidencia-se que a experiência de tratamento anterior para TB sensível pode influenciar o comportamento da pessoa acometida em novo episódio da doença, seja na percepção dos sinais e sintomas, na busca da assistência ou no cuidado em relação ao tratamento (COSTA et al., 2019). Barreiras comportamentais como o uso de drogas, álcool e outras práticas, além da falta de apoio familiar estão intimamente associados a desfechos negativos do tratamento (SILVA et al., 2018).

Dada a complexidade do tratamento, ao longo período e os possíveis efeitos colaterais, as atividades remuneradas exercidas pelas pessoas acometidas são inviabilizadas, diminuindo substancialmente a condição orçamentária familiar e agravando ainda mais a situação econômica vivenciada por essa parcela da população (COSTA et al., 2019).

No bloco discursivo “Impacto dos determinantes sociais no desenvolvimento da tuberculose multidroga-resistente”, o estudo corrobora com o que tem sido relatado na literatura nas últimas décadas acerca da forte influência das condições socioeconômicas como fatores causais para TB, e consequentemente para a TB-MDR (DUARTE et at., 2018; HARGREAVES et al., 2011; HOLTGRAVE; CROSBY, 2004; LÖNNROTH et al., 2009; RASANATHAN, 2011).

As condições de pobreza e pobreza extrema afetam grupos vulneráveis que têm menos possibilidades de ingressar no mercado de trabalho (IBGE, 2019). Segundo os critérios do Banco Mundial, que definem as condições de pobreza e extrema pobreza, o Brasil tem 13,5 milhões de pessoas, um percentual aproximado de 6,5% em estado de extrema pobreza (renda per capita mensal inferior a 145 reais) e 52,5 milhões, cerca de 18,7%, em situação de pobreza (vivendo com renda per capita mensal inferior a 420 reais) (WORLD BANK, 2018). Outra questão é que 29,5 milhões de pessoas no país estão em situação de pobreza e não têm acesso a um sistema de saneamento básico, 13,5 milhões não têm água encanada e 11,1 milhões

não têm acesso ao serviço de coleta de lixo. A renda define também a proporção de evasão escolar e atrasos para jovens de 15 a 17 anos. Cerca de 11,8% dos jovens em condições de pobreza abandonam a escola durante o ensino médio e 33,6% têm atrasos na escolaridade (IBGE, 2019).

O nível de escolaridade é considerado como um dos fatores determinantes na vulnerabilidade social e, com isto, aumentam as chances de adoecer por TB, consequentemente, aumentando o risco para o desenvolvimento da TB-MDR, pois devido as dificuldades de acesso as informações sobre a doença, a procura pelos serviços de saúde tende a ser menor quando se manifestam os primeiros sintomas. Em alguns locais com alto grau de vulnerabilidade já existem limitações de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde ou até mesmo altos números de abandonando do tratamento, quando este foi iniciado, agravando o quadro clínico das pessoas adoecidos (LEAL et al., 2018).

Neste estudo, define-se acesso como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Deste modo, acessibilidade define-se como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Quanto a iniciativas que podem promover a adesão ao tratamento, em um estudo realizado na região Sudeste do Brasil, a oferta de cesta básica e vale-transporte foram os indicadores avaliados com as piores médias (FURLAN; MARCON, 2017). Um estudo conduzido em cinco municípios prioritários para o controle da TB nas regiões Sudeste e Nordeste, que incluiu o município de Ribeirão Preto, demonstrou que as piores médias em relação ao acesso ao tratamento da TB estão relacionadas à falta de fornecimento do vale-transporte pelos serviços de saúde. No entanto, a oferta de cestas básicas foi avaliada como satisfatória (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009).

Quando se reconhece a influência de fatores socioeconômicos na adesão ao tratamento da TB, fica evidente que, mesmo o tratamento sendo gratuito, a ausência de benefícios ou suporte para cobrir despesas com transporte e alimentação pode dificultar a continuidade do tratamento (VILLA; RUFFINO-NETTO, 2009). No entanto, a oferta desse tipo de apoio exige que os serviços de saúde estejam integrados aos demais equipamentos da assistência social e exemplifica a inter-relação da acessibilidade organizacional e econômica.

Ressalta-se que a renda, também pode ser proveniente de programas de transferência de renda, este estudo aponta que apenas um dos participantes recebeu renda proveniente do auxílio emergencial, programa de transferência de renda criado após o início da pandemia da COVID-19 como medida de proteção social para minimizar os efeitos sociais trazidos pelas medidas restritivas e do distanciamento social durante o período de pandemia (CARDOSO, 2020). Neste contexto, o efeito desses programas no tratamento da TB aponta que intervenções de proteção social podem melhorar os resultados referentes ao tratamento e ajudar a controlar a epidemia de no Brasil. Destaca-se que as desvantagens sociais e econômicas vivenciadas pela população são fatores de risco para a ocorrência da TB, pois dificulta o tratamento e tem como consequência a disseminação da doença em suas formas mais graves. Sendo assim, ao promover o desenvolvimento econômico familiar com o objetivo de superar a situação de vulnerabilidade, se reduz o impacto da pobreza na saúde da população (BRUCE et al., 2020).

No bloco discursivo, “Barreiras enfrentadas para o cuidado em saúde da tuberculose multidroga-resistente”, os participantes da pesquisa constroem os seus discursos alicerçados nas barreiras enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde a partir do acolhimento recebido nas unidades de saúde. Além disso, discute-se como a relação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde influencia nos resultados positivos do tratamento da TB-MDR.

É amplamente discutido que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços: quanto menos especializados, mais próximos da população devem estar e vice-versa. Nesse sentido, constata-se que o acesso aos serviços de saúde é criticado pelos usuários, quando a distância entre a residência do usuário e a unidade de saúde não era curta o suficiente e não fazia parte do território de agrangência de residência do usuário (AZEVEDO; COSTA, 2010).

Um estudo de delineamento qualitativo que buscou analisar os motivos que levam as pessoas com a coinfecção TB-HIV a abandonar o tratamento da TB, constatou que os fatores relacionados aos pacientes que contribuem para o abandono são: baixo nível socioeconômico, efeitos adversos dos medicamentos, uso de drogas e pouca motivação pessoal. Além disso, foram identificados fatores relacionados aos serviços de saúde que também contribuem para o abandono do tratamento, como estrutura física, organização do processo de trabalho e acesso (RODRIGUES et al., 2010).

Em relação ao vínculo, os resultados mostram que as pessoas com TB-MDR, muitas vezes são atendidas pelo mesmo profissional, que disponibiliza tempo suficiente para que o usuário do serviço possa elucidar suas dúvidas e dar suporte ao processo de realização do tratamento.

O fato das pessoas acometidas pela TB-MDR serem atendidas por um mesmo profissional pressupõe uma aproximação, para que as pessoas acometidas pela doença tenham, nesses profissionais, uma referência em seu cuidado. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas na Índia, Rússia e Uganda, que mostraram maior vínculo quando os profissionais conhecem e são conhecidos por usuários que os procuram diante de um novo evento ou para levantar outras questões relacionadas ao tratamento (DESHMUKH et al., 2018; GELMANOVA et al., 2007; OKETHWANGU et al., 2019).

Os participantes do estudo sugeriram um modelo de cuidado centrado na pessoa, que inclui tratamento adequado e um grupo de apoio para pessoas com TB-MDR para garantir a conclusão bem-sucedida do tratamento.

No terceiro bloco discursivo, “Percepções sobre os efeitos colaterais e seu impacto no tratamento da tuberculose multidroga-resistente”, os participantes constroem seus discursos a partir do processo de tratamento da TB-MDR e de como os efeitos colaterais influenciam no processo de cura da doença.

A presença de sensações corporais desagradáveis lembra constantemente aos participantes da pesquisa que eles ainda têm problemas com a TB-MDR. Algumas pessoas acometidas pela TB-MDR, quando os sintomas amenizam ou somem, acreditam que não estão mais doentes, uma vez que o conceito da doença está associado à presença de sintomas indesejáveis que os impedem de agir como antes. Tomar os medicamentos para aliviar uma doença que não se manifesta mais fisicamente parece contraintuitivo, podendo levar ao abandono do tratamento da

doença e, até mesmo, contribuir para o surgimento de cepas mais resistentes (HUTCHISON et al., 2017).

Os efeitos dos medicamentos e as reações ao tratamento envolvem questões igualmente importantes para a adesão. Segundo Walker et al. (2019), essas questões são as expectativas de tratamento e cura, a motivação para a manutenção da saúde e as vantagens pessoais em continuar com a terapia, além dos benefícios do regime de tratamento que demarcam alguns comportamentos durante esse processo. Algumas pessoas acometidas pela doença acreditam que as drogas são fortes o suficiente para afetar negativamente outras partes do corpo; e ambos os conceitos podem levar à não adesão (LAXMESHWAR et al., 2019).

A TB-MDR tem impacto na vida das pessoas por ela acometidas, sendo que os recortes discursivos apresentados permitiram compreender o significado do adoecimento por meio de suas percepções e qual o peso subjetivo que a doença possui para cada indivíduo, o que parece estar relacionado a momentos de tensão, ansiedade e medo durante o percurso diagnóstico, tratamento e cura. A doença expõe as pessoas por ela afetadas como frágeis, influenciando no modo de viver, alterando a ordem estabelecida e suas relações com outras pessoas, resultando em implicações concretas no cotidiano de suas vidas (GAMA et al., 2019)

No último bloco discursivo, “Tuberculose multidroga-resistente e COVID-19: um diálogo necessário”, os participantes da pesquisa exteriorizam seus discursos atravessados pela pandemia da COVID-19, iniciada nos primeiros meses de 2020. Em agosto de 2020, 75% dos programas de TB em 106 países relataram interrupções dos serviços devido a COVID-19 (THE GLOBAL FUND, 2020), destacando a necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde durante esta emergência de saúde pública mundial (HOGAN et al., 2020; MCQUAID et al., 2020).

A pressão nos serviços de saúde resultante da pandemia da COVID-19, combinada com impactos sobre o comportamento de busca de cuidados, pode retardar ou reverter o progresso em direção ao tratamento da TB e as metas de prevenção estabelecidas na reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre TB, especialmente em países com números elevados relacionados a carga da doença (WHO, 2020a).

Como a pandemia se tornou o foco da atenção global, ela não deve ser vista apenas como um fenômeno de interesse científico até que seja controlada. A pandemia deve ser vista à luz dos principais impactos socioeconômicos e seus efeitos

devastadores na rotina dos serviços de saúde, bem como no avanço em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). A análise encomendada pela *Stop TB Partnership* concluiu que a resposta global à pandemia da COVID-19 provavelmente terá consequências drásticas e prejudiciais para os serviços de controle TB (STOP TB PARTNERSHIP, 2020).

Nos primeiros dois meses de 2020 foram identificadas reduções nas altas hospitalares relacionadas à TB, novos casos diagnosticados de TB ativa, redução no total de consultas ambulatoriais de TB ativa e novos casos de infecção latente por tuberculose (ILTB) e redução nas consultas ambulatoriais de ILTB. Esses resultados podem ser explicados por uma diminuição geral no uso de serviços de saúde em decorrência da pandemia (CILLONI et al., 2020).

Os recursos para a prestação de serviços de TB foram realocados para outros serviços médicos. O número de consultas ambulatoriais pode ter diminuído devido ao medo de exposição à COVID-19 (ONG et al., 2020). O acesso aos serviços de saúde pode ter diminuído devido a interrupções ou dificuldades de acesso ao transporte público, embora viagens relacionadas à saúde fossem permitidas na maioria dos países (MIGLIORI et al., 2020). Já existem evidências de vários países com alta carga de TB que apontam grandes reduções no número mensal de pessoas com TB sendo identificadas e oficialmente relatadas em 2020 (WHO, 2020a).

Os governos de países com alta carga de TB e TB-MDR precisam garantir a continuidade dos serviços durante a pandemia da COVID-19. Isso inclui ser proativo na proteção dos mais vulneráveis, incluindo proteção contra dificuldades econômicas, isolamento, estigma e discriminação. A resposta global precisa identificar e mitigar riscos potenciais para a missão crítica de combater a TB, bem como outras doenças respiratórias. Isso inclui a identificação de como as capacidades e infraestruturas podem ser adaptadas para fortalecer a resposta a COVID-19 e permitir flexibilidade nos programas para permitir que os países respondam conforme a COVID-19 evolui. Todos os países, principalmente aqueles com alta carga de TB, devem permanecer intimamente engajadas com a OMS para garantir uma coordenação estreita em resposta a COVID-19 e para sustentar o progresso em direção aos ODS de saúde e bem-estar para todos, principalmente no que tange ao controle TB (HOGAN et al., 2020).

À medida que a pandemia da COVID-19 se espalha para regiões com alta carga de TB, estes países devem implementar estratégias para aliviar a pressão sobre os

sistemas de saúde e mitigar a interrupção nas rotinas dos serviços de saúde (FUHRMAN et al., 2020). As medidas atuais de distanciamento social e bloqueio tornam-se particularmente desafiadoras para os programas de controle da TB no que tange ao diagnóstico, tratamento e cuidados para as comunidades afetadas pela TB. Para garantir que não haja interrupções nos serviços de saúde, os programas de TB terão que identificar e contar com opções alternativas, como atendimento virtual, saúde digital e soluções de monitoramento comunitário para trazer os serviços necessários o mais próximo possível das pessoas e comunidades afetadas pela doença (BELL et al., 2020; VISCA et al., 2020).

Dessa forma, é crucial manter e fortalecer os serviços de controle da TB como um componente essencial do progresso geral em direção à cobertura universal de saúde e sistemas de saúde resilientes, com o intuito de garantir sinergias nas respostas à TB e COVID-19 (WHO, 2020a).

Como limitação do estudo, o número de possíveis participantes cadastrados para tratamento foi limitado, o que impactou na amostra utilizada de participantes incluídos no estudo, que também era limitada. Embora os resultados do estudo não possam ser generalizados, este estudo forneceu uma oportunidade para as pessoas com TB-MDR serem compreendidas no que diz respeito aos DSS e à conclusão bem-sucedida do tratamento, podendo auxiliar os gestores de programas de controle da TB e profissionais da saúde na compreensão das motivações e das dificuldades que as pessoas acometidas pela TB-MDR vivenciam no seu cotidiano, possibilitando a elaboração de estratégias voltadas à melhoria das taxas de adesão e cura.

9. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que, considerando a complexidade envolvida na dinâmica da TB-MDR, avançar em termos de equidade em saúde, ou seja, na redução das diferenças, é um desafio para as políticas públicas, principalmente no momento atual do Brasil, que vive um cenário de acentuada crise econômica, política e social. Observou-se também que por meio da formação discursiva dos participantes da pesquisa, há barreiras de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde para o tratamento da TB-MDR. A ausência de políticas púbicas arrojadas que atuem diretamente nas condições socioeconômicas é uma condição que permeia os recortes discursivos que compõem este estudo.

As condições de produção dos discursos constroem o processo de formação ideológica de cada participante do estudo. A formação ideológica que se manifesta nesse contexto sócio-histórico de cada recorte discursivo e de cada sujeito, mostra as relações entre os lugares, objetivamente definíveis, representados por uma série de formações imaginárias, atribuindo a si mesmo e ao outro, a imagem que eles fazem de seu próprio lugar e do lugar do outro.

Os estressores psicossociais e a falta de suporte social também devem ser destacados como determinantes intermediários da saúde. Nesse contexto, o sistema de saúde também desempenha um papel importante principalmente por sua influência nas barreiras de acesso. Por fim, a coesão social é proposta como um determinante e entendida como uma forma de dar suporte no impacto das relações estabelecidas entre comunidades e instituições, em particular o Estado, na qualidade de vida das pessoas afetadas pela TB-MDR.

No que concerne a produção de sentidos sobre os determinantes da TB-MDR, a abordagem qualitativa apresenta-se como uma orientação cada vez mais necessária no âmbito da saúde pública. No âmbito das pesquisas, significa investimentos em estudos de processos, percepções, vivências e experiências em detrimento somente dos estudos de abordagem quantitativa, que a despeito de sua indiscutível importância, apenas serão úteis se assimilados observando sua aplicabilidade dentro dos grupos sociais estudados. Contudo, apesar do crescimento e reconhecimento alcançados, o enfoque qualitativo ainda se depara com um conjunto de desafios para a afirmação plena dos seus pressupostos metodológicos fundamentados nos domínios do campo cientifico das Ciências Humanas e Sociais.

Na análise da produção de sentidos sobre a pandemia, o estudo também evidenciou a situação da COVID-19, que consiste como uma importante barreira para

as pessoas que buscam atendimento. Os participantes da pesquisa relataram medo, insegurança e preocupação em retornar às consultas médicas, o que pode contribuir para o agravamento da TB-MDR no cenário investigado e requer o emprego de políticas públicas que busquem reverter os impactos trazidos pela COVID-19 no âmbito da TB-MDR, evitando assim, evitando complicações ainda maiores nas condições de saúde e de tratamento.

Por fim, entende-se que o estudo em tela contribui para o avanço do conhecimento, visto que a maioria dos estudos sobre TB-MDR tem enfatizado aspectos biológicos, clínicos e epidemiológicos, bem como a percepção dos profissionais de saúde; poucos estudos incluíram a perspectiva das pessoas acometidas pela, o que é valioso para definir planos de ação e políticas de enfrentamento da doença.

REFERÊNCIAS

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Orgs). **Joanna Briggs Institute reviewer's manual**. The Joanna Briggs, v. 299, 2017.

ARROYO, L. H. et al. Determinants of multidrug-resistant tuberculosis in São Paulo—Brazil: a multilevel Bayesian analysis of factors associated with individual, community and access to health services. **Tropical Medicine & International Health**, v. 25, n. 7, p. 839-849, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1111/tmi.13409. Acesso em: 7 jan. 2021.

ASPERS, P.; CORTE, U. What is qualitative in qualitative research. **Qualitative sociology**, v. 42, n. 2, p. 139-160, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11133-019-9413-7. Acesso em: 7 jan. 2021.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003. Acesso em: 20 jan. 2021.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000029. Acesso em: 7 jan. 2021.

BARBOSA, E. L.; LEVINO, A. Análise da coinfecção TB/HIV como fator de desenvolvimento da tuberculose multidroga resistente: uma revisão sistemática. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 4, n. 4, p. 10-10, 2013. Disponível em: http://revista.iec.gov.br/submit/index.php/rpas/article/view/732/573. Acesso em: 25 jan. 2021.

BELL, D. et al. Predicting the impact of COVID-19 and the potential impact of the public health response on disease burden in Uganda. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, v. 103, n. 3, p. 1191-1197, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0546. Acesso em: 8 jan. 2021

BHERING, M. et al. Multidrug-Resistant Tuberculosis in Portugal: Patients' Perception of the Challenges Faced during Treatment. **Portuguese Journal of Public Health**, p. 1-9, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1159/000511198. Acesso em: 11 jan. 2021.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 841-854, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042015000300841&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRANCO, V. P.; DIEZ, C. L. F. Análise do discurso e formação discursiva. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 8., 2017. Curitiba. **Anais do Evento**. Curitiba: PUC-PR, 2017. p. 8405-8416. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/24702_13047.pdf. Acesso em: 13 jan.2021

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 3 ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**, 2019. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil. Acesso em: 13 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. especial, p.1-43, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRUCE, A. T. I. et al. Temporal trends in areas at risk for concomitant tuberculosis in a hyperendemic municipality in the Amazon region of Brazil. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 9, n. 1, p. 1-14, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s40249-020-00732-0. Acesso em: 15 jan. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006. Acesso em: 12 jan. 2021

CARDOSO, B. B. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 1052-1063, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-761220200267. Acesso em: 02 jun. 2021.

CILLONI, L. et al. The potential impact of the COVID-19 pandemic on the tuberculosis epidemic a modelling analysis. **EClinicalMedicine**, v. 28, p. 100603, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100603. Acesso em: 25 jan. 2021.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 22 jan. 2021.

COSTA, P. V.; MACHADO, M. T. C.; OLIVEIRA, L. G. D. Adesão ao tratamento para Tuberculose Multidroga Resistente (TBMDR): estudo de caso em ambulatório de referência, Niterói (RJ), Brasil. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 108-115, Mar. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010292. Acesso em: 27 abr. 2021

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. **Stockholm: Institute for future studies**, 1991. Disponível em: https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf. Acesso em: 22 jan. 2021.

DESHMUKH, R. D. et al. Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment. **Indian Journal of Tuberculosis**, v. 65, n. 1, p. 41-47, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2017.05.003. Acesso em: 18 jan. 2021

DESLAURIERS, J. P. L'analyse en recherche qualitative. **Cahiers de recherche sociologique**, v. 5, n. 2, p. 145-152, 1987. Disponível em: https://id.erudit.org/iderudit/1002031ar. Acesso em: 15 jan. 2021.

DI GENNARO, F. et al. Social determinants of therapy failure and multi drug resistance among people with tuberculosis: A review. **Tuberculosis**, v. 103, p. 44-51, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.tube.2017.01.002. Acesso em: 11 jan. 2021.

DUARTE, R. et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). **Pulmonology**, v. 24, n. 2, p. 115-119, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003. Acesso em: 08 jan. 2021.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Integrative review versus systematic review. **Reme**: Revista Mineira de Enfermagem, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 1-6, 2014. GN1 Genesis Network. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001. Acesso em: 12 jan. 2021.

FERNANDES, C. A. **Análise do discurso:** reflexões introdutórias. 2ed. São Carlos, SP: Editora Claraluz, 2008.

FERREIRA, M. C. L. O Caráter singular da língua na análise do discurso. **Organo**, v. 17, n. 35, p. 189-200, 2003. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/organon/article/view/30023%202003. Acesso em: 22 jan. 2021.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 24 ed. São Paulo: Loyola, 2014.

FUHRMAN, S. et al. Gendered implications of the COVID-19 pandemic for policies and programmes in humanitarian settings. **BMJ global health**, v. 5, n. 5, p. e002624, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002624. Acesso em: 19 jan. 2021.

FURLAN, M. C. R.; MARCON, S. S. Avaliação do acesso ao tratamento de tuberculose sob a perspectiva de usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 339-347, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030139. Acesso em: 26 jan. 2021.

GAMA, K. N. G. et al. O impacto do diagnóstico da tuberculose mediante suas representações sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-088. Acesso em: 02 jun. 2021.

GADET, F.; HAK, T. (orgs). **Por uma análise automática do discurso:** introdução à obra de Michel Pêcheux. 5 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.

GELMANOVA, I. Y. et al. Barriers to successful tuberculosis treatment in Tomsk, Russian Federation: non-adherence, default and the acquisition of multidrug resistance. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, p. 703-711, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/bwho/2007.v85n9/703-711/en/. Acesso em: 19 jan. 2021.

HARGREAVES, J. R. et al. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. **American journal of public health**, v. 101, n. 4, p. 654-662, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.199505. Acesso em: 11 jan. 2021.

HOGAN, A. B. et al. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 9, p. e1132-e1141, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30288-6. Acesso em: 15 jan. 2021.

HOLTGRAVE, D. R.; CROSBY, R. A. Social determinants of tuberculosis case rates in the United States. **American journal of preventive medicine**, v. 26, n. 2, p. 159-162, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2003.10.014. Acesso em: 10 jan. 2021.

HUTCHISON, C. et al. Financial barriers and coping strategies: a qualitative study of accessing multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis care in Yunnan, China. **BMC public health**, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-017-4089-y. Acesso em: 26 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama municipal de Ribeirão Preto/SP**. IBGE, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ribeirao-preto.html. Acesso em: 15 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018:** primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/24786-pesquisa-de-orcamentos-familiares-2.html?edicao=25578&t=publicacoes. Acesso em: 10 jan. 2021.

LAXMESHWAR, C. et al. Beyond ‘cure' and ‘treatment success': quality of life of patients with multidrug-resistant tuberculosis. **The International Journal of**

Tuberculosis and Lung Disease, v. 23, n. 1, p. 73-81, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0149. Acesso em: 16 jan. 2021.

LEAL, M. L., MACIEL, E. L. N., CADE, N. V. Fatores associados à tuberculose em população de diabéticos: um estudo caso-controle. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3247-3256. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n9/1413-8123-csc-24-09-3247.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021.

LÖNNROTH, K. et al. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. **Social science & medicine**, v. 68, n. 12, p. 2240-2246, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.041. Acesso em: 12 jan. 2021.

LÖNNROTH, K. et al. Systematic screening for active tuberculosis: rationale, definitions and key considerations [State of the art series. Active case finding/screening. Number 1 in the series]. **The International journal of tuberculosis and lung disease**, v. 17, n. 3, p. 289-298, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.5588/ijtld.12.0797. Acesso em: 22 jan. 2021.

MARQUES, M. et al. Magnitude da tuberculose pulmonar na população fronteiriça de Mato Grosso do Sul (Brasil), Paraguai e Bolívia. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, n. 12, p. 2631-2642, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202631&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2021.

MCQUAID, C. F. et al. The potential impact of COVID-19-related disruption on tuberculosis burden. **European Respiratory Journal**, v. 56, n. 2, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1183/13993003.01718-2020. Acesso em: 16 de jan. 2021.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C.C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2021.

MIGLIORI, G. B. et al. Worldwide effects of coronavirus disease pandemic on tuberculosis services, January–April 2020. **Emerging infectious diseases**, v. 26, n.

11, p. 2709, 2020. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/11/20-3163_article. Acesso em: 21 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In. DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social:** teórica, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097. Acesso em: 11 jan. 2021.

NELLUMS, L. B. et al. Multidrug-resistant tuberculosis treatment adherence in migrants: a systematic review and meta-analysis. **BMC medicine**, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12916-017-1001-7. Acesso em: 15 jan. 2021.

OGA-OMENKA, C. et al. Factors influencing diagnosis and treatment initiation for multidrug-resistant/rifampicin-resistant tuberculosis in six sub-Saharan African countries: a mixed-methods systematic review. **BMJ global health**, v. 5, n. 7, p. e002280, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002280. Acesso em: 25 jan. 2021.

OKETHWANGU, D. et al. Multidrug-resistant tuberculosis outbreak associated with poor treatment adherence and delayed treatment: Arua District, Uganda, 2013–2017. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12879-019-4014-3. Acesso em: 16 jan. 2021.

ONG, C. W. M. et al. Epidemic and pandemic viral infections: impact on tuberculosis and the lung. **European Respiratory Journal**, v. 56, n. 4, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1183/13993003.01727-2020. Acesso em: 8 jan. 2021.

ORENSTEIN, E. W. et al. Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. **The Lancet infectious diseases**, v. 9, n. 3, p. 153-161, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70041-6. Acesso em: 16 jan. 2021.

ORENSTEIN, E. W. et al. Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. **The Lancet infectious diseases**, v. 9, n. 3, p. 153-161, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(09)70041-6. Acesso em: 8 jan. 2021.

ORLANDI, E. P. Análise de discurso. In ORLANDI, E.; LAGAZZI-RODRIGUES, S. (Orgs). **Discurso e textualidade**. 3 ed. Campinas, SP: Pontes, 2017.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso:** princípios e procedimentos. 12 ed. Campinas, SP: Pontes, 2015.

PÊCHEUX, M. A análise de discurso: três épocas (1983). In. GADET, F.; HAK, T. (orgs). **Por uma análise automática do discurso:** introdução à obra de Michel Pêcheux. 5 ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2014.

PÊCHEUX, M. **O discurso:** estrutura ou acontecimento. 7ed. Campinas, SP: Pontes, 2015.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. 6ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2016.

PEDDIREDDY, V. Quality of life, psychological interventions and treatment outcome in tuberculosis patients: the indian scenario. **Frontiers in psychology**, v. 7, p. 1664, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01664. Acesso em: 21 jan. 2021.

PIZZOL, D. et al. Predictors of therapy failure in newly diagnosed pulmonary tuberculosis cases in Beira, Mozambique. **BMC research notes**, v. 11, n. 1, p. 1-6, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13104-018-3209-9. Acesso em: 20 jan. 2021.

RAMMA, L. et al. Patients' costs associated with seeking and accessing treatment for drug-resistant tuberculosis in South Africa. **The international journal of tuberculosis and lung disease**, v. 19, n. 12, p. 1513-1519, 2015.Disponível em: https://doi.org/10.5588/ijtld.15.0341. Acesso em: 18 jan. 2021.

RASANATHAN, K. et al. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 15, n. 6,

p. S30-S36, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0691. Acesso em: 20 jan. 2021.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde**. Relação das unidades de saúde**, 2021a Ribeirão Preto Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/organiz-saude-rpreto.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde**. Programa Municipal de DST/AIDS, Tuberculose e Hepatites Virais**, 2021b Ribeirão Preto Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/programa-dstaids-tuberculose. Acesso em: 26 jan. 2021.

RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 383-387, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200020&script=sci_arttext. Acesso em: 12 jan. 2021.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, junho 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2021.

SANTOS, F. L. et al. Patients' perceptions regarding multidrug-resistant tuberculosis and barriers to seeking care in a priority city in Brazil during COVID-19 pandemic: A qualitative study. **PLOS ONE**, v. 16, n. 4, p. e0249822, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249822. Acesso em: 19 jan. 2021.

SANTOS, S. S. B. Pêcheux. In: Oliveira, L. A. (org.). **Estudos do discurso**. 1 ed. São Paulo: Parábola editorial, 2013.

SILVA, D. R. et al. Tuberculosis and COVID-19, the new cursed duet: what differs between Brazil and Europe? **J Bras Pneumol**, v. 47, n. 2, p. e20210044, 2021. Disponível em: https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20210044. Acesso em: 20 jan. 2021.

SILVA, D. R. et al. Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. **J bras pneumol**, v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n2/pt_1806-3756-jbpneu-44-02-00145. Acesso em: 27 abr. 2021.

SILVA, G. F.; MACHADO JÚNIOR, S. S. A construção do sujeito em Michel Foucault. **EntreLetras**, v. 7, n. 1, p. 200-210, 2016. Disponível em: https://betas.uft.edu.br/periodicos/index.php/entreletras/article/view/1488. Acesso em: 21 jan. 2021.

SILVA, R. D. et al. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-017-4752-3. Acesso em: 11 jan. 2021.

SINSHAW, W. et al. Prevalence of tuberculosis, multidrug resistant tuberculosis and associated risk factors among smear negative presumptive pulmonary tuberculosis patients in Addis Ababa, Ethiopia. **BMC infectious diseases**, v. 19, n. 1, p. 1-15, 2019. Disponível em: https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-019-4241-7. Acesso em: 8 jan. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? how to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134. Acesso em: 15 jan. 2021.

SOUZA, S. A. F. **Conhecendo Análise do Discurso** – Linguagem, Sociedade e Ideologia. Manaus, Amazonas: Editora Valer, 2006.

SQUIRE, C. From experience-centred to socioculturally-oriented approaches to narrative. *In:* Andrews, M.; Squire, C.; Tamboukou, M (org). **Doing narrative research**. 2. ed. Londres: SAGE, 2013. p. 47-71.

STOP TB PARTNERSHIP. We did a rapid assessment: the TB response is heavily impacted by the COVID-19 pandemic. **Geneva, Switzerland**: Stop TB Partnership, 2020. Disponível em: http://stoptb.org/news/stories/2020/ns20_014.html. Acesso em: 23 jan. 2021.

THE GLOBAL FUND. **How COVID-19 is affecting the global response to AIDS, tuberculosis and malaria**. Friends of the Global Fight, 2020. Disponível em: www.theglobalfight.org/covid-aids-tb-malaria/. Acesso em: 18 jan. 2021.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042. Acesso em: 9 jan. 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014. Acesso em: 2 jun. 2021.

VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 6, p. 610-612, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000600014. Acesso em: 15 jan. 2021.

VISCA, D. et al. Tuberculosis and COVID-19 interaction: a review of biological, clinical and public health effects. **Pulmonology**, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.12.012. Acesso em: 19 jan. 2021.

WALKER, I. F. et al. Depression and anxiety in patients with multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: an observational study. **Public health action**, v. 9, n. 1, p. 42-48, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5588/pha.18.0047. Acesso em: 8 jan. 2021.

WANG, Y. et al. Drug non-adherence and reasons among multidrug-resistant tuberculosis patients in Guizhou, China: A cross-sectional study. **Patient preference and adherence**, v. 13, p. 1641, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.2147/PPA.S219920. Acesso em: 20 jan. 2021.

WORLD BANK. **Poverty and shared prosperity 2018:** piecing together the poverty puzzle. Washington: World Bank Group, 2018. Disponível em: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30418/9781464813306.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva, 2010. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf;jsessionid=A549A6436C810B2BC96726B671DB4F36?sequence=1. Acesso em: 11 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. WHO, 2020a. Disponível em:http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Acesso em: 26 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19):** Situation Report 51. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475. Acesso em: 17 jan. 2021.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2017**. Geneva (2017). p 262. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259366/9789241565516-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 10 jan. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para geração dos dados empíricos

Data: _____/_____/_____ Número ID: _____

ROTEIRO PARA GERAÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS – VERSÃO PESSOAS COM TB-MDR

Esta pesquisa é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Projeto: Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem Bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes - Processo 2018/14337-0.

A. DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS:

Sexo: ☐ 1. F ☐ 2. M Data de Nascimento:____/____/_____

1. Município:

2. Grau de Risco para TB-MDR: Categoria_____*

Cor/Etnia:

☐ 1.Branca ☐ 2.Negra ☐ 3.Amarela ☐ 4.Parda ☐ 5.Indígena

Estado civil:

☐ 1. Casado/União estável ☐ 2.Solteiro ☐ 3. Divorciado ☐ 4.Viúvo

Ocupação:
☐ 1. Profissional de saúde
☐ 2. Profissional do sistema penitenciário
☐ 3. Profissional asilo/albergue/casas de apoio HIV/Aids
☐ 4. Outros profissionais autônomos /assalariados
☐ 5. Profissional do sexo
☐ 6. Ambulante
☐ 7. Detento(a)
☐ 8. Dona de casa
☐ 9. Profissional de Formação Superior
☐ 10. Desempregado(a)
☐ 11. Outros:

Está trabalhando no momento?

☐ 1.Sim ☐ 2.Não, afastado ☐ 3.Não, não está afastado legalmente

☐ 4. Não se aplica - Motivo:

Escolaridade:
☐ 0.Analfabeto ☐ 1.1ª a 4ª série incompleta do EF
☐ 2. 4ª série completa do EF ☐ 3. 5ª à 8ª série incompleta do EF
☐ 4. Ens. fundamental completo ☐ 5. Ensino médio incompleto
☐ 6. Ensino médio completo ☐ 7. Educação superior incompleta
☐ 8. Educação superior completa

Naturalidade:

Procedência:

Quantidade de filhos e idades:

* Obtido pela abordagem bayesiana (dados do projeto)

B. DADOS CLÍNICOS***:

História anterior
Tratamento anterior para TB □ 1.Sim □ 2.Não
Número de tratamentos anteriores para TB □ 1. Um tratamento □ 2. Dois tratamentos □ 3. Três ou + tratamentos
Tratamentos anteriores com Tratamento Diretamente Observado □ 1.Sim □ 2.Não
Internações prévias: □ 1.Não □ 2. Sim (se sim, qual a quantidade?) □ N° de internações_____
Indicação da internação prévia:

História atual:
Tipo de entrada no tratamento atual: □ 1.Caso Novo □ 2.Recidiva □ 3.Reingresso após abandono □ 4.Não sabe □ 5. Transferência
Isolamento respiratório: □ 1.Sim □ 2.Não
HIV: □ 1. Positivo □ 2.Negativo □ 3.Teste em andamento □ 4. Teste não realizado
Forma clínica: □ 1.Pulmonar □ 2.Pulmonar + Pleural □ 3.Extrapulmonar □ 4.Disseminada
Radiografia do tórax: □ 1.Unilateral cavitária □ 2.Unilateral não cavitária □ 3.Bilateral cavitária □ 4. Bilateral não cavitária □ 5.Normal
Comorbidades: □ 1.Sim (se sim, qual(is)?) □ 2.Não

☐ 1.Aids ☐ 2.Diabetes ☐ 3.Silicose ☐ 4.Neoplasia ☐ 5.Corticoterapia prolongada ☐ 6.Transplantado de órgão ☐ 7.Hemodiálise ☐ 8.Alcoolismo ☐ 9.Drogas ilícitas ☐ 10.Transtornos mentais:_____ ☐ 11.Outra:_____
Efeitos colaterais: ☐ 1.Ausentes ☐ 2. Presentes ☐ Ototoxicidade ☐ Neurotoxicidade ☐ Oftalmotoxicidade ☐ Hepatotoxicidade ☐ Náuseas e vômitos ☐ Outros:_____
Observações relevantes:

*** Complementar com dados do prontuário, se necessário

C. ROTEIRO DE PERGUNTAS SEMIESTRUTURADAS PARA PESSOAS COM TUBERCULOSE MULTIDROGA-RESISTENTE

1. É primeira vez que o senhor (ou senhora) faz tratamento para tuberculose?
2. Na sua opinião tuberculose tem cura?
3. Como tem sido sua experiência de lidar com a tuberculose multidroga-resistente?
4. Quais foram as dificuldades em sua experiência de tratamento desde o momento que o senhor (ou senhora) foi diagnosticado (ou diagnosticada) pela primeira vez?
5. Em sua experiência pessoal, qual pode ter sido a causa da sua doença?
6. O senhor já abandonou o tratamento alguma vez? (Se sim, perguntar ao participante o que levou ao abandono do tratamento)
7. O senhor (ou senhora) tem apoio da sua família e amigos? Está vivendo com a sua família?
8. Como tem sido a experiência com os serviços de saúde desde que ficou doente?
9. O senhor (ou senhora) recebe algum benefício desde que ficou doente?
10. Quanto tempo o senhor (ou senhora) está tratando a TB-MDR? A medicação trouxe algum efeito colateral? (Se sim, perguntar ao participante quais efeitos colaterais)
11. O que o senhor acha de mais positivo no tratamento? Tem algo negativo?
12. Como tem sido tratar a TB-MDR durante a pandemia da COVID-19?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) senhor (a),

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada de **"Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais e pacientes"**, coordenada e desenvolvida pelo Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada na Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil. CEP: 14040-902. Sala 34. Telefone: (16) 3315-4408. Ela tem como objetivo: **Analisar os determinantes da tuberculose multidroga resistente no estado de São Paulo considerando a abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes.** Sua participação é voluntária e consistirá em responder oralmente a um questionário semiestruturado, a ser realizado no local de sua preferência (serviço de saúde ou domicílio) e de acordo com seu tempo disponível, a entrevistada será gravada e posteriormente transcrita para análise. As informações fornecidas contribuirão com a melhoria dos serviços de saúde na atenção a Tuberculose multidroga resistente no estado de São Paulo.

O questionário de entrevista é composto por 10 itens (perguntas) e o (a) Sr (a). deverá responde-lo oralmente para gravação, com tempo previsto de 40 minutos para todas as respostas. Os riscos decorrentes de sua participação são de ordem psicoemocional, sendo este ocasionado pelo possível desconforto em responder o questionário. Caso o (a) Sr (a). apresente esse desconforto e precise de ajuda durante a entrevista, o entrevistador (a) tomará as medidas cabíveis e lhe acompanhará por todo o tempo, de modo a lhe auxiliar neste momento até a resolução do desconforto. Caso o (a) Sr (a). venha a sofrer algum dano psicoemocional no momento da pesquisa terá o direito a indenização e cobertura material para reparação do dano, bem como o ressarcimento de eventuais despesas.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Sr (a). desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a). não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Os benefícios diretos a (o) Sr (a) serão maior compreensão da tuberculose multidroga resistente, a oportunidade de ter um momento direto e privativo com o entrevistador para tirar dúvidas da tuberculose e a compreensão do caminho que deve ser percorrido nas unidades de saúde enquanto for uma pessoa com a tuberculose multidroga resistente. Assim, espera-se com o referido estudo a contribuição para a melhoria do planejamento, organização, monitoramento e avaliação do serviço de saúde em relação à pessoa com a tuberculose multidroga resistente, buscando de tal forma a melhoria da qualidade do serviço prestado, assim como promover intercâmbio de informações, conhecimentos e inovações em linguagem adequada aos diferentes públicos, por meio de divulgação e publicações específicas, com vistas a subsidiar a tomada de decisão no controle da TB.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP – Brasil. CEP: 14040-902. Sala 34. Telefone: (16) 3315-4408, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/EERP/USP, na Avenida dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário - Bairro Monte Alegre – Ribeirão Preto – SP – Brasil. CEP: 14040-902. Sala 38, de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Telefone: (16) 3315-9197 e-mail: cep@eerp.usp.br

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Sob número CAAE: 19520819.0.0000.5393.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu li e concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Ribeirão Preto, ___, de_____ de 20__.

Impressão Dactiloscópica
do Entrevistado

_____
Assinatura do entrevistado

_____
Assinatura do entrevistador

_____
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Anuência da Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

CVE Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"

SÃO PAULO GOVERNO DO ESTADO | Secretaria da Saúde

São Paulo, 8 de Agosto de 2019.

TERMO DE ANUÊNCIA

A Divisão de Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac" da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, declara que esta ciente e apoia o desenvolvimento do projeto "**Estudo misto da Tuberculose Multidroga-resistente no estado de são Paulo : da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes** ".

Maria Josefa Penón Rújula
Médica da Divisão de Tuberculose

Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - CVE
Av. Dr. Arnaldo, 351, 6º andar – sala 615 | CEP 01246-000 | São Paulo, SP | Fone: (11) 3066-8764
E-mail:dvtbc@saude.sp.gov.br

ANEXO B - Termo de Anuência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Carta de Anuência

Ilmos Srs.

Prof. Dr. Antônio Pazin Filho

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela

Eu, Ricardo Alexandre Arcêncio, Professor Associado do Departamento Materno – Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), portador do CPF: 21626211850 e RG: 32655995-4, responsável pelo projeto Regular FAPESP processo nº 2018/14337-0, sob o título: "Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes"; aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob protocolo CAAE: 19520819.0.0000.5393. Venho pelo presente, solicitar autorização do Departamento de Clínica Médica (Moléstias Infecciosas) do Hospital das Clínicas Da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) para a realização da coleta de dados do referido projeto. Esta coleta será realizada junto aos profissionais que acompanham os pacientes em tratamento da tuberculose multidroga-resistente, por meio de grupos focais. O objetivo desta informação é conhecer as percepções dos determinantes da TB-MDR a partir das experiências dos profissionais da saúde que já experienciaram o fenômeno de interesse.

Contando com a autorização, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Ribeirão Preto, 11 de dezembro de 2019.

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública

Prof. Dr. Valdes Roberto Bollella
Departamento de Clínica Médica

Dr. Valdes Roberto Bollella
CRM 75.229

Prof. Dr. Antônio Pazin Filho
Chefe de Departamento de Clínica Médica

Prof. Dr. Paulo Louzado Júnior
Vice-Chefe do Departamento de Clínica Médica

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 0238/2019, de 23/10/2019

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "*ad referendum*"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 22 de outubro de 2019.

Protocolo CAAE: 19520819.0.0000.5393

Projeto: Estudo misto dos determinantes da tuberculose multidroga-resistente no estado de São Paulo: Da abordagem bayesiana à percepção dos profissionais de saúde e pacientes

Pesquisador: Ricardo Alexandre Arcêncio

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

p/ **Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos**
Coordenador do CEP-EERP/USP

Profa. Dra. Rosane Pilot Pessa
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-EERP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP