



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

PATRÍCIA DA SILVA SANTOS

**INIQUIDADES RACIAIS NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INVISIBILIDADES E DESAFIOS
ENFRENTADOS PELA POPULAÇÃO NEGRA**

Santos – SP

2026

PATRÍCIA DA SILVA SANTOS

**INIQUIDADES RACIAIS NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INVISIBILIDADES E DESAFIOS
ENFRENTADOS PELA POPULAÇÃO NEGRA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde, ambiente e mudanças sociais.

Linha de pesquisa: Condições sociais da saúde, políticas públicas, gestão, programas e práticas em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Luzana Mackevicius Bernardes

Santos – SP

S237i Santos, Patrícia da Silva

Iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da tuberculose na atenção primária à saúde: invisibilidades e desafios enfrentados pela população negra/ Patrícia da Silva Santos; orientadora Luzana Mackevicius Bernardes-- 2026.
95 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas, 2026
Inclui bibliografia

1. Tuberculose. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Equidade em Saúde. I. Bernardes, Luzana Mackevicius. II. Título.

CDU: Ed. 1997 - 159.9(043.3)

PATRÍCIA DA SILVA SANTOS

**INIQUIDADES RACIAIS NO ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INVISIBILIDADES E DESAFIOS
ENFRENTADOS PELA POPULAÇÃO NEGRA**

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luzana Mackevicius Bernardes
Universidade Católica de Santos – UNISANTOS

Prof.^a Dra. Fátima Maria Araújo Bertini
Professora Adjunta da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira- UNILAB Redenção, no Estado do Ceará.

Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza
Universidade Católica de Santos – UNISANTOS

AGRADECIMENTO

O presente trabalho é realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio, a presença e a força de pessoas e espiritualidades que caminharam comigo ao longo dessa jornada.

À professora Dra.Luzana, expresso minha mais sincera gratidão pelo apoio constante, pela escuta atenta e pelo suporte oferecido em um período tão desafiador que foi o mestrado. Sua orientação foi essencial para que eu pudesse seguir com firmeza, mesmo diante das dificuldades.

Aos professores do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, pois, cada um com sua programação e jeito particular de ensinar, foram construindo o conhecimento necessário para desenvolver o senso crítico e despertar vontade de fazer a “máquina do SUS funcionar”, meu muito obrigada.

Ao meu irmão, José Reis, deixo um agradecimento especial, pois foi ele quem despertou em mim o interesse pela vida acadêmica e me incentivou a trilhar esse caminho. Sua influência foi o impulso necessário para que fosse dado vários passos nessa etapa da minha vida. Sem a influência dele, jamais nada disso seria possível. Tem toda a minha admiração e meu orgulho.

Aos meus pais, José e Iraildes, agradeço por serem minha base, meu porto seguro e minha motivação diária.

Ao Deivit por todo o suporte, principalmente nos momentos de crise. Cada gesto de apoio, compreensão e carinho foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

Ao meu filho, Alexsander, dedico um agradecimento profundamente especial. Logo no início desta caminhada, enquanto eu escrevia esta dissertação, enfrentamos um momento extremamente delicado com sua internação por tuberculose pulmonar, durante 11 longos dias. Foram dias difíceis, de preocupação e incertezas, mas também de fortalecimento. Mesmo em meio a esse cenário, foi nele que encontrei motivos para continuar. Sua coragem e sua resiliência se tornaram minha maior motivação para não desistir.

Por fim, minha profunda gratidão aos Orixás, que me guiam, protegem e iluminam meus caminhos a cada dia. Foi na fé e na espiritualidade que encontrei forças para continuar, mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos, o meu muito obrigada, axé.

“Não é apenas a doença que adoece, mas as condições sociais que determinam quem será visto, cuidado — ou esquecido.”

(Próprio Autor)

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Patrícia da Silva Santos, tenho 41 anos, enfermeira e mãe de um rapaz de 21 anos, que representa uma das minhas maiores motivações de vida. Apaixonada pela enfermagem, pelo cuidar, acolher e transformar realidades por meio do meu trabalho.

Sou graduada em Enfermagem pela Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), em Praia Grande, no ano de 2019. Realizei residência em Atenção Primária à Saúde pela Prefeitura Municipal de Praia Grande, entre 2020 a 2022, experiência que foi fundamental para a construção do olhar ampliado sobre o cuidado em saúde e a atuação no território. Possuo pós-graduação em Urgência e Emergência e também em UTI Adulto, pediátrica e Neonatal, ambas pela Faculdade de Itaquá, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas e clínicas em diferentes níveis de complexidade do cuidado.

Ao longo da minha trajetória profissional, atuei na Atenção Primária com cargo administrativo, inclusive na gestão de Unidades de Saúde da Família (USAFA), em Praia Grande. Como enfermeira, atuei em cooperativa, campo muito rico onde tive que testar as minhas capacidades pois encontra-se todos os níveis de assistência em domicílios. Atuei no setor privado, com experiência na Unimed. No serviço público, fui servidora na Prefeitura de Cubatão, atuando no pronto-socorro infantil e, atualmente, servidora pública na Prefeitura do Guarujá no serviço de urgência e emergência, no Pronto Atendimento Anibal Arden dos Reis, tendo passado antes pela UPA Matheus Santamaria.

Também sou servidora pública na Prefeitura de Santos, onde atuo como enfermeira de família em uma unidade de Atenção Primária à Saúde, na região da Zona Noroeste, USF São Jorge/Santa Maria. Nesse espaço, desenvolvo meu trabalho com foco no cuidado integral, na promoção da saúde e no vínculo com a comunidade.

Minha trajetória é marcada pelo compromisso com o cuidado, pela busca constante por conhecimento e pelo amor à profissão que escolhi exercer.

Minha aproximação com a temática iniciou-se a partir da atuação na Atenção Primária à Saúde, em um território marcado por elevada vulnerabilidade social, onde me inquietava observar que muitos usuários chegavam à unidade já diagnosticados com tuberculose pelos serviços de urgência e emergência, ao mesmo tempo em que percebia fragilidades nas ações de vigilância territorial e na busca ativa de sintomáticos respiratórios. Essa experiência despertou questionamentos sobre o papel da APS na identificação precoce da doença e sobre os percursos realizados pelos usuários até o diagnóstico, inquietações que, posteriormente, contribuíram para a construção do objeto desta pesquisa.

RESUMO

A tuberculose permanece como um importante problema de saúde pública, fortemente influenciado pelas desigualdades sociais e raciais que atravessam o processo de adoecimento, o acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico oportuno. Este estudo teve como objetivo analisar o acesso da população negra ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de Atenção Primária à Saúde, considerando os fatores sociais, institucionais e territoriais que atravessam o processo de cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas com dez pessoas autodeclaradas negras em tratamento para tuberculose pulmonar no município de Santos (SP). A análise dos dados foi realizada por meio da Análise Temática de Braun e Clarke, com triangulação entre os dados empíricos, a literatura científica e o referencial teórico da justiça como equidade, de John Rawls (2008), e de sua extensão à saúde, proposta por Daniels (2008). Os resultados evidenciaram que as iniquidades raciais relacionadas ao acesso ao diagnóstico da tuberculose são produzidas pela interação entre processos simbólicos de construção da identidade racial, condições sociais, organização institucional do cuidado e características do território. As narrativas revelaram ambiguidades na construção da identidade racial, formas silenciosas de naturalização das desigualdades raciais, itinerários terapêuticos fragmentados, oportunidades perdidas para o diagnóstico, fragilidades na vigilância territorial, limitações na coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde e centralidade dos serviços de urgência como principal porta de entrada para o sistema de saúde. Paralelamente, os participantes reconheceram o acolhimento, o vínculo e o compromisso dos profissionais de saúde, evidenciando que experiências positivas de cuidado coexistem com limitações institucionais no acesso oportuno ao diagnóstico. Conclui-se que as iniquidades raciais relacionadas ao diagnóstico da tuberculose não decorrem exclusivamente de barreiras individuais ou socioeconômicas, mas resultam da articulação entre processos simbólicos, sociais e institucionais que influenciam as formas de reconhecimento, organização do cuidado e acesso aos serviços de saúde. Os achados reforçam a necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, incorporando a perspectiva da equidade racial na organização das práticas assistenciais e das políticas públicas.

Palavras-Chave: Tuberculose. Atenção Primária à Saúde. Equidade em Saúde

ABSTRACT

This study aims to analyze access to tuberculosis diagnosis among the Black population within Primary Health Care services, considering the social, institutional, and territorial factors that shape the care process. This is a qualitative, exploratory, and descriptive study conducted through semi-structured interviews with individuals undergoing treatment for tuberculosis. Data analysis was carried out using thematic analysis, grounded in the theoretical framework of justice as fairness proposed by John Rawls (2008) and its extension to health by Daniels (2008). The results indicate that diagnosis occurs predominantly at a late stage, mediated by fragmented and non-linear therapeutic itineraries, marked by the centrality of urgency and Emergency care services. Limited involvement of Primary Health Care in early case detection was observed, revealing weaknesses in territorial surveillance, care coordination, and integration between primary care and epidemiological surveillance. Participants' narratives highlight the invisibility of early symptoms, discontinuity of follow-up, and limitations in active case-finding strategies.

Despite these shortcomings, users expressed a positive evaluation of the services, particularly regarding relational dimensions of care, such as welcoming practices and the establishment of bonds, revealing a tension between recognition and critique. The analysis demonstrates that access to diagnosis is shaped by social determinants and racial inequalities, with structural racism emerging as a central factor in the production of inequities. In light of the theory of justice as fairness, it is concluded that such inequalities compromise the guarantee of fair equality of opportunity in access to healthcare. Diagnostic delay is therefore understood as an expression of structural limitations of Primary Health Care rather than the result of individual choices. The study highlights the need to strengthen Primary Health Care, with emphasis on active surveillance, longitudinal follow-up, and the addressing of social and racial inequalities, in alignment with the principles of equity and social justice.

Keywords: Tuberculosis. Primary Health Care. Health Equity. Racial Inequities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ODS	Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PAPS	Polo de Atenção Primária à Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
RTA	Reflexive Thematic Analysis – Análise Temática Reflexiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB	Tuberculose
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	Justiça como equidade de John Rawls e sua aplicação à saúde.....	14
2.1.1	Justiça como equidade e proteção da vida: desdobramentos para o campo da saúde	15
2.2	Panorama epidemiológico da tuberculose e sua distribuição na população negra.....	16
2.2.1	Tuberculose na População negra.....	18
2.3	Determinação Social da Tuberculose e desigualdades raciais.....	20
2.4	Colonialismo, escravidão e a população racializada da tuberculose no Brasil.....	22
2.5	Política Nacional de Saúde Integral da População negra: histórico, avanços e desafios.....	24
2.6	Atenção Primária à Saúde, territorialização e equidade.....	25
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	Objetivo geral.....	28
3.2	Objetivos específicos.....	28
4	MÉTODO.....	29
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Cenário da pesquisa.....	30
4.2.1	O Município de Santos.....	30
4.2.2	Caracterização da unidade de saúde.....	32
4.3	População do Estudo.....	34
4.3.1	Critérios de inclusão.....	35
4.3.2	Critérios de exclusão.....	35
4.4	Aspectos Éticos.....	36
4.5	Riscos e benefícios.....	37
4.5.1	Riscos.....	37

4.5.2	Benefícios.....	38
4.6	Procedimento para coleta de dados.....	38
4.7	Triangulação de dados.....	39
4.8	Tratamento de dados.....	41
4.9	Recursos tecnológicos utilizados na pesquisa.....	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
5.1	Caracterização dos participantes do estudo.....	43
5.2	Organização temática da análise das entrevistas.....	47
5.3	Dimensões simbólicas e sociais das iniquidades raciais.....	48
5.3.1	A força simbólica da branquitude e os processos de negação ou ambivalência da identidade negra.....	48
5.3.2	O racismo que não se nomeia: apagamento e não reconhecimento das desigualdades raciais.....	52
5.3.3	Entre reconhecimento e silêncio crítico: percepções da população negra sobre o cuidado em saúde.....	56
5.4	Produção institucional das iniquidades no acesso ao diagnóstico da Tuberculose.....	59
5.4.1	Entre a urgência e a invisibilidade: itinerários terapêuticos da população negra para o diagnóstico da tuberculose.....	61
5.4.2	Quando a tuberculose não é reconhecida: invisibilidade diagnóstica e oportunidades perdidas nos serviços de saúde.....	68
5.4.3	Fragilidades da vigilância territorial na Atenção Primária à Saúde.....	71
5.4.4	A centralidade dos serviços de urgência no acesso ao diagnóstico da Tuberculose.....	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	87
	APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO DE COLETA DE DADOS (TCCD).....	90
	APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	91

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	92
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTOS À CLÍNICA DE PSICOLOGIA DA UNISANTOS.....	93

1 INTRODUÇÃO

“De todas as formas de desigualdade, a injustiça na saúde é a mais chocante e desumana.”

(Martin Luther King Jr).

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete prioritariamente os pulmões, embora possa atingir outros órgãos e sistemas do organismo. Apesar dos avanços nas ações de vigilância, diagnóstico e tratamento, a TB permanece como um importante problema de saúde pública, figurando entre as doenças transmissíveis mais letais no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa a 20ª posição entre os países com maior carga da doença (OMS, 2023).

Evidências epidemiológicas indicam que a incidência e a mortalidade são desproporcionalmente maiores entre populações em situação de vulnerabilidade social, evidenciando a estreita relação entre TB, pobreza e desigualdades sociais (Cortez et al., 2021; Brasil, 2022; Lima et al., 2023).

Embora o país tenha registrado avanços nas últimas décadas, persistem desafios relevantes no enfrentamento da doença, como o diagnóstico tardio, a resistência medicamentosa, a coinfeção por HIV e as dificuldades de acesso oportuno aos serviços de saúde (Queiroz et al., 2024; Lima et al., 2023). Esses aspectos indicam que o controle da TB ultrapassa o campo estritamente clínico, exigindo a compreensão das condições sociais que estruturam o processo saúde-doença.

Nesse sentido, a TB configura-se como uma doença fortemente marcada pela determinação social. Sua incidência concentra-se em territórios caracterizados por precariedade habitacional, insegurança alimentar, desemprego, baixa escolaridade e acesso limitado a serviços de saúde, condições que favorecem tanto a exposição ao bacilo quanto o atraso no diagnóstico e as dificuldades de adesão ao tratamento (Bertolozzi et al., 2019; OMS, 2024).

A análise dessas desigualdades requer considerar os processos históricos que estruturaram a sociedade brasileira. A colonização e o regime escravocrata instituíram hierarquias raciais que organizaram a distribuição desigual de recursos e direitos sociais. No campo da saúde, essas heranças se expressam na maior exposição da população negra a condições precárias de moradia, trabalho e acesso a serviços públicos, influenciando diretamente os padrões de adoecimento (Moura, 1988; Nascimento, 2016).

A população negra tem sido desproporcionalmente afetada pela TB, refletindo a interação entre pobreza, racismo estrutural e exclusão social, que condiciona tanto a exposição ao adoecimento quanto as barreiras de acesso ao diagnóstico e ao tratamento (Almeida, 2019; Werneck, 2016; OMS, 2023).

Dados epidemiológicos indicam que aproximadamente 65,7% das pessoas diagnosticadas com TB no país são negras, evidenciando a centralidade da raça ou cor como marcador das desigualdades em saúde (Brasil, 2026). No estado de São Paulo, a doença apresenta importantes desigualdades territoriais, com maior concentração de casos em regiões metropolitanas e áreas urbanas marcadas por vulnerabilidades sociais (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2025).

Na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), esse cenário assume particular relevância epidemiológica. Municípios da região apresentam taxas de incidência superiores à média nacional e estadual, associadas à combinação entre desigualdades socioeconômicas, elevada densidade populacional e intensa mobilidade urbana (Brasil, 2025).

No município de Santos, onde se desenvolveu o presente estudo, a incidência da TB alcança aproximadamente 121 casos por 100 mil habitantes, valor significativamente superior à média brasileira (Santos, 2025; Brasil, 2024). Esse contexto evidencia a persistência de condições sociais e estruturais que favorecem a transmissão da doença e reforça a necessidade de investigar os fatores que dificultam o acesso oportuno ao diagnóstico, especialmente entre populações historicamente vulnerabilizadas, como a população negra.

Diante desse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel estratégico no enfrentamento da TB, por constituir a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenhar funções centrais na identificação precoce dos casos, na coordenação do cuidado e na articulação entre vigilância e assistência (Brasil, 2022).

Entretanto, para que esse potencial se efetive, é necessário que os serviços de saúde reconheçam e enfrentem os marcadores sociais que atravessam o processo de adoecimento, como raça, classe e território (Crenshaw, 1989). A ausência de abordagens sensíveis às desigualdades raciais contribui para a reprodução de barreiras institucionais que dificultam o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento, perpetuando iniquidades que atingem de forma mais intensa a população negra (Brasil, 2009).

A teoria da justiça como equidade, proposta por Rawls (2008), constitui um referencial analítico relevante para a compreensão dessas desigualdades. Ao afirmar que as instituições devem ser organizadas de modo a beneficiar prioritariamente os grupos mais desfavorecidos, essa perspectiva permite problematizar a distribuição social da doença e o papel dos sistemas

de saúde na promoção da equidade. Aplicada ao campo da saúde coletiva, essa abordagem possibilita compreender que a persistência da TB entre populações socialmente vulnerabilizadas não representa apenas um desafio epidemiológico, mas também uma questão de justiça social (Rawls, 2008).

A extensão desse referencial para o campo da saúde encontra em Daniels (2008) uma contribuição central: ele estende o princípio rawlsiano da igualdade equitativa de oportunidades ao domínio da saúde ao argumentar que o adoecimento e as barreiras de acesso ao cuidado comprometem o funcionamento normal dos indivíduos e, conseqüentemente, o leque de oportunidades a que podem ter acesso ao longo da vida.

Para complementar essa perspectiva normativa, esta pesquisa recorrerá, nos capítulos analíticos, ao conceito de necropolítica proposto por Mbembe (2018), que permite compreender como processos históricos e institucionais produzem diferentes graus de reconhecimento e valorização da vida, submetendo certas populações a condições de exposição diferencial ao sofrimento e à morte.

Diante desse contexto, esta pesquisa busca responder à seguinte questão: quais são as barreiras e desafios enfrentados pela população negra no acesso ao diagnóstico da TB na APS?

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão das iniquidades raciais no enfrentamento da TB, contribuindo para o fortalecimento de práticas de cuidado orientadas pela equidade e para a formulação de políticas públicas comprometidas com a redução das desigualdades em saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Justiça como Equidade de John Rawls e sua aplicação à saúde

A teoria da justiça como equidade, desenvolvida por John Rawls, constitui um marco fundamental para a análise da distribuição de bens sociais e da organização das instituições em sociedades democráticas. Rawls (2008, p. 67) sustenta que "cada pessoa deve ter um direito igual ao mais amplo sistema de liberdades básicas, compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos". Além disso, ao formular o princípio da diferença, o autor afirma que as desigualdades sociais e econômicas somente são justificáveis quando contribuem para melhorar a situação daqueles que se encontram em posições menos favorecidas na estrutura social (Rawls, 2008).

No campo da saúde, essa perspectiva adquire particular relevância, uma vez que as condições de saúde influenciam diretamente a capacidade dos indivíduos de exercer suas liberdades básicas e participar plenamente da vida social. Nesse sentido, Daniels (2008) argumenta que garantir equidade no acesso à saúde significa proteger o justo valor da igualdade de oportunidades, situando a saúde entre os bens essenciais para o desenvolvimento de projetos de vida em condições justas.

No contexto brasileiro, em que a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito universal e dever do Estado, o SUS configura-se como uma tentativa institucional de materializar princípios de justiça social por meio da universalidade, da integralidade e da equidade (Brasil, 1988). Contudo, a persistência de desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde evidencia limites na concretização desses princípios. Estudos indicam que a população negra enfrenta maiores barreiras de acesso, atrasos no diagnóstico e maior risco de abandono do tratamento da TB (Brasil, 2017; Piovesan; Barata, 2020).

Essas desigualdades tensionam diretamente os fundamentos da justiça como equidade, especialmente o princípio da diferença, que exige que as instituições sociais organizem suas políticas de modo a beneficiar os grupos em situação de maior desvantagem na estrutura social, entre os quais se insere a população negra, historicamente vulnerabilizada.

Nesse sentido, a incorporação do referencial rawlsiano neste estudo permite compreender as iniquidades raciais no diagnóstico da TB não apenas como desigualdades epidemiológicas, mas como expressões de injustiça social. A APS, ao atuar de forma territorializada e próxima às populações em situação de vulnerabilidade, constitui espaço

estratégico para a promoção da equidade, desde que orientada por práticas institucionais comprometidas com o enfrentamento das desigualdades raciais no cuidado.

2.1.1 Justiça como equidade e proteção da vida: desdobramentos para o campo da saúde

A teoria da justiça como equidade, proposta por John Rawls (2008), oferece um referencial normativo para analisar a distribuição de direitos, oportunidades e encargos em sociedades democráticas. Rawls parte de um exercício contratualista hipotético: na posição original, sob o véu da ignorância, indivíduos racionais e livres escolheriam os princípios de justiça sem conhecer sua posição social, seus talentos naturais ou sua concepção de bem.

Dessa posição de imparcialidade, derivam-se dois princípios. O primeiro garante a igualdade de liberdades básicas a todos os cidadãos. O segundo estabelece que as desigualdades sociais e econômicas só são aceitáveis quando vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades e quando beneficiem os membros mais vulneráveis da sociedade, o que Rawls denomina princípio da diferença.

Esses princípios não operam isoladamente: a igualdade equitativa de oportunidades tem prioridade sobre o princípio da diferença, o que significa que uma sociedade não pode compensar a falta de oportunidades iguais com maior eficiência econômica. Para Rawls, as instituições sociais devem ser organizadas de modo que as circunstâncias de nascimento classe social, raça, gênero, não determinem as perspectivas de vida dos indivíduos. A justiça exige que as oportunidades sejam substantivamente igualadas, e não apenas formalmente proclamadas.

A extensão desse referencial para a saúde encontra em Daniels (2008) um desenvolvimento central. Daniels parte do princípio rawlsiano da igualdade equitativa de oportunidades para argumentar que a saúde possui um valor moral especial, distinto de outros bens sociais. Diferentemente de renda ou riqueza, cuja distribuição pode ser ajustada por políticas compensatórias, as perdas no funcionamento normal dos indivíduos têm caráter frequentemente irreversível e não podem ser plenamente corrigidas por transferências de recursos. A saúde é, portanto, um bem que protege o próprio leque de oportunidades ao longo da vida.

Daniels define o funcionamento normal como a capacidade de desempenhar as funções físicas e mentais típicas para a faixa etária de cada pessoa. Quando a doença ou as barreiras de acesso ao cuidado comprometem esse funcionamento, reduz-se o conjunto de oportunidades que o indivíduo poderia efetivamente realizar, oportunidades educacionais, profissionais,

sociais e políticas. Nessa perspectiva, falhas sistemáticas no acesso aos serviços de saúde não configuram meros lapsos assistenciais, mas injustiças distributivas que violam a igualdade equitativa de oportunidades.

A contribuição de Daniels (2008) reside em demonstrar que a saúde não é apenas mais um bem a ser distribuído, mas uma condição necessária para que os demais bens primários tenham valor real. Sem saúde, a liberdade formal de escolher uma carreira ou participar da vida política torna-se vazia de significado. O sistema de saúde, portanto, não é uma instituição periférica na estrutura básica da sociedade: ele é um dos mecanismos centrais para garantir que a igualdade equitativa de oportunidades seja mais do que uma promessa abstrata.

Essa perspectiva implica que a avaliação da justiça de um sistema de saúde deve considerar não apenas a média dos resultados, mas, sobretudo, como os benefícios e encargos se distribuem entre os diferentes grupos sociais. Quando determinadas populações enfrentam barreiras consistentes no acesso ao cuidado, o princípio rawlsiano da igualdade equitativa de oportunidades está sendo violado, e essa violação é tanto mais grave quanto mais vulnerável for o grupo atingido, conforme enfatiza o princípio da diferença.

2.2 Panorama epidemiológico da tuberculose e sua distribuição na população negra

A TB permanece como um dos principais desafios globais em saúde pública, apesar dos avanços científicos relacionados ao diagnóstico e ao tratamento da doença. Segundo o relatório global da OMS, o ano de 2023 registrou aproximadamente 8,2 milhões de novos casos de TB em todo o mundo, representando o maior número desde 1995. Esse cenário recolocou a TB como a principal causa de morte por doença infecciosa no planeta, superando inclusive a COVID-19 após o período mais crítico da pandemia (OPAS, 2024).

Nesse contexto, a Agenda 2030 das Nações Unidas estabelece, por meio dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), diretrizes globais para o enfrentamento das desigualdades e a promoção da saúde. Destaca-se o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, cuja meta 3.3 prevê a eliminação de epidemias como a TB até 2030 (UN, 2015).

No continente americano, os países registraram cerca de 342 mil casos de TB em 2023, número 6,6% superior ao observado no ano anterior. Embora tenha ocorrido redução de aproximadamente 5,4% na mortalidade, resultado atribuído à ampliação da cobertura

diagnóstica e ao aumento da efetividade do tratamento, a incidência crescente evidencia a persistência de desafios importantes para o controle da doença na região (OPAS, 2024).

No Brasil, a TB mantém-se como um agravo de elevada relevância epidemiológica. Em 2025 foram notificados 84.368 novos casos da doença, enquanto, no mesmo período, ocorreram 6.376 óbitos associados ao agravo (Brasil, 2024; Brasil, 2026). Durante o período da pandemia de COVID-19 observou-se uma redução aparente no número de casos diagnosticados, fenômeno relacionado principalmente às interrupções nas atividades de vigilância epidemiológica e à diminuição da capacidade diagnóstica dos serviços de saúde. Esse contexto contribuiu para o aumento de casos não diagnosticados e não tratados, favorecendo a intensificação da transmissão comunitária. Com a retomada das atividades presenciais e a reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observou-se aumento nas notificações da doença a partir de 2023 (OMS, 2023).

No estado de São Paulo e, particularmente, na RMBS, a TB apresenta indicadores historicamente elevados. O município de Santos, por exemplo, mantém taxas de incidência superiores à média nacional e estadual, sendo reconhecido como território prioritário para ações de vigilância e controle da doença. Em 2023 foram registrados 490 casos no município, e em 2024 foram notificados 388 novos casos (Santos, 2025). Apesar da redução aparente no número de casos no ano de 2024, o município permanece entre os que apresentam maior incidência da doença no estado, ocupando a sexta posição entre os 645 municípios paulistas. Esse cenário evidencia a necessidade de monitoramento contínuo e de estratégias de intervenção direcionadas aos territórios mais vulneráveis.

A distribuição da TB, entretanto, não ocorre de forma homogênea entre os diferentes grupos populacionais. Evidências epidemiológicas demonstram que a doença se concentra em populações submetidas a múltiplas formas de vulnerabilidade social. Entre os grupos mais afetados encontram-se pessoas em situação de rua, indivíduos privados de liberdade, povos indígenas, pessoas vivendo com HIV e moradores de territórios periféricos. Esses grupos compartilham condições de vida marcadas por exclusão social, precariedade habitacional, insegurança alimentar e acesso limitado aos serviços de saúde, fatores que favorecem tanto a transmissão quanto o agravamento da doença (Brasil, 2022).

Entre esses grupos, destaca-se a população negra, que apresenta maior incidência e piores desfechos relacionados à TB no Brasil. Dados epidemiológicos recentes indicam que aproximadamente 65,7% dos casos notificados da doença ocorrem entre pessoas que se autodeclaram pretas ou pardas (Brasil, 2026).

Além disso, a desigualdade racial também se expressa de forma significativa nos desfechos da doença: em 2022, cerca de 64,6% dos óbitos por TB ocorreram entre pessoas negras, evidenciando o impacto das desigualdades raciais na determinação das condições de adoecimento e mortalidade (Brasil, 2024).

Essas disparidades não podem ser compreendidas apenas a partir de fatores biológicos ou individuais. Ao contrário, refletem a interação entre condições sociais precárias, barreiras no acesso ao diagnóstico e ao tratamento e a persistência de processos estruturais de desigualdade racial que atravessam a sociedade brasileira. Nesse sentido, a TB tem sido frequentemente descrita como um marcador de iniquidades sociais em saúde, uma vez que sua ocorrência está profundamente associada aos determinantes sociais que estruturam o processo saúde-doença (OMS, 2024).

As condições socioeconômicas precárias constituem um dos principais fatores associados à persistência da doença. Aspectos como baixa escolaridade, desemprego, moradias insalubres, adensamento populacional e dificuldades de acesso oportuno aos serviços de saúde ampliam o risco de infecção e dificultam a continuidade do tratamento. Além disso, fatores ambientais, como a permanência em ambientes fechados, mal ventilados e com grande concentração de pessoas, favorecem a transmissão do bacilo, sendo frequentemente observados em abrigos, presídios, cortiços e habitações precárias nos centros urbanos (Brasil, 2024).

Nesse contexto, a TB evidencia a interseção entre desigualdades sociais, raciais e territoriais. A persistência da doença entre populações negras e socialmente vulnerabilizadas revela que o controle da TB não depende apenas de avanços biomédicos, mas exige também o enfrentamento das estruturas sociais que produzem e reproduzem desigualdades no acesso às condições de vida e ao cuidado em saúde. Dessa forma, compreender a epidemiologia da TB no Brasil implica reconhecer a centralidade dos determinantes sociais e raciais na produção do adoecimento, o que reforça a necessidade de políticas públicas orientadas pelos princípios da equidade e da justiça social.

2.2.1 Tuberculose na população negra

A TB permanece como um agravo de elevada relevância epidemiológica no Brasil, apresentando distribuição socialmente desigual e afetando de forma desproporcional determinados segmentos populacionais. Evidências nacionais e internacionais indicam que sua ocorrência acompanha padrões de desigualdade social, sendo mais prevalente entre populações submetidas a múltiplas formas de vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua, indivíduos

privados de liberdade, povos indígenas, pessoas vivendo com HIV e moradores de territórios periféricos (Brasil, 2022; OMS, 2023).

Essa concentração expressa a determinação social do adoecimento, resultante da interação entre condições de vida precárias, barreiras no acesso ao diagnóstico e ao tratamento e processos estruturais de desigualdade, como o racismo e a pobreza. Compreender a TB a partir dessa perspectiva implica superar explicações exclusivamente biomédicas, incorporando uma análise crítica das estruturas sociais que produzem e reproduzem iniquidades em saúde.

No Brasil, em 2025, foram notificados mais de 84.368 casos de TB. Dados epidemiológicos indicam que aproximadamente 65,7% das pessoas acometidas pela doença se autodeclararam pretas ou pardas, evidenciando o impacto desproporcional da TB sobre a população negra (Brasil, 2026). Essa desigualdade também se expressa nos desfechos: em 2022, cerca de 64,6% dos óbitos por TB ocorreram entre pessoas pretas ou pardas, revelando persistentes desigualdades raciais no acesso ao cuidado e nos resultados em saúde (Brasil, 2022).

A distribuição da doença não ocorre de forma homogênea, concentrando-se em populações historicamente vulnerabilizadas que compartilham condições de vida marcadas por exclusão social, precariedade habitacional e acesso limitado aos serviços de saúde. Nesse contexto, o enfrentamento da TB representa um desafio complexo para profissionais, gestores e sociedade, exigindo políticas públicas orientadas pela equidade e pela articulação entre ações assistenciais, de vigilância e de proteção social.

Os determinantes sociais da saúde constituem elementos centrais para explicar a persistência da TB no país. Fatores como baixa escolaridade, desemprego, moradias insalubres, adensamento populacional, uso de substâncias psicoativas e dificuldades de acesso oportuno aos serviços ampliam o risco de adoecimento e dificultam a continuidade do tratamento (OMS, 2024).

Dados do Ministério da Saúde evidenciam que pessoas em situação de rua apresentam risco 54 vezes maior de desenvolver TB, enquanto pessoas privadas de liberdade têm risco 23 vezes maior, pessoas vivendo com HIV 19 vezes maior e povos indígenas aproximadamente três vezes maior (Brasil, 2022).

Além dos determinantes sociais, fatores ambientais também contribuem para a manutenção da transmissão, especialmente em ambientes fechados, mal ventilados e com alta densidade populacional, como abrigos, presídios e habitações precárias. Esses espaços são ocupados predominantemente por populações empobrecidas e racializadas, evidenciando a interseção entre desigualdades sociais, raciais e territoriais (Crenshaw, 1989).

As desigualdades raciais observadas na epidemiologia da TB estão diretamente relacionadas à distribuição desigual de bens e serviços na sociedade brasileira. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que pessoas negras ocupam apenas 29,5% dos cargos gerenciais, enquanto pessoas brancas representam aproximadamente 69% (IBGE, 2022). Da mesma forma, a população preta ou parda apresenta piores condições de renda e maior proporção de domicílios sem acesso adequado a serviços de saneamento básico (IBGE, 2022).

Nesse cenário, a TB pode ser compreendida como um marcador de iniquidades sociais em saúde, cuja persistência está associada às desigualdades estruturais que condicionam tanto o risco de adoecimento quanto o acesso ao cuidado (OMS, 2024). Assim, o controle da doença não depende exclusivamente de avanços biomédicos, mas requer o enfrentamento das desigualdades sociais e raciais, com a implementação de políticas públicas orientadas pela equidade e pela justiça social.

2.3 Determinação social da tuberculose e desigualdades raciais

A TB é amplamente reconhecida como uma doença socialmente determinada, uma vez que seu risco de infecção e adoecimento está fortemente associado a fatores socioeconômicos e ambientais, como pobreza, aglomeração domiciliar, desnutrição, condições habitacionais precárias, baixa escolaridade e acesso limitado aos serviços de saúde (Bertolozzi et al., 2019; OMS, 2024).

Esse conjunto de condições amplia a exposição ao bacilo, contribui para o atraso no diagnóstico e dificulta a adesão ao tratamento, favorecendo a persistência da doença em contextos socialmente vulneráveis. Nesse sentido, estudos no campo da saúde coletiva evidenciam que a distribuição da TB acompanha padrões de desigualdade social e territorial, revelando a estreita relação entre condições de vida, organização do espaço urbano e processos de adoecimento (Bertolozzi et al., 2019).

A compreensão da TB como fenômeno socialmente determinado encontra respaldo na perspectiva da epidemiologia crítica latino-americana. Breilh (2006) sustenta que os processos de saúde e doença devem ser analisados a partir das relações estruturais que organizam a vida social, incluindo os modos de produção, as desigualdades econômicas e as dinâmicas políticas que condicionam as condições de vida das populações. Nessa perspectiva, a ocorrência da TB deve ser compreendida à luz das determinações sociais que produzem diferentes exposições a riscos e desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, essas condições não se distribuem de forma homogênea. A população negra encontra-se entre os grupos mais expostos a contextos de vulnerabilidade, em decorrência de processos históricos de desigualdade e exclusão que se expressam nos determinantes sociais da saúde. Nesse cenário, a TB apresenta maior incidência, maior risco de atraso diagnóstico e piores desfechos terapêuticos entre pessoas negras, evidenciando o papel do racismo estrutural e institucional na produção dessas desigualdades (Barata, 2009; Brasil, 2022).

A análise dessas desigualdades exige considerar a formação social brasileira, marcada pela colonização, pelo regime escravocrata e por dinâmicas persistentes de exclusão. A escravidão, que perdurou por mais de três séculos, produziu efeitos duradouros na organização das oportunidades sociais, resultando na exclusão sistemática da população negra do acesso à terra, à educação e aos direitos básicos de cidadania (Almeida, 2019; Theodoro, 2008). Esses processos contribuíram para a consolidação de desigualdades estruturais que ainda se refletem nos indicadores sociais e de saúde no país.

Nesse contexto, a população negra permanece sobrerrepresentada entre aqueles que vivem em condições precárias de moradia, enfrentam maiores taxas de desemprego e subemprego e apresentam menor acesso a serviços de saúde de qualidade, evidenciando a persistência de desigualdades estruturais no Brasil. Fatores socioeconômicos e territoriais articulam-se ao racismo estrutural e institucional, intensificando vulnerabilidades e produzindo barreiras no acesso ao cuidado (IPEA, 2021; IBGE, 2022). No caso da TB, essa vulnerabilização manifesta-se em maiores taxas de incidência, maior probabilidade de atraso no diagnóstico e piores desfechos terapêuticos quando comparados à população branca (Brasil, 2022).

Esse quadro evidencia que a TB se configura como expressão das desigualdades sociais que estruturam as sociedades contemporâneas. Diante desse caráter estrutural, seu enfrentamento tem sido incorporado às agendas globais de saúde. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), inclui metas voltadas à redução das desigualdades e ao controle de doenças transmissíveis. Destaca-se, nesse contexto, o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, incluindo a meta de eliminação da TB até 2030 (NU, 2015; OMS, 2023).

Entretanto, o alcance dessas metas depende da capacidade dos sistemas de saúde de enfrentar as desigualdades estruturais que condicionam os processos de adoecimento. Nesse sentido, o ODS 10, que propõe a redução das desigualdades, assume papel central, uma vez que a TB permanece fortemente associada a contextos de pobreza, exclusão social e desigualdade racial (OMS, 2023; Bertolozzi et al., 2019).

À luz da teoria da justiça como equidade, proposta por John Rawls (2008), essas desigualdades evidenciam que as condições sociais que influenciam o adoecimento e o acesso ao cuidado não se distribuem de forma justa na sociedade. A persistência da TB entre grupos historicamente vulnerabilizados revela que os princípios de equidade e igualdade de oportunidades ainda não se concretizam plenamente no campo da saúde, exigindo políticas públicas orientadas pela redução das iniquidades e pela priorização daqueles em posições mais desfavorecidas.

2.4 Colonialismo, escravidão e a produção racializada da tuberculose no Brasil

A configuração contemporânea da TB no Brasil não pode ser dissociada da formação histórica do país. A sociedade brasileira foi estruturada sob o regime colonial escravista, cuja lógica organizou a distribuição desigual de poder, renda, terra e reconhecimento social. Nesse processo histórico, o racismo operou como princípio estruturante da organização social, produzindo disparidades persistentes no acesso aos determinantes da saúde (Moura, 1988). A TB, doença fortemente condicionada por fatores sociais como habitação, renda, alimentação e acesso ao cuidado, expressa de maneira particularmente evidente essas desigualdades socialmente produzidas.

A escravidão reduziu a população negra à condição de força de trabalho explorável e desprovida de reconhecimento social pleno. A abolição formal, desprovida de políticas públicas redistributivas capazes de enfrentar as desigualdades herdadas, não foi suficiente para compensar as desvantagens historicamente acumuladas. Ao contrário, essas desigualdades reorganizaram-se em formas persistentes de exclusão socioespacial e econômica que continuam incidindo sobre as condições de vida da população negra (Nascimento, 2016). Esse processo de marginalização estrutural, 120 anos após a abolição, ainda se expressa nas condições de vida e de acesso a direitos básicos, entre eles a saúde (Theodoro, 2008).

Nesse contexto, processos históricos de marginalização contribuíram para maior exposição dessa população a condições de moradia precárias, insegurança econômica e serviços públicos de menor qualidade, fatores que favorecem tanto a transmissão quanto os desfechos negativos da TB.

A compreensão da racialização da TB exige, portanto, situar o fenômeno no interior da formação social brasileira, marcada pela colonialidade e pela reprodução institucional de hierarquias raciais. Mesmo após a consolidação do Estado nacional, tais hierarquias não foram superadas, sendo reconfiguradas em arranjos econômicos, territoriais e institucionais que

mantiveram a população negra em posições estruturais de maior exposição a riscos e menor acesso a bens sociais. Nesse sentido, o racismo não se manifesta apenas como atitude individual ou desvio moral, mas como tecnologia de dominação que organiza desigualdades de classe e raça, modulando quem circula sob proteção social e quem permanece submetido a condições de precariedade (Almeida, 2019).

No início do século XX, discursos e práticas associadas ao higienismo e ao ideário eugenista reforçaram projetos de nação orientados pela normalização de corpos e territórios. Assim, doenças socialmente determinadas, como a TB, passaram a ser frequentemente interpretadas como expressão de desordem social e degeneração moral, deslocando a atenção dos determinantes estruturais que produziam o adoecimento. As respostas institucionais oscilaram, muitas vezes, entre medicalização, controle social e culpabilização dos indivíduos, em vez de enfrentar as condições materiais que favoreciam a disseminação da doença (Almeida, 2019; Breilh, 2006).

Evidências epidemiológicas contemporâneas indicam que a TB continua a se distribuir de forma desigual segundo raça ou cor no Brasil. Uma revisão sistemática de estudos observacionais publicada entre 2019 e 2025 apontou que pessoas negras e pardas apresentam maior risco de progressão da doença, maior probabilidade de abandono do tratamento e maiores taxas de mortalidade quando comparadas a grupos não racializados (Montelo et al., 2025).

Da mesma forma, estudo de coorte nacional demonstrou que a segregação socioeconômica e racial nos municípios brasileiros está associada a maior risco de desfechos desfavoráveis do tratamento da TB, incluindo interrupção precoce, insucesso terapêutico e óbito, com efeitos mais pronunciados entre indivíduos negros e pardos (Hall et al., 2025). Análises comparativas recentes também indicam que as taxas de incidência de TB entre pessoas pretas no Brasil permaneceram consistentemente mais elevadas entre 2019 e 2024, reforçando a persistência das desigualdades raciais na epidemiologia da doença.

Sob o referencial normativo da justiça como equidade desenvolvido por John Rawls, esse cenário evidencia falhas profundas na organização da estrutura básica da sociedade. Rawls (2008) argumenta que uma sociedade justa deve assegurar liberdades fundamentais iguais e estruturar desigualdades sociais e econômicas de modo a beneficiar prioritariamente os menos favorecidos. O princípio da diferença pressupõe que as instituições sociais devem atuar para mitigar desvantagens estruturais historicamente produzidas.

No caso da TB, entretanto, observa-se que grupos racializados continuam a enfrentar maior risco de adoecimento e desfechos adversos, indicando que as desigualdades sociais não foram adequadamente enfrentadas pelas políticas públicas. A persistência dessas disparidades

sugere uma falha institucional em garantir condições equitativas de proteção à saúde, configurando tensão direta com o ideal rawlsiano de igualdade justa de oportunidades. Determinantes estruturais como segregação residencial, pobreza e racismo institucional condicionam tanto a probabilidade de exposição ao bacilo quanto o acesso oportuno ao diagnóstico e à continuidade do tratamento.

Assim, a racialização da TB no Brasil não constitui fenômeno episódico ou contingente, mas expressão da reprodução de assimetrias estruturais herdadas do colonialismo e da escravidão (Theodoro, 2008).

A doença torna-se, nesse contexto, um marcador biológico de injustiças sociais persistentes, revelando que a estrutura básica da sociedade ainda não foi reorganizada segundo princípios capazes de reduzir desigualdades injustas e beneficiar prioritariamente os grupos historicamente desfavorecidos.

2.5 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Histórico, Avanços e Desafios

Instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) tem como objetivo promover a equidade no SUS e enfrentar o racismo institucional que afeta o acesso e a qualidade da atenção à saúde da população negra (Brasil, 2009).

Sua construção resulta de um processo histórico de mobilização do movimento negro brasileiro, intensificado a partir da década de 1980, e da incorporação do quesito raça ou cor nos sistemas de informação em saúde, em 1996, o que possibilitou evidenciar empiricamente as desigualdades raciais nos indicadores de saúde (Werneck, 2016; IPEA, 2021).

O processo de formulação da política também dialoga com marcos internacionais relevantes, especialmente a Conferência Mundial contra o Racismo, realizada em Durban em 2001, que reforçou a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da equidade racial e à superação das desigualdades estruturais que afetam populações afrodescendentes (Almeida, 2019).

A trajetória de institucionalização da PNSIPN pode ser compreendida a partir de marcos sucessivos. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, introduziu a temática racial na agenda sanitária brasileira. Em 2004, a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra fortaleceu o processo de formulação e acompanhamento das ações voltadas à equidade. Em 2006, a 1ª Conferência Nacional de Saúde da População Negra consolidou a participação

social no debate sobre racismo e saúde. Em 2009, a política foi formalmente instituída, sendo posteriormente detalhada em seu Plano Operativo, em 2013.

Avaliações nacionais indicam que a PNSIPN ampliou a visibilidade das desigualdades raciais no campo da saúde e promoveu avanços institucionais importantes. No entanto, sua implementação permanece heterogênea entre os entes federativos e ainda enfrenta dificuldades de consolidação no cotidiano dos serviços (Brasil, 2009; IPEA, 2021). Relatórios recentes apontam avanços na transversalização de suas diretrizes em estratégias voltadas ao enfrentamento de agravos como a TB e doenças crônicas, embora persistam desafios para sua incorporação sistemática nas práticas assistenciais (Brasil, 2024).

Entre os principais avanços destacam-se a incorporação da dimensão racial no planejamento e no monitoramento das ações em saúde, a ampliação da formação de profissionais com enfoque antirracista e o fortalecimento da participação social na formulação de políticas públicas. Sob a perspectiva da justiça como equidade, proposta por John Rawls, a PNSIPN pode ser compreendida como expressão do princípio da diferença, ao priorizar ações destinadas a grupos que se encontram em maior desvantagem social (Rawls, 2008).

Apesar desses avanços, persistem desafios significativos para a consolidação da política. A implementação de suas diretrizes ainda é irregular e, muitas vezes, restrita a iniciativas pontuais, sem integração plena às rotinas dos serviços e sem financiamento específico. Soma-se a isso a ausência de indicadores operacionais claros, a baixa qualidade do registro do quesito raça ou cor nos sistemas de informação e a persistência de resistências institucionais à incorporação do racismo como determinante social da saúde (Werneck, 2016; Almeida, 2019).

Na APS, essas limitações se expressam na frágil incorporação da perspectiva racial nos fluxos de acolhimento e diagnóstico, com repercussões diretas sobre o tempo até o diagnóstico e a adesão ao tratamento da TB (Brasil, 2024).

Nesse sentido, o fortalecimento da implementação da PNSIPN constitui condição fundamental para a redução das desigualdades raciais e para a consolidação da equidade como princípio estruturante do SUS.

2.6 Atenção Primária à Saúde, territorialização e equidade

A APS é amplamente reconhecida como eixo organizador dos sistemas de saúde e como o nível de atenção mais capaz de produzir impactos positivos sobre indicadores, reduzir desigualdades e ampliar o acesso, especialmente quando orientada por seus atributos essenciais (Starfield, 2002; OMS, 2023).

Starfield (2002) propõe que a APS se distingue de outros níveis de atenção por quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O acesso de primeiro contato refere-se à porta de entrada do sistema, garantindo que o usuário encontre no serviço de saúde o ponto inicial e preferencial para suas demandas. A longitudinalidade diz respeito ao acompanhamento contínuo e consistente ao longo do tempo por uma mesma equipe, permitindo a construção de vínculo e o conhecimento aprofundado do contexto de vida do usuário. A integralidade envolve a oferta de um conjunto amplo de serviços que correspondam às necessidades mais frequentes da população, incluindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A coordenação do cuidado assegura a articulação entre os diferentes pontos da RAS, garantindo continuidade assistencial e evitando fragmentação.

A esses quatro atributos essenciais, Starfield (2002) acrescenta três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A orientação familiar considera o contexto e a dinâmica familiar na avaliação das necessidades de saúde. A orientação comunitária implica o conhecimento do território e das condições de vida da população adscrita, permitindo o planejamento de ações a partir do perfil epidemiológico e social local.

A competência cultural, por sua vez, remete à capacidade dos serviços e profissionais de reconhecerem e responderem às especificidades culturais, étnicas e raciais das populações atendidas, atributo particularmente relevante para a abordagem das iniquidades em saúde, pois interroga se os serviços estão preparados para acolher as diferenças sem reproduzir discriminações.

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) incorpora esses fundamentos ao estabelecer que a APS deve atuar de forma territorializada, desenvolvendo ações integradas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, organizadas a partir das necessidades de saúde da população e da articulação entre equipes multiprofissionais e comunidade (Brasil, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui o modelo prioritário de organização da APS no SUS, estruturando-se para intervir de forma territorializada, contínua e integrada às necessidades das populações atendidas (Brasil, 2017; Brasil, 2022). Estudos apontam que a expansão da ESF contribuiu significativamente para a melhoria de indicadores de saúde e para a ampliação do acesso ao cuidado em territórios socialmente vulnerabilizados (Giovannella et al., 2018).

Entre os atributos derivados, a orientação comunitária e a competência cultural são especialmente relevantes para a análise das iniquidades em saúde. A orientação comunitária

exige que as equipes conheçam as condições concretas de vida nos territórios, precariedade habitacional, insegurança alimentar, dificuldades de mobilidade e articulem suas ações a partir desse conhecimento.

A competência cultural demanda que os profissionais reconheçam como os marcadores sociais de diferença, raça, classe, gênero, território atravessam as relações de cuidado, produzindo desconfiança, silenciamento de queixas e barreiras de acesso em populações historicamente marginalizadas. Quando esses atributos estão ausentes ou fragilizados, a APS perde parte de sua potência transformadora e pode, ainda que involuntariamente, reproduzir as desigualdades que deveria combater.

Apesar do potencial da APS para enfrentar as desigualdades em saúde, persistem limitações estruturais, organizacionais e relacionais na rotina dos serviços. Entre essas limitações, destacam-se a insuficiência de recursos, a fragmentação da RAS e práticas assistenciais que desconsideram marcadores sociais de diferença, como raça, gênero e território (Crenshaw, 1989).

A ausência de competência cultural institucionalizada não apenas depende da sensibilidade individual de cada profissional, contribui para a reprodução de barreiras que atingem desproporcionalmente populações vulnerabilizadas (OMS, 2024; Werneck, 2016).

Nesse sentido, para que a equidade não dependa exclusivamente da sensibilidade individual das equipes locais, torna-se necessário institucionalizar diretrizes e instrumentos que qualifiquem o acolhimento nos serviços, padronizem fluxos assistenciais sensíveis às desigualdades (Brasil, 2009; Brasil, 2024).

Antes de prosseguir, é necessário distinguir dois planos em que os termos raça e racismo serão mobilizados ao longo deste trabalho. Quando se tratar da caracterização dos participantes, raça/cor será operacionalizada segundo a classificação do IBGE (preta, parda, branca, amarela, indígena), tal como autodeclarada pelos entrevistados. No entanto, quando o termo racismo estrutural aparecer como categoria explicativa, ele será tomado no sentido de um processo histórico e institucional que produz e reproduz desigualdades no acesso ao cuidado, independentemente da autoclassificação individual. Essa distinção não significa que os planos sejam separados na realidade, mas permite que a análise transite com clareza entre a descrição dos sujeitos e a interpretação das estruturas que os atravessam.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as iniquidades raciais no acesso da população negra ao diagnóstico da tuberculose na atenção primária à saúde, considerando os fatores sociais e institucionais que atravessam o processo de cuidado em um território de alta vulnerabilidade

3.2 Objetivos específicos

Descrever as dificuldades enfrentadas pela população negra no acesso ao diagnóstico da tuberculose na atenção primária à saúde.

Identificar os fatores sociais que influenciam o diagnóstico oportuno da tuberculose entre pessoas negras, considerando o contexto territorial do estudo.

Compreender de que modo os fatores institucionais, incluindo práticas e relações de cuidado, influenciam o acesso da população negra ao diagnóstico da tuberculose na atenção primária à saúde.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo adotou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvida por meio de trabalho de campo. A escolha justificou-se pela complexidade do objeto investigado e pela necessidade de compreender, em profundidade, as experiências, percepções e significados atribuídos pelos sujeitos às barreiras no acesso ao diagnóstico da TB.

A abordagem qualitativa possibilita captar representações, crenças, interpretações e modos de significar a realidade a partir das vivências concretas dos participantes. Trata-se de uma perspectiva que valoriza a subjetividade, a escuta sensível e o contexto social no qual os sujeitos estão inseridos, permitindo revelar processos sociais frequentemente invisibilizados em abordagens exclusivamente quantitativas. Nesse sentido, a investigação qualitativa permite compreender como fatores sociais, institucionais e raciais atravessam as experiências de cuidado em saúde, especialmente entre populações historicamente vulnerabilizadas (Minayo, 2014; Turato, 2013; Denzin; Lincoln, 2018).

Minayo (2014) destaca que a abordagem qualitativa se caracteriza pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento, orientada pela busca de compreensão do sentido interno das práticas e das relações sociais investigadas. Para a autora, a pesquisa qualitativa responde a questões particulares e trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, dimensões que não podem ser plenamente apreendidas por métodos quantitativos.

A investigação também apresentou caráter exploratório e descritivo. Conforme Gil (2022), estudos exploratórios visam proporcionar maior familiaridade com o fenômeno investigado, favorecendo seu aprofundamento e a construção de interpretações sobre objetos ainda pouco explorados. Já os estudos descritivos buscam caracterizar fenômenos, processos e populações, permitindo compreender suas características e particularidades a partir da realidade empírica.

No presente estudo, o caráter exploratório possibilitou aprofundar a compreensão das experiências da população negra no acesso ao diagnóstico da TB, tema ainda pouco investigado sob a perspectiva das iniquidades raciais na APS. A dimensão descritiva, por sua vez, permitiu caracterizar os itinerários terapêuticos, as barreiras vivenciadas pelos participantes e as experiências relacionadas ao acesso aos serviços de saúde. A investigação não se restringiu,

contudo, à descrição desses percursos, buscando também interpretá-los à luz do referencial teórico adotado e da Análise Temática, de modo a compreender como processos sociais, institucionais e raciais atravessam as experiências narradas.

A articulação entre a abordagem qualitativa e o delineamento exploratório-descritivo mostrou-se, portanto, adequada aos objetivos da pesquisa, pois permitiu descrever e interpretar as experiências dos participantes, compreendendo como se configuram as barreiras sociais, raciais e institucionais relacionadas ao acesso ao diagnóstico da TB na APS.

Essa articulação favoreceu não apenas a identificação das barreiras objetivas, mas também a apreensão dos significados atribuídos pelos participantes às suas experiências de adoecimento e de utilização dos serviços de saúde, contribuindo para a interpretação dos processos sociais que produzem as iniquidades analisadas neste estudo.

4.2 Cenário da pesquisa

Antes de apresentar o cenário empírico, é necessário compreender o território como categoria central de análise na Saúde Coletiva. O território não se restringe a uma delimitação geográfica, mas constitui um espaço socialmente produzido, no qual se expressam desigualdades históricas, econômicas e políticas que condicionam os processos de adoecimento e o acesso aos serviços de saúde (Barata, 2009).

Dessa forma, a análise do cenário desta pesquisa parte do reconhecimento de que o território é um elemento estruturante das iniquidades em saúde, permitindo compreender como desigualdades socioespaciais se articulam à ocorrência da doença e às barreiras de acesso ao diagnóstico e ao cuidado.

4.2.1 O Município de Santos

O município de Santos está localizado no litoral do estado de São Paulo e integra a RMBS. Limita-se ao norte com Santo André, Mogi das Cruzes e Salesópolis, ao sul com o Oceano Atlântico e a Ilha de Santo Amaro, onde se localiza o município do Guarujá, ao leste com Bertioga e ao oeste com Cubatão e São Vicente.

O território municipal possui área aproximada de 271 km², sendo 39,4 km² correspondentes à área insular, onde se concentra a sede municipal, e 231,6 km² localizados na área continental. O município apresenta grande relevância econômica, destacando-se por sediar

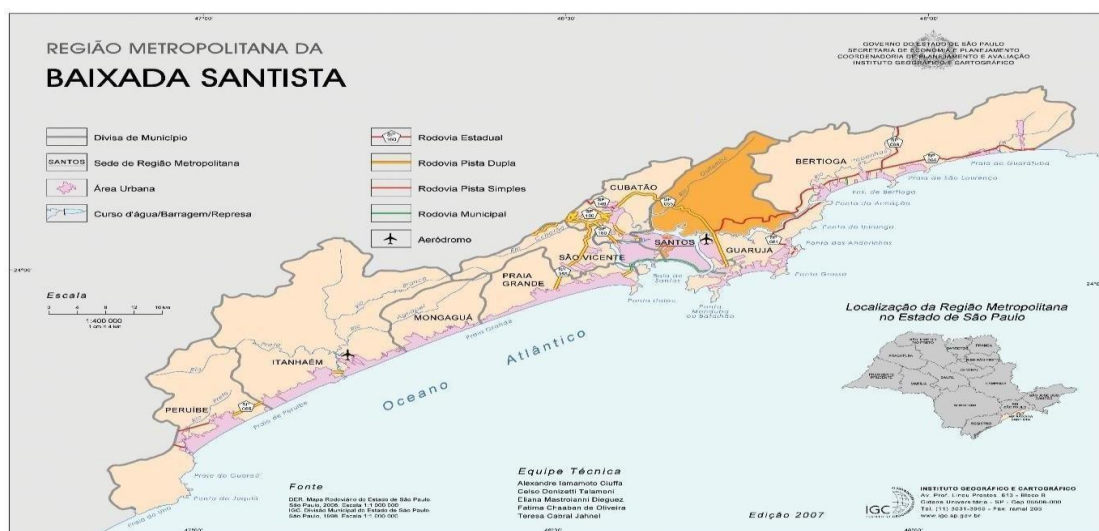
o maior porto marítimo da América Latina e por exercer papel central como polo econômico, turístico e de serviços na RMBS.

Segundo o Censo Demográfico de 2022 (IBGE), Santos possui população de 418.608 habitantes, densidade demográfica de 1.489,53 hab/km² e área territorial de 281,033 km².

O município de Santos apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,840, classificado como muito alto e situado entre os seis mais elevados do país, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD; IPEA; FJP, 2013), elaborado com dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE).

Santos integra a RMBS, composta pelos municípios de Bertioga, Guarujá, Cubatão, Santos, São Vicente, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe, instituída pela Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996, conforme figura 1 (São Paulo, 1996).

Figura 1 - Mapa da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil, 2007



Fonte: Índice Geral de Condições, 2007.

Apesar dos indicadores socioeconômicos relativamente elevados, o município apresenta marcadas desigualdades territoriais, expressas na coexistência de áreas com elevado padrão urbano e regiões caracterizadas por contextos de vulnerabilidade social. Essas desigualdades refletem processos históricos de urbanização desigual e se manifestam nas condições de moradia, no acesso a serviços e na distribuição de riscos à saúde no território (Young; Fusco, 2006; Ribeiro, 2023).

No campo da saúde pública, o município de Santos apresenta histórico de elevada incidência de TB quando comparado às médias estadual e nacional, sendo considerado área prioritária para ações de vigilância e controle da doença.

4.2.2 Caracterização da unidade de saúde

O estudo foi desenvolvido no Polo de Atenção Primária à Saúde (PAPS) São Jorge e Santa Maria/Caneleira, situado na Zona Noroeste do município de Santos, litoral do estado de São Paulo.

A Zona Noroeste configura-se como o território de maior vulnerabilidade socio sanitária do município, classificado em alto grau de vulnerabilidade social segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Trata-se de uma região historicamente marcada pela precariedade habitacional, onde se concentram os principais assentamentos precários da cidade, com expressiva presença de moradias em palafitas sobre áreas de mangue, especialmente nos núcleos do Dique da Vila Gilda e do Complexo do Dique São Manoel (Santos, 2022).

Essa condição territorial produz um ambiente favorável à transmissão da TB e à perpetuação de barreiras estruturais ao acesso ao cuidado. Em 2023, a Zona Noroeste registrou incidência de 246,8 casos por 100 mil habitantes, taxa mais de duas vezes superior à média municipal de 121,1 casos por 100 mil habitantes no mesmo período (Santos, 2025).

O PAPS é constituído por duas Unidades de Saúde da Família (USF) interligadas administrativamente: a USF São Jorge e Santa Maria, situada no bairro Santa Maria, e a USF Caneleira, localizada no bairro Caneleira. Embora compartilhem a mesma estrutura administrativa e integrem um único polo assistencial, cada unidade é responsável pelo acompanhamento de territórios e populações adscritas distintas.

A implantação do PAPS insere-se na estratégia municipal de reorganização da rede de APS, voltada à ampliação da capacidade assistencial, à integração das equipes e ao fortalecimento da coordenação do cuidado em territórios de elevada demanda por serviços de saúde (Santos, 2024). Em conjunto, as duas unidades acompanham aproximadamente 15 mil habitantes, oferecendo consultas médicas e odontológicas, vacinação, coleta de exames laboratoriais, acompanhamento de condições crônicas, ações de promoção da saúde e atividades de vigilância em saúde.

A pesquisadora atua profissionalmente na USF São Jorge e Santa Maria, uma das unidades que compõem o PAPS, mas não desenvolve atividades assistenciais na USF Caneleira,

nem mantém vínculo profissional com a população adscrita a essa unidade. Essa distinção é relevante para a compreensão do campo empírico, uma vez que parte dos participantes era acompanhada pela USF Caneleira, minimizando a possível influência de relações profissionais previamente estabelecidas entre pesquisadora e participantes sobre as narrativas produzidas.

Dessa forma, o PAPS São Jorge e Santa Maria/Caneleira constitui um lócus empiricamente privilegiado para investigar como a organização dos serviços de APS, em um território moldado por alta vulnerabilidade social e elevada incidência de tuberculose, produz ou reproduz iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da doença. A figura 2 apresenta a localização dos bairros da Zona Noroeste.

Figura 2 – Localização do bairro da Zona Noroeste, município de Santos, São Paulo, Brasil, 2026.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados da Prefeitura Municipal de Santos.

A análise do funcionamento da unidade e de sua inserção no território possibilita compreender como a organização dos serviços de saúde se articula às condições sociais e às desigualdades territoriais na produção das iniquidades em saúde observadas no município. A figura 3 apresenta a localização do PAPS, São Jorge e Santa Maria/Caneleira.

Figura 3: Mapa da localização PAPS -São Jorge e Santa Maria/Caneleira, Santos - SP



Fonte: Mapas/2025 - Indicação do local onde foi construída a nova unidade nomeada como Polo de APS (PAPS) contendo as duas unidades interligadas.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída por pessoas com diagnóstico confirmado de TB pulmonar, autodeclaradas negras (pretas ou pardas), acompanhadas no PAPS São Jorge e Santa Maria/Caneleira.

Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas com pessoas que atenderam aos critérios iniciais de elegibilidade. Após a coleta, quatro participantes foram excluídos do corpus analítico por não atenderem ao critério de autodeclaração racial, pois se identificaram como brancas durante a entrevista. Dessa forma, o corpus final foi composto por dez participantes autodeclarados negros (pretos ou pardos).

Como a autodeclaração de raça/cor foi realizada exclusivamente durante a entrevista, essa informação não foi utilizada para a seleção prévia dos participantes. A confirmação desse critério, categoria analítica central da investigação, ocorreu durante a coleta de dados, definindo a composição final do corpus analítico.

A escolha por participantes com TB pulmonar justifica-se por essa forma clínica representar a principal manifestação da doença sob os pontos de vista epidemiológico e clínico, sendo responsável pela maioria dos casos notificados e pela manutenção da cadeia de

transmissão comunitária. Além disso, é a forma mais frequentemente identificada na APS, em virtude da predominância de sintomas respiratórios, como a tosse persistente, que motivam a procura pelos serviços de saúde (Brasil, 2022; Brasil, 2024).

Nesse sentido, foram selecionados participantes cujas trajetórias de adoecimento e busca pelo diagnóstico pudessem contribuir para compreender as barreiras sociais, raciais e institucionais relacionadas ao acesso ao diagnóstico da TB na APS.

O número final de participantes foi definido com base nos princípios da pesquisa qualitativa, considerando a riqueza das narrativas e a saturação das informações para responder ao objetivo do estudo (Fontanella; Ricas; Turato, 2008; Turato, 2013).

Durante o processo analítico, observou-se recorrência dos temas e padrões de significado relacionados às experiências de acesso ao diagnóstico, indicando que o conjunto de entrevistas permitia compreender o fenômeno de forma consistente.

Para garantir o anonimato e a confidencialidade, os participantes foram identificados por pseudônimos correspondentes a nomes de árvores, estratégia adotada para preservar sua identidade e impedir qualquer possibilidade de identificação individual ao longo da apresentação e discussão dos resultados.

4.3.1 Critérios de inclusão

Constituíram critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; procura por atendimento no PAPS São Jorge e Santa Maria/Caneleira em decorrência de sintomas respiratórios nos 12 meses anteriores à coleta de dados; diagnóstico confirmado de TB pulmonar, registrado em prontuário ou nos sistemas de informação em saúde, conforme os critérios do Ministério da Saúde; e autodeclaração como pessoa negra (preta ou parda), realizada durante a entrevista.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da composição do corpus analítico os participantes que, durante a entrevista, não se autodeclararam pessoas negras (pretas ou pardas), uma vez que a autodeclaração racial constituiu critério de inclusão desta pesquisa. Também foram excluídos indivíduos que apresentassem condições que comprometessem a capacidade de compreensão ou de comunicação necessárias para a realização da entrevista, como distúrbios cognitivos importantes ou quadros clínicos graves no momento da coleta de dados.

4.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos, em conformidade com as Resoluções CNS nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018, sob o parecer nº 89318325.3.0000.5536. Foi apresentado termo de anuência institucional à Coordenação do Departamento de APS do município (Anexo A).

Os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos e implicações da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), com garantia de participação voluntária e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ao acompanhamento em saúde.

As entrevistas foram realizadas de forma voluntária, individual e confidencial, com duração média de 50 minutos, em ambiente reservado, na unidade de saúde ou no domicílio que assegurasse privacidade e livre expressão dos participantes. Mediante autorização, as entrevistas foram gravadas em áudio em dispositivo móvel da pesquisadora e posteriormente transcritas com auxílio de ferramenta automática e do Microsoft Word.

Após a transcrição, os arquivos de áudio foram excluídos. Não houve transferência ou armazenamento em plataformas digitais ou redes de internet. A coleta, transcrição e armazenamento permaneceram sob responsabilidade exclusiva da pesquisadora. As informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa, conforme o Termo de Compromisso para Coleta de Dados (Apêndice B). Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados por pseudônimos correspondentes a nomes de árvores.

Considerando que o estudo abordou experiências de discriminação racial e racismo institucional, reconheceu-se a possibilidade de emergirem relatos sensíveis. Nessa hipótese, estava previsto que a pesquisadora adotaria acolhimento e escuta qualificada, respeitando a autonomia dos participantes e, caso fosse necessário, poderiam ser encaminhados à Clínica de Psicologia da Universidade Católica de Santos (Anexo B) ou aos serviços de apoio psicossocial da rede pública. Se manifestassem alguma situação de racismo ou solicitassem orientação, seriam informados sobre canais institucionais como a Ouvidoria do SUS e a Ouvidoria Municipal de Saúde.

Considerando que a pesquisadora atua profissionalmente na unidade onde o estudo foi realizado, foram adotadas estratégias de reflexividade ao longo da coleta e análise dos dados.

A reflexividade é princípio metodológico relevante na pesquisa qualitativa, pois reconhece que a posição do pesquisador no campo pode influenciar a produção e interpretação das informações (Minayo, 2014). Buscou-se manter postura crítica e analítica, distinguindo as experiências profissionais das narrativas dos participantes, garantindo rigor metodológico e ético.

Adicionalmente, o estudo observou recomendações internacionais de rigor e transparência, como os critérios do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), que orientam a descrição sistemática da produção e análise dos dados em investigações qualitativas em saúde (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

Ao término da pesquisa, uma cópia da dissertação será encaminhada à Escola da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, e será realizada devolutiva dos resultados aos participantes e à equipe da unidade.

O rigor metodológico foi assegurado por estratégias de credibilidade, transferibilidade, dependabilidade e confirmabilidade (Lincoln; Guba, 1985; Minayo, 2014). A credibilidade foi favorecida pelas entrevistas em profundidade, pela escuta qualificada e pela triangulação de fontes e depoimentos. A transferibilidade foi contemplada pela descrição detalhada do cenário e do território, permitindo avaliar a aplicação dos achados em contextos semelhantes. A dependabilidade e a confirmabilidade foram fortalecidas pelo registro sistemático das etapas, pela transparência dos procedimentos e pela reflexividade da pesquisadora.

4.5 Riscos e benefícios

4.5.1 Riscos

A presente pesquisa foi classificada como de risco mínimo, por envolver exclusivamente a realização de entrevistas individuais destinadas à compreensão das experiências relacionadas ao acesso ao diagnóstico da tuberculose na APS. Considerou-se, entretanto, a possibilidade de que algumas questões pudessem mobilizar lembranças ou emoções relacionadas ao processo de adoecimento, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a eventuais experiências de desigualdade ou discriminação racial.

Diante dessa possibilidade, os participantes foram informados de que poderiam interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à sua participação ou ao acompanhamento nos serviços de saúde.

4.5.2 Benefícios

Embora a pesquisa não tenha proporcionado benefícios diretos imediatos aos participantes, seus resultados contribuem para ampliar a compreensão das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso ao diagnóstico da TB na APS. A produção de conhecimentos sobre essa temática poderá subsidiar reflexões e ações voltadas ao aprimoramento das práticas assistenciais, das ações de vigilância em saúde e das políticas públicas voltadas à promoção da equidade, contribuindo para o enfrentamento das desigualdades raciais e para o fortalecimento das estratégias de controle da TB no âmbito do SUS.

Além disso, a divulgação dos resultados poderá contribuir para processos de educação permanente em saúde e para a reflexão sobre a organização da RAS, fortalecendo a identificação precoce da TB e a redução das iniquidades no acesso ao diagnóstico em populações socialmente vulnerabilizadas.

4.6 Procedimentos para coleta de dados

A produção dos dados empíricos ocorreu por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas pela pesquisadora entre fevereiro e julho de 2026.

Diferentemente de instrumentos estruturados, a entrevista semiestruturada favorece a construção de narrativas a partir das experiências dos participantes, permitindo que temas não previstos no roteiro fossem incorporados ao processo investigativo. Essa característica mostrou-se particularmente adequada para compreender as trajetórias percorridas até o diagnóstico da TB, bem como as barreiras sociais, raciais, institucionais e territoriais que atravessaram esse percurso.

As entrevistas foram realizadas em locais definidos conforme a disponibilidade e preferência dos participantes. Parte delas ocorreu em sala reservada na unidade de saúde, garantindo privacidade. Outras foram realizadas nos domicílios, principalmente quando havia dificuldade de comparecimento à unidade devido ao adoecimento ou após a conclusão do tratamento. Essa estratégia ampliou as possibilidades de participação, reduzindo barreiras de deslocamento.

Todas as entrevistas foram conduzidas com roteiro semiestruturado (Apêndice C), organizado em dois blocos temáticos.

O primeiro destinou-se à caracterização sociodemográfica dos participantes e à trajetória de utilização dos serviços. O segundo reuniu questões abertas sobre a experiência de

adoecimento, a busca por atendimento, o processo diagnóstico e as interações com os serviços de saúde. O roteiro foi utilizado de forma flexível, permitindo aprofundar aspectos relevantes trazidos pelos participantes.

Mediante autorização, após o aceite, foram apresentados os objetivos do estudo, esclarecidos os procedimentos e realizada a assinatura do TCLE. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio em dispositivo móvel da pesquisadora.

Posteriormente, foram transcritas com auxílio da ferramenta de transcrição automática do Microsoft Word, sendo integralmente conferidas e revisadas pela pesquisadora mediante comparação com os áudios, assegurando a fidelidade das narrativas.

Durante o trabalho de campo, observou-se que o contexto de realização influenciou a dinâmica de produção dos dados. As entrevistas domiciliares transcorreram em ambiente mais tranquilo, com menor ocorrência de interrupções e maior disponibilidade de tempo, favorecendo relatos mais detalhados. Já as realizadas na unidade de saúde ocorreram em contexto institucional marcado pela dinâmica assistencial, resultando em entrevistas mais objetivas. Essas diferenças não foram compreendidas como limitações, mas como características inerentes aos distintos contextos de produção dos dados, reconhecendo que o ambiente influenciou a forma como as experiências foram narradas.

Antes da coleta, o roteiro foi submetido a pré-teste com um usuário de outra unidade de APS, que não integrou o corpus analítico. Essa etapa permitiu avaliar a clareza das questões, ajustar a redação de alguns itens e estimar o tempo médio das entrevistas, contribuindo para o rigor metodológico (Gil, 2022).

Ao longo da coleta, a pesquisadora manteve postura reflexiva diante de sua inserção profissional no campo investigado, reconhecendo que sua atuação na APS poderia influenciar as interações e a interpretação das narrativas. Essa postura permaneceu presente também durante a análise dos dados, conforme discutido no item 4.8, constituindo princípio metodológico fundamental da Análise Temática (Braun; Clarke, 2006; 2021).

4.7 Triangulação dos dados

Com o objetivo de fortalecer o rigor metodológico e ampliar a consistência interpretativa dos achados, foi adotada a estratégia de triangulação durante todo o processo analítico. Na pesquisa qualitativa, a triangulação constitui recurso metodológico que possibilita compreender um mesmo fenômeno a partir de diferentes perspectivas, favorecendo

interpretações mais abrangentes e reduzindo análises sustentadas exclusivamente por uma única fonte de informação (Denzin; Lincoln, 2018; Minayo, 2014).

Neste estudo, a triangulação foi realizada por meio da articulação entre três conjuntos de fontes: as entrevistas semiestruturadas com os participantes, que permitiram compreender as experiências e trajetórias de acesso ao diagnóstico; documentos oficiais de domínio público, como políticas nacionais, manuais do SUS, boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde e planos municipais de saúde de Santos; e dados epidemiológicos e informações territoriais provenientes de sistemas públicos de informação.

A triangulação não foi utilizada com o propósito de confirmar ou reproduzir os relatos dos participantes, mas de ampliar sua compreensão, buscando interpretar os fenômenos emergentes das entrevistas à luz da produção científica e do referencial teórico adotado. Inicialmente, as narrativas foram analisadas em sua singularidade, preservando os significados atribuídos pelos participantes. Em seguida, os padrões identificados foram confrontados com a literatura científica, permitindo compreender de que maneira os fenômenos observados dialogavam com evidências previamente produzidas e quais aspectos se apresentavam como particularidades do contexto investigado.

A interpretação dos resultados foi orientada pela teoria da justiça como equidade de Rawls (2008), adotada como principal referencial teórico, buscando compreender como as experiências relatadas expressam desigualdades produzidas pelas instituições sociais e pelas diferentes oportunidades de acesso ao cuidado. Para Daniels (2008), as iniquidades em saúde configuram-se como violações do princípio de justiça quando resultam de arranjos sociais injustos e evitáveis. Em momentos específicos da discussão, especialmente na análise dos processos históricos relacionados às desigualdades raciais e às formas de reconhecimento social, os achados também dialogaram com a perspectiva da necropolítica de Mbembe (2018), utilizada como referencial complementar.

A triangulação constituiu um processo contínuo, acompanhando as sucessivas leituras do corpus, o refinamento das categorias analíticas e o diálogo permanente entre entrevistas, literatura, referencial teórico e contexto investigado. As narrativas foram analisadas à luz das características do território, da organização da APS e da situação epidemiológica da TB no município, elementos previamente apresentados na caracterização do cenário da pesquisa. Essa articulação entre múltiplas fontes contribuiu para ampliar a densidade interpretativa da análise e fortalecer o rigor metodológico da investigação.

4.8 Tratamento dos dados

Os dados foram analisados por meio da Análise Temática Reflexiva (*Reflexive Thematic Analysis* – RTA), proposta por Braun e Clarke (2006; 2021). A escolha desse método fundamentou-se em sua capacidade de identificar, desenvolver e interpretar padrões de significado presentes nas narrativas dos participantes, possibilitando compreender fenômenos complexos a partir das experiências vividas e dos sentidos atribuídos pelos próprios sujeitos às suas trajetórias. Diferentemente de abordagens que compreendem os temas como categorias previamente existentes nos dados, a RTA entende que os temas são construções analíticas produzidas ao longo do processo interpretativo, resultantes da interação entre a pesquisadora, o corpus empírico e o referencial teórico adotado (Braun; Clarke, 2021).

A análise foi conduzida em seis etapas articuladas, conforme proposto por Braun e Clarke (2006):

a) Familiarização com os dados: iniciou-se com a transcrição integral das entrevistas e sucessivas leituras do corpus, acompanhadas da conferência dos registros em áudio, favorecendo a imersão da pesquisadora no material empírico e a identificação de impressões iniciais.

b) Geração de códigos iniciais: procedeu-se à codificação manual das entrevistas, sem utilização de softwares específicos. Os códigos foram construídos de forma indutiva, a partir dos significados expressos nas narrativas, preservando a proximidade com o material empírico.

c) Busca por temas: os códigos foram agrupados por afinidade temática, permitindo a construção de temas preliminares que expressassem padrões de significado presentes nos relatos.

d) Revisão dos temas: os temas identificados foram revisados e refinados, considerando sua coerência interna, sua relação com o corpus empírico e sua pertinência em relação aos objetivos da pesquisa.

e) Definição e nomeação dos temas: realizou-se a definição analítica dos temas e subtemas, explicitando os sentidos interpretativos que emergiram das narrativas.

f) Produção do relatório analítico: os temas foram organizados e interpretados à luz do referencial teórico do estudo, articulando as narrativas dos participantes com a literatura científica e com os objetivos da pesquisa.

Em consonância com os pressupostos da RTA, o processo analítico ocorreu de forma dinâmica, iterativa e recursiva, não seguindo uma sequência estritamente linear entre as etapas. As categorias temáticas foram sucessivamente refinadas ao longo da pesquisa, especialmente

após a incorporação das entrevistas dos novos participantes e do diálogo contínuo com a literatura científica e com o referencial teórico. Esse movimento permitiu revisar interpretações iniciais, reorganizar categorias e aprofundar a compreensão dos fenômenos investigados.

Ao longo de todo o processo, adotou-se postura reflexiva, reconhecendo que a produção dos temas constitui um processo interpretativo no qual a pesquisadora participa ativamente da construção analítica. Considerando sua inserção profissional na APS, buscou-se distinguir as interpretações produzidas a partir do corpus empírico das percepções decorrentes da experiência profissional, fortalecendo a coerência e a consistência das interpretações.

Para garantir o anonimato, os depoimentos foram organizados com pseudônimos correspondentes a nomes de árvores, estratégia que possibilita a distinção entre os participantes sem comprometer sua privacidade.

4.9 Recursos tecnológicos utilizados na pesquisa

As entrevistas foram transcritas com auxílio do *Open AI Whisper* (large-v3), com revisão integral pela pesquisadora. A organização preliminar dos códigos e a síntese das categorias temáticas foram apoiadas por Inteligência Artificial (IA) generativa (*DeepSeek V4*, via plataforma adapta ONE), sempre sob supervisão direta e validação manual. Não foram inseridos na ferramenta dados pessoais identificáveis dos participantes, em conformidade com a LGPD e a Política de Integridade na Atividade Científica do CNPq (Portaria nº 2.664/2026). A pesquisadora assume integral responsabilidade pelo conteúdo analisado e pelas interpretações apresentadas

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Para contextualizar, será apresentado inicialmente o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, apresentado nas tabelas 1, 2, 3 e 4 que se seguem.

Tabela 1 – Descrição das características de idade e sexo dos participantes do estudo

	N	%
Idade		
20 a 30 anos	3	30,0
31 a 45 anos	4	40,0
46 a 60 anos	1	10,0
61 anos ou mais	2	20,0
Sexo		
Masculino	6	60,0
Feminino	4	40,0

Fonte: Próprio autor

A tabela 1 apresenta a descrição das características de idade e sexo dos participantes. Observa-se que a distribuição por faixa etária variou entre 20 e mais de 61 anos, com predominância na faixa de 31 a 45 anos, representando 40% dos participantes. Em relação ao sexo, 60% dos participantes são do sexo masculino, enquanto 40% são do sexo feminino.

A distribuição etária dos participantes, com predominância entre 31 e 45 anos, está em consonância com o perfil epidemiológico da TB descrito no Brasil e no mundo, no qual a doença incide majoritariamente em indivíduos em idade economicamente ativa (Brasil, 2025; OMS, 2024). Esse padrão tem sido associado à maior exposição social, inserção no mercado de trabalho e circulação em ambientes coletivos, fatores que favorecem a transmissão e o adoecimento (Lönnroth et al., 2009). Dados recentes do Ministério da Saúde, apresentados no Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2025, reforçam a manutenção de elevada carga da doença no país, com concentração em adultos jovens e de meia-idade (Brasil, 2025).

Em relação ao sexo, a predominância masculina observada (60%) também reproduz um padrão amplamente documentado na literatura epidemiológica. Estudos nacionais e internacionais indicam maior ocorrência da TB entre homens, o que tem sido explicado por fatores como maior exposição ocupacional, maior prevalência de comportamentos de risco,

como tabagismo e consumo de álcool, além de menor procura por serviços de saúde e consequente atraso no diagnóstico (OMS, 2024; OPAS, 2024). Esse fenômeno evidencia que o adoecimento não se distribui de forma aleatória, mas está diretamente relacionado a condições sociais, comportamentais e estruturais que atravessam os indivíduos de maneira desigual (Breilh, 2006).

Tabela 2 - Descrição do grau de escolaridade dos participantes do estudo. Município de Santos. São Paulo. 2026

	N	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	5	50
Ensino Fundamental Completo	2	20
Ensino Médio Incompleto	1	10
Ensino Médio Completo	1	10
Ensino Superior Incompleto	0	0
Ensino Superior Completo	0	0

Fonte: Próprio autor

A tabela 2 apresenta a distribuição do grau de escolaridade dos participantes e evidencia a predominância de baixos níveis educacionais, com 50% concentrados no ensino fundamental incompleto e 20% no ensino fundamental completo, além de menor proporção com ensino médio completo ou incompleto (10% cada). Nenhum participante ingressou no ensino superior, embora todos sejam alfabetizados. Esse perfil está em consonância com evidências recentes que apontam a baixa escolaridade como um importante determinante social associado ao maior risco de adoecimento por TB e a piores desfechos em saúde, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social (Brasil, 2026; Barata, 2009).

A literatura destaca que a escolaridade influencia diretamente a capacidade de compreensão sobre o processo saúde-doença, o reconhecimento de sinais e sintomas e a adesão às estratégias terapêuticas, além de refletir condições estruturais mais amplas de desigualdade (Hargreaves et al., 2011). No contexto brasileiro, estudos evidenciam que indivíduos com menor nível educacional estão mais expostos a condições de vida precárias e apresentam maior risco de adoecimento, o que reforça a relação entre desigualdades sociais e a distribuição da TB (Barreto et al., 2011).

Nessa perspectiva, a distribuição da escolaridade entre os participantes reforça a compreensão de que o processo saúde-doença é socialmente determinado, sendo a educação um elemento central na produção e reprodução das iniquidades em saúde (Krieger, 2014).

Tabela 3 - Descrição do bairro e tempo de moradia dos participantes do estudo.
Município de Santos. São Paulo. 2026

	N	%
Bairro de residência		
Caneleira	8	80
São Jorge	1	10
Santa Maria	1	10
Tempo de moradia		
Menos de 5 anos	2	20
5 a 10 anos	1	10
Mais de 10 anos	7	70

Fonte: Próprio autor

A tabela 3 aponta para a distribuição dos participantes segundo o local de moradia e evidencia forte concentração territorial, com 80% residindo no bairro Caneleira, 10% no bairro São Jorge e 10% dos participantes provenientes do bairro Santa Maria. Em relação ao tempo de residência, observa-se que 70% dos participantes vivem no mesmo bairro há mais de 10 anos, enquanto 20% residem há menos de 5 anos e 10% entre 5 e 10 anos. Esses achados indicam não apenas a concentração espacial dos casos de TB, mas também a permanência prolongada dos indivíduos em territórios específicos.

A literatura aponta que a TB apresenta distribuição fortemente territorializada, estando associada a áreas marcadas por vulnerabilidade social, adensamento populacional e condições precárias de habitação, o que favorece a manutenção da transmissão em determinados espaços urbanos. Nesse sentido, a concentração de participantes em um único bairro sugere a existência de territórios de maior risco, nos quais as condições de vida e o contexto socioambiental contribuem para a persistência da doença (Brasil, 2026).

Além disso, o longo tempo de permanência dos participantes no mesmo território reforça a importância de compreender a TB como um fenômeno socialmente produzido e espacialmente determinado, no qual os indivíduos permanecem expostos, de forma contínua, a contextos que favorecem o adoecimento. Tal configuração evidencia que o território não é

apenas o espaço físico de residência, mas um elemento central na produção das iniquidades em saúde, expressando desigualdades históricas e estruturais que condicionam o processo saúde-doença (Souza, 2013; Breilh, 2006).

Tabela 4 - Descrição do local de diagnóstico. Município de Santos. São Paulo. 2026

	N	%
Local de Diagnóstico		
UPA / Hospitais	6	60
Atenção Secundária	2	20
APS	2	20

Fonte: Próprio autor

A análise da Tabela 4 evidencia que a maioria dos participantes (60%) teve o diagnóstico de TB realizado em serviços de urgência como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais, o que revela um paradoxo importante: embora se trate de indivíduos que residem há mais de 10 anos no mesmo território e que, portanto, deveriam apresentar vínculo com APS, o diagnóstico não ocorreu na porta de entrada preferencial do sistema. Tal achado aponta para fragilidades na capacidade da APS de se constituir como ordenadora do cuidado e coordenadora do diagnóstico da TB, evidenciando possíveis lacunas no acompanhamento longitudinal e nas ações de vigilância em saúde no território (Starfield, 2002; Brasil, 2017).

A literatura destaca que a APS deve exercer papel central na identificação precoce de sintomáticos respiratórios, no diagnóstico oportuno e no acompanhamento dos casos de TB, sendo considerada estratégica para o controle da doença (Maciel, 2012; Oliveira et al., 2011). No entanto, a predominância de diagnósticos realizados em serviços de maior complexidade sugere a existência de barreiras de acesso, fragilidades na organização do cuidado e possível baixa resolutividade da APS no território, o que pode resultar em atraso diagnóstico e maior gravidade dos casos no momento da detecção (OMS, 2024).

Esse cenário evidencia tensões entre o modelo preconizado pelas políticas públicas e a realidade dos serviços, indicando que, apesar do reconhecimento normativo da APS como coordenadora do cuidado, persistem desafios na sua efetivação prática, especialmente em territórios marcados por maior vulnerabilidade social (Paim, 2009; Giovanella et al., 2018).

5.2 Organização temática da análise das entrevistas

A análise temática das entrevistas permitiu identificar que as experiências relacionadas ao acesso ao diagnóstico da TB entre os participantes são atravessadas por múltiplos fatores que envolvem tanto dimensões sociais e simbólicas quanto aspectos relacionados à organização dos serviços de saúde. Os achados revelam que as iniquidades raciais observadas não se manifestam apenas nas condições de vida e nas experiências subjetivas dos participantes, mas também nos processos institucionais que influenciam o reconhecimento das necessidades de saúde e o acesso ao cuidado.

A partir da análise dos dados, foram construídos dois grandes eixos temáticos inter-relacionados. O primeiro eixo analítico, denominado Dimensões simbólicas e sociais das iniquidades raciais, reúne aspectos relacionados à construção da identidade racial, às formas de percepção e reconhecimento do racismo e às experiências dos participantes com os serviços de saúde. Essa categoria é composta por três subcategorias: A força simbólica da branquitude e os processos de negação da identidade negra; O racismo que não se nomeia: apagamento e não reconhecimento das desigualdades raciais; e Entre reconhecimento e silêncio crítico: percepções da população negra sobre o cuidado em saúde.

O segundo eixo, denominado Produção institucional das iniquidades no acesso ao diagnóstico da Tuberculose, contempla aspectos relacionados aos percursos assistenciais, à organização dos serviços e às formas institucionais de reconhecimento das necessidades de cuidado. Esse eixo é constituído por quatro subcategorias: Entre a urgência e a invisibilidade: itinerários terapêuticos da população negra no diagnóstico da tuberculose; Quando a tuberculose não é reconhecida: invisibilidade diagnóstica e oportunidades perdidas nos serviços de saúde; Fragilidades da vigilância territorial na Atenção Primária à Saúde; e A centralidade dos serviços de urgência no acesso ao diagnóstico da tuberculose.

Embora apresentadas separadamente para fins analíticos, as categorias e subcategorias mantêm estreita articulação entre si, evidenciando que as iniquidades raciais relacionadas ao diagnóstico da TB resultam da interação entre processos históricos, sociais e institucionais que influenciam tanto as experiências dos sujeitos quanto a organização do cuidado em saúde.

Cabe ressaltar que os dois eixos de análise não derivam de um mesmo quadro teórico: a perspectiva normativa da justiça como equidade orienta a compreensão do que deveria ser o acesso equitativo ao diagnóstico, enquanto a necropolítica fornece o aparato conceitual para interpretar a experiência concreta de populações racialmente subalternizadas nos serviços de saúde. O diálogo entre essas tradições, uma liberal e outra pós-colonial, não é isento de tensão,

mas é justamente essa heterodoxia que permite captar tanto a exigência de justiça quanto a realidade de sua suspensão seletiva.

A seguir, apresentam-se as categorias analíticas e suas respectivas subcategorias

5.3 Dimensões simbólicas e sociais das iniquidades raciais

A análise das entrevistas evidenciou que as iniquidades raciais relacionadas ao diagnóstico da TB não se restringem às condições materiais de vida ou à organização dos serviços de saúde. Os relatos revelam que essas desigualdades também são produzidas e reproduzidas em processos simbólicos e sociais que atravessam a construção das identidades, as formas de reconhecimento social e a percepção das relações raciais no cotidiano. Tais processos influenciam a maneira como os participantes interpretam suas experiências de adoecimento, suas trajetórias de cuidado e suas relações com as instituições de saúde.

No contexto brasileiro, marcado pela persistência do racismo estrutural e pelo mito da democracia racial, as desigualdades raciais nem sempre são reconhecidas ou nomeadas de forma explícita pelos sujeitos que vivenciam seus efeitos. Muitas vezes, essas experiências se manifestam por meio de processos de negação, naturalização ou silenciamento, produzindo impactos sobre a construção da identidade racial, a percepção das injustiças e as formas de interação com os serviços de saúde (Almeida, 2019; Munanga, 2004; Werneck, 2016).

Os depoimentos analisados permitiram identificar três dimensões centrais desse fenômeno. A primeira refere-se à força simbólica da branquitude e aos processos de negação ou ambivalência da identidade negra. A segunda aborda o apagamento e o não reconhecimento do racismo como elemento estruturante das desigualdades vivenciadas pelos participantes. Por fim, a terceira contempla as percepções dos usuários sobre os serviços de saúde, evidenciando tensões entre reconhecimento, acolhimento e silêncio crítico diante das fragilidades do cuidado. Em conjunto, essas dimensões contribuem para compreender como as iniquidades raciais são produzidas, percebidas e experienciadas pela população negra em suas trajetórias de acesso ao diagnóstico da TB.

5.3.1 A força simbólica da branquitude e os processos de negação ou ambivalência da identidade negra

Os relatos que atravessam esta seção encontram em Fanon (2008) seu principal operador teórico. Em *Pele negra, máscaras brancas*, Fanon demonstra como a experiência colonial

produz no sujeito negro uma cisão estrutural entre o autorreconhecimento e o olhar do outro, gerando processos que podem oscilar entre a assimilação forçada dos valores brancos e a recusa ou ambivalência em relação à própria identidade racial. É esse quadro que permite interpretar as falas a seguir não como falta de consciência política ou informação, mas como expressão de um conflito subjetivo historicamente produzido pela força simbólica da branquitude.

A análise das entrevistas evidencia a complexidade dos processos de identificação racial entre os participantes, especialmente no que se refere à autodeclaração de raça/cor. Observou-se que alguns entrevistados recorreram a categorias intermediárias, como "pardo" e "moreno", ou demonstraram incertezas ao definir sua identidade racial. Tal achado remete à densidade histórica das classificações raciais no Brasil e aos efeitos persistentes dos processos de embranquecimento e da valorização simbólica da branquitude na construção das identidades (Munanga, 2004; Almeida, 2019; Lima, 2021).

Embora Rawls não tenha elaborado sua teoria a partir das relações raciais, sua concepção de justiça oferece contribuições importantes para compreender os processos de reconhecimento social. Ao defender que as instituições devem assegurar as bases sociais do autorrespeito, o autor destaca que a justiça depende não apenas da distribuição de recursos e oportunidades, mas também das condições que permitem aos indivíduos desenvolver uma percepção positiva de si mesmos e de seu lugar na sociedade (Rawls, 2008). Nessa perspectiva, as desigualdades raciais alcançam dimensões materiais e simbólicas, influenciando experiências de pertencimento, reconhecimento e participação social.

A literatura demonstra que a formação social brasileira consolidou uma lógica simbólica que atribui maior valor social à branquitude, associando-a ao prestígio, à mobilidade social e ao reconhecimento, enquanto a negritude foi historicamente vinculada à marginalização e à produção de estigmas (Munanga, 2004; Almeida, 2019; Bento, 2002). Assim, a identidade racial não pode ser compreendida como atributo exclusivamente individual, mas como construção social produzida em relações historicamente marcadas por hierarquias raciais e disputas de reconhecimento (Gomes, 2017).

As falas dos participantes revelam que a identificação racial nem sempre se apresenta como uma categoria estável ou autoevidente, sendo frequentemente atravessada por dúvidas, hesitações e negociações identitárias:

[...] Diz que eu sou pardo, dizem que eu sou pardo né. Eu não sei... (Jatobá)
 [...] Sou parda né? (Imbuia)
 [...] Eu? Moreno... (Mogno)
 [...] Preto. Ou negro, é preto né? Põe preto." (Baobá)
 [...] Sou parda né, é parda. É meia branca e morena. É pardo né que fala? [...] olha aí você [...] a minha é diferente aqui ó [comparando a cor das linhas das

palmas da mão com as linhas da mão da pesquisadora], é diferente mesmo, então você é preta e eu sou parda." (Acácia)

As falas indicam que a autodeclaração racial não se constitui como um processo plenamente autônomo, sendo mediada por referências externas, classificações atribuídas por terceiros e expectativas socialmente construídas. A recorrência de expressões como "né?", "dizem que eu sou" e "eu não sei" sugere que a identidade racial é produzida em um contexto no qual o reconhecimento social exerce papel central. Mais do que uma simples definição de pertencimento, a classificação racial aparece como um processo relacional, atravessado por valores, hierarquias e representações historicamente construídas (Almeida, 2019; Gomes, 2017).

Esses achados dialogam com estudos que apontam que a classificação racial no Brasil é marcada por significativa fluidez e por processos contínuos de negociação identitária, em que categorias como "pardo" e "moreno" frequentemente ocupam posições ambíguas, refletindo tanto a complexidade da formação racial brasileira quanto os efeitos históricos das hierarquias raciais na constituição das identidades (Munanga, 2004; Nascimento, 2016).

A narrativa de Acácia é reveladora ao associar a categoria "parda" a uma posição intermediária entre o branco e o negro, utilizando a pesquisadora como parâmetro de comparação racial. Tal relato evidencia a centralidade da branquitude como referência classificatória e reforça a compreensão de que as hierarquias raciais continuam influenciando os processos de autopercepção e pertencimento social.

Conforme argumenta Bento (2002), a branquitude constitui uma posição social privilegiada que tende a ser naturalizada e invisibilizada, tornando-se frequentemente percebida como padrão universal de referência. Nesse contexto, a aproximação com categorias racialmente mais próximas da branquitude pode operar, ainda que de forma não consciente, como estratégia de reconhecimento social e mitigação do estigma racial (Munanga, 2004; Almeida, 2019). A ambiguidade presente nos discursos evidencia que a construção da identidade racial ocorre em um campo de disputas simbólicas no qual pertencimento, aceitação social e experiências de discriminação se articulam continuamente.

Para Gomes (2017), a construção da identidade negra no Brasil ocorre em contextos marcados por tensões entre pertencimento, discriminação, reconhecimento e enfrentamento do racismo. As hesitações observadas não devem ser interpretadas como simples desconhecimento acerca da própria identidade racial, mas como expressão de processos históricos de negação, diluição e ambivalência da negritude.

[...] Pardo. (Peroba)

[...] Eu considero pardo.(Gameleira)

As narrativas de Peroba e Gameleira reforçam esse achado ao evidenciarem que a autodeclaração racial nem sempre se traduz em uma elaboração crítica acerca das desigualdades raciais vivenciadas. Ambos se autodeclararam pardos e, assim como observado em outras entrevistas, não atribuem centralidade ao pertencimento racial na interpretação de suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. Isso amplia a compreensão de que a identificação pela categoria "pardo" não representa, necessariamente, um reconhecimento das implicações sociais e históricas do pertencimento racial, aspecto que dialoga com os processos de ambivalência identitária aqui discutidos.

Mais do que negar a identidade racial, esses depoimentos revelam um processo de naturalização das relações estabelecidas nos serviços de saúde, no qual a igualdade tende a ser compreendida como tratamento uniforme entre os indivíduos. Sob a perspectiva da teoria da justiça como equidade, essa percepção não é suficiente para afirmar que as instituições estejam efetivamente promovendo justiça social. Para Rawls (2008), sociedades justas não se limitam à oferta de direitos formalmente iguais, mas devem organizar suas instituições de modo a compensar desvantagens historicamente produzidas, assegurando igualdade equitativa de oportunidades aos grupos socialmente menos favorecidos.

Esse achado, entretanto, não deve ser interpretado como evidência da ausência de racismo ou da inexistência de iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da TB. Ao contrário, sugere que esses processos podem permanecer pouco perceptíveis aos próprios sujeitos justamente por estarem incorporados ao funcionamento cotidiano das instituições e às relações sociais, sendo frequentemente naturalizados.

Os diálogos analisados reforçam que as iniquidades raciais identificadas neste estudo não se manifestam prioritariamente por episódios explícitos de preconceito, mas pela permanência de condições sociais e institucionais que limitam, de maneira desigual, as oportunidades de proteção da saúde.

A perspectiva de Mbembe (2018) permite compreender que essas ambiguidades identitárias não se restringem ao plano simbólico, mas integram processos históricos de racialização que influenciam oportunidades de vida, acesso a direitos e experiências de cuidado.

No campo da Saúde Coletiva, a invisibilização da identidade negra pode dificultar o reconhecimento das iniquidades raciais presentes nos itinerários terapêuticos e limitar a capacidade das políticas públicas de produzir respostas efetivamente orientadas pela equidade

racial. Essa invisibilização, ao naturalizar hierarquias simbólicas, prepara o terreno para o fenômeno analisado na categoria seguinte: o racismo que não se nomeia.

5.3.2 O racismo que não se nomeia: apagamento e não reconhecimento das desigualdades raciais

A análise das entrevistas revelou um padrão recorrente nos depoimentos dos participantes. Quando questionados sobre a influência da raça ou da cor em suas trajetórias de adoecimento e acesso aos serviços de saúde, predominavam respostas que afastavam a existência de tratamento diferenciado ou de experiências explicitamente relacionadas ao racismo. Entretanto, essas mesmas trajetórias eram marcadas por condições de vulnerabilidade social, territorial e econômica historicamente associadas às desigualdades raciais no contexto brasileiro.

Os relatos sugerem uma tensão entre as experiências cotidianas de vulnerabilidade e a forma como são interpretadas pelos próprios participantes. Embora as desigualdades estejam presentes em diferentes trajetórias de adoecimento e acesso aos serviços, elas raramente são nomeadas como expressão do racismo, revelando processos de naturalização que dificultam seu reconhecimento como fenômeno social produtor de iniquidades (Munanga, 2004; Almeida, 2019; Werneck, 2016).

Um primeiro movimento observado consiste no deslocamento das explicações das desigualdades para fatores predominantemente individuais ou biológicos. Ao ser questionado sobre a influência da raça na ocorrência da TB, Peroba afirma:

[...] Vai dar imunidade tipo, se a imunidade, não importa a cor, raça. Depende da imunidade. Se minha imunidade tiver alta, né, não vai atacar, não vai pegar, pode ser que pegue. Fica encubado e depois. (Peroba)

Ao atribuir o adoecimento exclusivamente à imunidade, o participante desloca a compreensão da doença das dimensões sociais para fatores biológicos, retirando a raça do campo interpretativo de sua experiência. Esse movimento aproxima-se da discussão proposta por Elias (2024), ao demonstrar que o racismo contemporâneo pode operar por mecanismos de negação que não consistem necessariamente em rejeitar sua existência, mas em racionalizar ou deslocar suas explicações para outros fatores, tornando menos visíveis os processos estruturais que produzem desigualdades.

A fala de Peroba não nega explicitamente a existência do racismo, mas evidencia um processo de biologização do adoecimento que dificulta o reconhecimento das desigualdades raciais presentes em sua trajetória (Elias, 2024).

A narrativa de Peroba inaugura um movimento interpretativo que reaparece em diferentes entrevistas, embora assumindo formas distintas. Nos relatos seguintes, o afastamento da raça como elemento explicativo não ocorre pela biologização do adoecimento, mas pela percepção de que o cuidado recebido foi igual para todos.

Outro conjunto de depoimentos revela um movimento distinto. Nesses casos, os participantes interpretam suas experiências a partir da ideia de igualdade formal, compreendendo a ausência de manifestações explícitas de discriminação como evidência de que todos recebem o mesmo tratamento. Ao ser questionado como vê o atendimento dado a população negra, Gameleira afirma:

[...] Tranquilo [...] É a mesma coisa. [...] Tudo certinho. (Gameleira)

Na mesma direção, Mogno responde que não. Quando questionados se acreditavam que a cor da pele havia influenciado seu atendimento, Imbuia e Cedro também afastam essa possibilidade:

[...] Não. [...] Por causa da cor? Não. [...] Se eu visse também acho que eu não ia achar legal, não. (Imbuia)

[...] Não. [...] Os meus melhores amigos são da cor. (Cedro)

Embora distintas, essas falas compartilham um mesmo sentido: a percepção de que o atendimento ocorreu de forma igualitária e sem diferenciação relacionada à raça. Entretanto, chama atenção que tais percepções coexistam com trajetórias marcadas por baixa escolaridade, vulnerabilidade social, dificuldades de acesso aos serviços e condições territoriais historicamente associadas às desigualdades raciais.

Esse contraste é analisado por Lima (2021), ao discutir que a ideologia da democracia racial favorece a naturalização das desigualdades e dificulta que experiências cotidianas sejam reconhecidas como expressão do racismo estrutural. Sob essa perspectiva, a percepção de igualdade no atendimento não elimina a existência de desigualdades, mas evidencia como elas podem permanecer invisibilizadas no cotidiano das relações sociais.

As entrevistas também revelam narrativas mais complexas, nas quais a percepção da desigualdade emerge acompanhada de movimentos de relativização ou deslocamento de sua interpretação. Jatobá, por exemplo, nega ter vivenciado preconceito racial durante seu atendimento, mas desloca a discussão para a relação entre usuários e profissionais de saúde ao afirmar:

[...]É a gente que trata mal vocês. (Jatobá)

Ao deslocar a discussão para a relação cotidiana entre usuários e profissionais, Jatobá retira o foco das desigualdades estruturais e passa a compreender os conflitos vivenciados nos serviços como resultado das interações interpessoais. Essa interpretação revela um movimento distinto daquele observado em Peroba: enquanto o primeiro desloca a explicação para fatores biológicos, Jatobá a desloca para o plano relacional, preservando a percepção de igualdade institucional.

Movimento semelhante pode ser observado na narrativa de Jacarandá. Inicialmente, a participante afirma não perceber influência da raça, da cor ou das condições sociais em sua trajetória de cuidado. Contudo, ao aprofundar seu relato sobre a internação hospitalar, descreve uma situação que lhe despertou a percepção de tratamento diferenciado durante as visitas médicas:

[...] Eu sinto que eles às vezes demoram um pouco mais, sabe, como se o branco ele fosse mais prioridade do que o negro... tipo uma visita... Eu senti isso... Primeiro era um setor que eu acho que era um setor de pessoas que tinham uma remuneração socialmente melhor e depois era eu... Senti essa diferença, que eles demoravam mais, e eu era última a ser atendida." (Jacarandá)
 [...] Era a tuberculose mesmo... é normal... não vou falar que é por causa disso. (Jacarandá)

A narrativa de Jacarandá evidencia um aspecto relevante: a participante percebe uma diferenciação concreta na organização do cuidado, mas hesita em interpretá-la como expressão das desigualdades raciais, atribuindo-a posteriormente a outros fatores relacionados à própria doença ou à dinâmica do serviço.

Para Lima (2021), experiências de desigualdade podem ser naturalizadas e reinterpretadas à luz da ideologia da democracia racial, dificultando sua identificação como manifestações do racismo estrutural. Já na perspectiva de Elias (2024), a racionalização opera como um dos mecanismos pelos quais o racismo permanece socialmente invisibilizado, sendo deslocado para explicações consideradas mais aceitáveis.

Jequitibá amplia essa compreensão ao reconhecer diferenças no acompanhamento ofertado a pessoas em situação de rua, sem, contudo, interpretá-las como expressão das desigualdades raciais. O participante destaca que sempre recebeu acompanhamento da equipe de saúde:

[...]Sempre fui bem recebido. [...] Nunca tive negação de acesso. [...] Eles vinham atrás de mim." (Jequitibá)

Entretanto, ao comparar sua experiência com a de outros indivíduos em situação de rua, observa:

[...] O que eu via era poucos agentes de saúde indo atender os moradores de rua e mais agente de saúde batendo de porta em porta. (Jequitibá)

Embora reconheça essa diferença no acompanhamento, Jequitibá não a associa às desigualdades raciais, permanecendo a interpretação centrada nas condições de vida e no contexto da população em situação de rua. Assim como observado na narrativa de Jacarandá, a desigualdade é percebida, porém deslocada para outras explicações.

Esse movimento encontra respaldo em Lima (2021), ao mostrar como processos de naturalização podem dificultar o reconhecimento das desigualdades estruturais, e dialoga com Elias (2024), segundo o qual experiências de desigualdade são frequentemente racionalizadas por outros referenciais, sem serem nomeadas como racismo.

Os movimentos narrativos observados convergem para um mesmo fenômeno: a dificuldade de reconhecer as desigualdades raciais como elemento estruturante das trajetórias de adoecimento e acesso aos serviços de saúde. Mais do que negar a existência do racismo, os participantes reinterpretam suas experiências por referenciais biológicos, interpessoais ou circunstanciais, revelando processos de naturalização que tornam essas desigualdades menos visíveis.

Sob a perspectiva da justiça como equidade, proposta por Rawls (2008), esse resultado evidencia que a percepção individual de tratamento igualitário não constitui parâmetro suficiente para avaliar a justiça das instituições. Para o autor, a justiça depende da capacidade das instituições de reduzir desvantagens historicamente produzidas e assegurar igualdade equitativa de oportunidades.

Assim, ainda que os participantes não reconheçam experiências individuais de discriminação racial, suas trajetórias permanecem marcadas por condições de vulnerabilidade que limitam desigualmente suas oportunidades de proteção da saúde e de acesso ao diagnóstico oportuno da TB (Rawls, 2008).

Essa interpretação também dialoga com Mbembe (2018), para quem os processos históricos de racialização produzem formas de invisibilização que ultrapassam manifestações explícitas de discriminação. O não reconhecimento do racismo não representa sua inexistência, mas pode constituir um dos efeitos históricos da naturalização das hierarquias raciais, tornando menos visíveis os mecanismos que distribuem desigualmente oportunidades de vida, cuidado e reconhecimento social.

Os resultados desta categoria indicam que as iniquidades raciais relacionadas ao diagnóstico da TB não se manifestam apenas por episódios explícitos de discriminação. Elas também operam por meio da naturalização das desigualdades e da dificuldade de reconhecê-las

como expressão do racismo estrutural. Fortalecer a equidade racial no SUS exige, portanto, não apenas ampliar o acesso aos serviços, mas desenvolver práticas institucionais capazes de reconhecer e enfrentar desigualdades que frequentemente permanecem invisibilizadas sob a aparência da igualdade (Rawls, 2008; Mbembe, 2018; Elias, 2024).

5.3.3 Entre reconhecimento e silêncio crítico: percepções da população negra sobre o cuidado em saúde

Os discursos dos participantes revelaram avaliações predominantemente positivas acerca do cuidado recebido nos serviços de saúde, especialmente na APS. Aspectos como acolhimento, disponibilidade para atendimento, vínculo estabelecido com os profissionais, escuta qualificada e apoio durante o tratamento da TB foram frequentemente destacados como elementos centrais de suas experiências.

Entretanto, essas avaliações positivas coexistem com trajetórias marcadas por atrasos diagnósticos, múltiplas buscas por atendimento e tensões relacionadas à organização do cuidado. Esse aparente paradoxo evidencia que os participantes distinguem a experiência relacional vivenciada com os profissionais do funcionamento mais amplo dos serviços de saúde, reconhecendo a qualidade do cuidado recebido mesmo quando persistem limitações institucionais no acesso oportuno ao diagnóstico e à continuidade da assistência.

Essa compreensão aproxima-se das evidências apresentadas por Pratiwi et al. (2023), que demonstram que a percepção positiva dos usuários está fortemente relacionada às relações estabelecidas com os profissionais, mesmo em contextos em que persistem limitações organizacionais.

Os relatos sugerem que o reconhecimento do acolhimento e do vínculo não implica, necessariamente, a ausência de problemas na organização dos serviços, mas revela que diferentes dimensões do cuidado são avaliadas de forma complementar pelos usuários. Enquanto a dimensão relacional é associada ao respeito, à disponibilidade e ao compromisso demonstrado pelos profissionais, a dimensão organizacional envolve aspectos relacionados à coordenação do cuidado, ao reconhecimento precoce da doença e à capacidade do sistema em assegurar acesso oportuno aos serviços de saúde (Pratiwi et al., 2023).

Após a confirmação do diagnóstico, Peroba descreve que o início do tratamento ocorreu de maneira rápida e articulada entre os diferentes pontos da rede:

[...] Foi rápido. [...] Na segunda a senhora da Saúde já tava lá. [...] Vim aqui, fiz os documentos novamente e comecei. (Peroba)

Embora sua trajetória seja marcada por importantes vulnerabilidades sociais, sua avaliação concentra-se na capacidade dos serviços em responder prontamente às suas necessidades após a confirmação diagnóstica. Gameleira também valoriza a atenção recebida:

[...]Em nenhum momento. [...] Ao contrário, me deram muita atenção, mais ainda. (Gameleira)

Acácia destaca o relacionamento construído com a equipe ao longo do tratamento, associando sua experiência à proximidade, à escuta e ao reconhecimento estabelecidos na convivência cotidiana com os profissionais. Sua narrativa demonstra que o cuidado foi percebido para além da realização de procedimentos técnicos, sendo compreendido como uma relação contínua de apoio e confiança

Entre os participantes, Jequitibá apresenta de forma expressiva essa dimensão relacional:

[...]Fui bem recebido, eu ainda tenho amizade até hoje lá com as meninas [...] tem um enfermeiro lá [...] maior humildade [...] gosto dele. Ele já me ajudou a comprar minhas caixas de bala..." (Jequitibá)

A avaliação positiva está fortemente associada ao vínculo estabelecido com a equipe, que ultrapassa o cuidado estritamente clínico e incorpora experiências de acolhimento, reconhecimento, pertencimento e apoio social. A permanência dessas relações após o término do tratamento reforça a importância da longitudinalidade como atributo fundamental da APS (Pratiwi et al., 2023). Mogno também reconhece o trabalho da equipe, especialmente dos agentes comunitários de saúde:

[...]Agente da saúde, se for ver bem direitinho, eles estão ajudando a salvar várias vidas, pô. [...] Eles vão em casa [...] levam remédio [...] se eles não levassem? Muitos iam morrer. (Mogno)

Ao atribuir aos agentes comunitários papel central na preservação da vida, Mogno desloca sua avaliação para a presença concreta da equipe no território, valorizando a disponibilidade dos profissionais e sua presença contínua junto aos usuários (Alshagrawi, Albaqami, 2026).

Baobá também apresenta avaliação positiva, mesmo tendo vivenciado uma interrupção anterior do tratamento:

[...] Nem fui eu, foi minha mulher que... tu vai na policlínica [...] me arrastou pra lá [...] aí fiz todos os procedimentos [...] exames, escarro e acusou [...] Foi tudo normal, chegava no horário certinho, pegava a medicação." (Baobá)

Embora a narrativa revele um episódio anterior de abandono terapêutico, o participante concentra sua avaliação na forma como foi acolhido após o retorno. Sua fala, no entanto, não menciona estratégias de acompanhamento que favorecessem sua permanência no cuidado,

sugerindo fragilidades na continuidade da assistência que coexistem com a percepção positiva do atendimento.

A narrativa de Jacarandá constitui a expressão mais representativa da tensão entre reconhecimento do cuidado e crítica à organização dos serviços. Embora reconheça a dedicação dos profissionais, sua trajetória foi marcada por sucessivos atendimentos, demora na definição diagnóstica e agravamento clínico:

[...] O que me deixou mais chateada foi o tempo que eu fiquei 11 dias esperando um diagnóstico e eles não falarem em nenhum momento em tuberculose. [...] Eu fiquei nos aparelhos por causa da falta de ar e nada. [...] Eu poderia ter morrido." (Jacarandá)

Ao refletir sobre essa experiência, entretanto, Jacarandá diferencia claramente as duas dimensões:

[...] Mas nunca dificuldade. É identificação. Eu senti que a dificuldade foi na identificação deles." (Jacarandá)

Essa distinção revela que a participante não interpreta sua trajetória como ausência de cuidado, mas como falha no reconhecimento oportuno da TB. Ao mesmo tempo, reconhece a atuação da profissional que realizou o diagnóstico:

[...] Quando eu bati na Santa Casa, a médica do pronto atendimento, na hora, falou assim: isso é TB. (Jacarandá)

A narrativa evidencia que reconhecimento e crítica não se apresentam como dimensões excludentes, mas coexistem na experiência dos usuários. Outro aspecto relevante emerge quando Jacarandá reflete sobre possíveis desigualdades raciais:

[...] Eu sinto que às vezes demora um pouco mais, sabe, como se o branco fosse mais prioridade do que o negro. Senti essa diferença, que eles demoravam mais, e eu era a última a ser atendida. (Jacarandá)

Embora não relate episódios explícitos de discriminação racial, a participante demonstra percepção crítica sobre diferenças no tratamento dispensado a usuários negros e brancos, sugerindo que as desigualdades raciais podem se manifestar de forma sutil no cotidiano dos serviços.

Essa avaliação positiva generalizada, entretanto, exige uma interpretação situada. Em contextos marcados por desigualdades sociais e restrições históricas de acesso a direitos, a existência de um serviço de saúde acessível no território pode assumir grande relevância na vida cotidiana dos usuários, sendo percebida como importante fonte de cuidado e proteção social (Barata, 2009; Krieger, 2014).

No caso da população negra, o racismo estrutural produz efeitos duradouros nas condições de vida e na relação com as instituições públicas, influenciando experiências de acesso e cuidado (Almeida, 2019; Werneck, 2016). Nesse contexto, experiências de

acolhimento, escuta e vínculo tendem a ser fortemente valorizadas, mesmo quando persistem limitações na organização dos serviços.

Outro elemento relevante refere-se à posição da pesquisadora no campo empírico. A pesquisadora atua profissionalmente em uma das unidades de saúde onde os participantes realizam acompanhamento, condição que introduz uma assimetria relacional potencialmente influente na produção dos dados. Em contextos institucionais, é possível que os participantes modulem suas falas, evitando críticas mais diretas aos serviços ou aos profissionais com os quais mantêm vínculo, porém, por atuar na unidade com menor número de participantes, essa influência é reduzida.

Dessa forma, as avaliações predominantemente positivas podem ser compreendidas como resultado da articulação entre experiências concretas de acolhimento e dinâmicas sociais que limitam a expressão de críticas mais diretas. A valorização do acolhimento e do vínculo não pode obscurecer a existência de desigualdades estruturais que afetam o acesso e a qualidade do cuidado.

Na perspectiva, da teoria da justiça como equidade proposta por Rawls (2008), Instituições justas são aquelas organizadas para assegurar, de forma equitativa, oportunidades reais de acesso aos bens sociais básicos.

Práticas como acolhimento, acompanhamento longitudinal, visitas domiciliares, busca ativa e coordenação do cuidado não constituem benefícios extraordinários, mas deveres institucionais inerentes ao SUS. O fato de essas ações serem fortemente valorizadas sugere que trajetórias historicamente marcadas por vulnerabilidade podem contribuir para que práticas correspondentes ao direito à saúde sejam percebidas como experiências diferenciadas de cuidado.

5.4 Produção institucional das iniquidades no acesso ao diagnóstico da tuberculose

As categorias anteriores evidenciaram que as iniquidades raciais relacionadas ao diagnóstico da TB não podem ser compreendidas exclusivamente a partir das condições individuais dos participantes ou de episódios explícitos de discriminação. Fatores sociais, territoriais e raciais atravessam a construção dos itinerários terapêuticos, influenciam como os usuários reconhecem suas necessidades de saúde e condicionam suas experiências de cuidado. Compreender essas trajetórias exige, contudo, analisar o papel das instituições de saúde na produção, no reconhecimento e no enfrentamento dessas desigualdades.

A APS ocupa posição estratégica nesse processo por ser a principal porta de entrada do SUS e por exercer funções de coordenação do cuidado, vigilância em saúde, acompanhamento longitudinal e articulação entre os diferentes níveis da RAS (Starfield, 2002; Mendes, 2011; Brasil, 2017). Mais do que ofertar consultas, espera-se que a APS reconheça precocemente necessidades de saúde, acompanhe grupos vulneráveis e desenvolva ações territoriais capazes de reduzir desigualdades.

Conforme destacam Cortez et al. (2021), a TB no Brasil expressa múltiplas realidades, cujo enfrentamento demanda respostas diferenciadas segundo os contextos sociais e territoriais. Queiroz et al. (2024) corroboram essa perspectiva ao demonstrarem associação entre a tendência da mortalidade por TB e o índice sociodemográfico, evidenciando que populações em condições de maior privação concentram os piores desfechos. Montelo et al. (2025), em revisão sistemática sobre raça/cor e desfechos da TB, apontam que a população negra permanece desproporcionalmente afetada, reforçando a necessidade de recorte racial nas análises epidemiológicas e nas respostas assistenciais. Lönnroth et al. (2009) já advertiam que os determinantes sociais operam como verdadeiros *drivers* da epidemia de TB, o que torna indispensável que as estratégias de controle incorporem a dimensão estrutural das desigualdades.

Sob a perspectiva da justiça como equidade proposta por Rawls (2008) e estendida ao campo da saúde por Daniels (2008), a efetivação do direito à saúde exige mais que a disponibilidade formal de serviços: requer que as instituições garantam oportunidades reais e equitativas de acesso ao cuidado, especialmente para grupos historicamente expostos a maior vulnerabilidade social. Daniels (2008) argumenta que a saúde possui importância moral especial por proteger o funcionamento normal dos indivíduos e, assim, assegurar a igualdade equitativa de oportunidades, princípio central da teoria rawlsiana.

O acesso ao diagnóstico da TB não depende exclusivamente da decisão individual de procurar atendimento, mas da capacidade da rede assistencial em reconhecer oportunamente os sinais e sintomas da doença, coordenar o cuidado e organizar fluxos compatíveis com as necessidades dos diferentes grupos. Quando esses processos apresentam fragilidades, desigualdades historicamente produzidas tendem a se reproduzir no interior dos serviços.

Os relatos dos participantes evidenciam que o processo diagnóstico foi marcado por múltiplos desafios institucionais: percursos assistenciais prolongados, oportunidades perdidas, fragilidades na vigilância territorial e centralidade dos serviços de urgência na identificação da doença. Tais elementos revelam que as dificuldades não decorrem apenas de características individuais ou comportamentos de busca por cuidado, mas de aspectos da organização dos

serviços que influenciam diretamente como determinadas necessidades de saúde são reconhecidas e atendidas, produzindo trajetórias marcadas por atrasos e agravamento clínico.

A análise dos dados permitiu identificar quatro subcategorias relacionadas à dimensão institucional das iniquidades no acesso ao diagnóstico da TB. A primeira aborda os itinerários terapêuticos percorridos pelos participantes até a confirmação diagnóstica. A segunda discute a invisibilidade diagnóstica da TB e as oportunidades perdidas ao longo dos serviços. A terceira examina as fragilidades da vigilância territorial na APS. A quarta analisa a centralidade assumida pelos serviços de urgência e emergência nesse processo. Em conjunto, essas subcategorias permitem compreender como processos organizacionais e institucionais influenciam o reconhecimento das necessidades de cuidado e contribuem para a produção e reprodução das iniquidades raciais no contexto da TB.

5.4.1 Entre a urgência e a invisibilidade: itinerários terapêuticos da população negra para o diagnóstico da tuberculose

Os relatos evidenciaram que o início dos sintomas não determinou, de maneira uniforme, a procura pelos serviços de saúde. Os participantes construíram diferentes interpretações acerca do adoecimento, influenciadas pela intensidade das manifestações clínicas, pelas experiências anteriores com os serviços de saúde, pelas condições concretas de vida e pelas possibilidades de acesso ao cuidado.

Nessa perspectiva, o primeiro contato com o sistema de saúde não pode ser compreendido exclusivamente como resultado de uma decisão individual, mas como parte de um processo socialmente construído de reconhecimento das necessidades de saúde, no qual aspectos individuais, sociais e institucionais se articulam na definição dos itinerários terapêuticos (Oliveira et al., 2019; Teo et al., 2021).

No campo da Saúde Coletiva, o itinerário terapêutico corresponde ao conjunto de percursos construídos pelos indivíduos na busca por respostas às suas necessidades de saúde, refletindo não apenas escolhas pessoais, mas também a forma como os serviços se organiza e responde às demandas apresentadas pelos usuários. Mais do que descrever deslocamentos entre diferentes pontos da RAS, os itinerários revelam a interação entre sujeitos, instituições e contextos sociais, permitindo compreender como as desigualdades se materializam ao longo do acesso ao cuidado (Oliveira et al., 2019; Ayres et al., 2003). Storla et al. (2008), em revisão sistemática sobre atraso diagnóstico e tratamento da TB, já demonstravam que o prolongamento dos percursos assistenciais resulta da combinação entre fatores individuais, barreiras

geográficas e limitações institucionais, padrão que se reproduz nas trajetórias analisadas neste estudo.

As experiências de Imbuia, Mogno e Peroba ilustram esse processo sob diferentes perspectivas. Imbuia descreve uma trajetória marcada pelo agravamento progressivo do quadro clínico e por sucessivas tentativas terapêuticas antes da confirmação diagnóstica:

[...] Comecei a ficar fraca [...] já tava tossindo [...] suava muito à noite [...] aí eu vim pro UPA [...] deu pneumonia [...] tomei antibiótico [...] não melhorava [...] trocaram o antibiótico [...] nada resolveu [...] aí falaram que podia ser tuberculose." (Imbuia)

O reconhecimento da TB foi precedido por diferentes hipóteses diagnósticas e intervenções terapêuticas que não produziram melhora clínica. Mais do que representar um atraso atribuível exclusivamente à participante, o percurso revela a construção de um itinerário terapêutico marcado por sucessivos encontros com os serviços de saúde, nos quais oportunidades de reconhecimento da doença foram produzidas, mas inicialmente não se converteram em diagnóstico. Oliveira et al. (2019) destacam que os itinerários terapêuticos expressam justamente essa interação entre necessidades de saúde e respostas institucionais.

A experiência de Mogno apresenta características semelhantes, embora marcada por importante naturalização do adoecimento. O participante relata que conviveu por longo período com perda de peso, sudorese noturna e redução do apetite, adiando a procura por atendimento até que a limitação física se tornou incompatível com suas atividades diárias:

[...] Comecei a emagrecer, emagrecer [...] não tinha fome [...] dormia com quatro, cinco jaquetas e acordava suando [...] mas eu não ia ao hospital. Só fui mesmo quando a perna travou [...] eu só respirava pela boca. (Mogno)

À primeira vista, poderia parecer que o atraso decorreu exclusivamente da decisão do participante. Entretanto, como demonstram Teo et al. (2021), a procura tardia por atendimento resulta da interação entre fatores individuais, sociais e estruturais. No caso de Mogno, a convivência com múltiplas vulnerabilidades sociais, incluindo a descontinuidade prévia do tratamento e o uso de substâncias psicoativas e a naturalização do sofrimento contribuíram para retardar o reconhecimento da necessidade de cuidado, reforçando que o atraso diagnóstico não pode ser interpretado como negligência individual, mas como expressão de contextos sociais marcados por desigualdades.

Peroba acrescenta outra dimensão ao demonstrar que, uma vez estabelecida a hipótese diagnóstica, o acesso ao tratamento ocorreu de maneira rápida e articulada entre os diferentes pontos da rede:

[...] Foi rápido [...] Na segunda a senhora da Saúde já tava lá. [...] Vim aqui, fiz os documentos novamente e comecei." (Peroba)

Sua trajetória evidencia que os itinerários terapêuticos não são necessariamente marcados apenas por barreiras e atrasos, mas também podem revelar momentos em que a articulação entre a vigilância em saúde e a APS favorece respostas oportunas às necessidades dos usuários.

Considerados em conjunto, esses depoimentos demonstram que o início do itinerário terapêutico não pode ser explicado apenas pela presença dos sintomas ou pela decisão individual de buscar atendimento. No contexto da população negra, essas trajetórias devem ser compreendidas à luz das desigualdades estruturais que condicionam oportunidades diferenciadas de acesso ao cuidado e influenciam o momento em que o sofrimento passa a ser reconhecido como uma necessidade legítima de atenção à saúde (Regan et al., 2024; Almeida, 2019). Hall et al. (2025) reforçam essa compreensão ao demonstrar associação entre segregação racial e socioeconomicamente estratificada e desfechos desfavoráveis do tratamento da TB no Brasil, evidenciando que o território e a raça atuam como determinantes articulados dos itinerários terapêuticos.

Uma vez iniciado o itinerário terapêutico, as histórias evidenciam que o acesso ao diagnóstico da tuberculose não ocorreu de maneira imediata. Os participantes descreveram percursos marcados por sucessivos contatos com diferentes serviços de saúde, realização de múltiplos exames, hipóteses diagnósticas divergentes e encaminhamentos que prolongaram o tempo até a confirmação da doença. As experiências de Cedro, Jatobá e Jacarandá ilustram esse processo de maneira expressiva. Cedro descreve uma trajetória marcada pela persistência dos sintomas respiratórios e pela percepção de que somente a internação hospitalar seria capaz de oferecer uma resposta efetiva:

[...] Pedi para ser internado, não me internaram [...] porque essa medicação não me curou [...] lá internado toma soro, toma inalação, os remédios tudo certinho. (Cedro)

Mais do que expressar preferência pelo ambiente hospitalar, a narrativa revela o esgotamento progressivo das possibilidades percebidas pelo participante diante da ausência de resolução clínica. O hospital passa a representar, em sua experiência, o espaço onde finalmente suas necessidades de saúde poderiam ser reconhecidas, evidenciando dificuldades na coordenação do cuidado e sugerindo que oportunidades diagnósticas produzidas nos primeiros contatos com os serviços não resultaram na identificação da tuberculose.

Jatobá relata um percurso marcado por sucessivas hipóteses diagnósticas, nas quais a possibilidade de câncer permaneceu predominante durante grande parte da investigação clínica:

[...] Tudo dizia que era câncer [...] só uma pessoa falou que podia ser tuberculose [...] ou era câncer ou era tuberculose. (Jatobá)

A narrativa evidencia que o diagnóstico surgiu apenas após sucessivas avaliações clínicas e exames complementares, revelando um itinerário caracterizado pela incerteza diagnóstica. Situações como essa têm sido descritas na literatura como oportunidades diagnósticas perdidas, nas quais o usuário estabelece múltiplos contatos com os serviços de saúde antes que a hipótese de tuberculose seja efetivamente considerada (Maloba et al., 2026). De maneira semelhante, Lestari et al. (2020) demonstram que percursos marcados por consultas repetidas e circulação entre diferentes pontos da RAS estão associados ao prolongamento do tempo até o diagnóstico, refletindo limitações na coordenação assistencial.

Entretanto, é na narrativa de Jacarandá que esse fenômeno alcança sua expressão mais contundente. Embora tenha buscado atendimento em diferentes momentos, a participante permaneceu onze dias hospitalizada sem que a TB fosse considerada como hipótese diagnóstica, mesmo diante do agravamento progressivo do quadro clínico:

[...] O que me deixou mais chateada foi o tempo que eu fiquei 11 dias esperando um diagnóstico e eles não falarem em nenhum momento em tuberculose. [...] Eu fiquei nos aparelhos por causa da falta de ar e nada. [...] Eu poderia ter morrido." (Jacarandá)

Seu relato demonstra que o prolongamento do itinerário terapêutico não decorreu da ausência de acesso aos serviços, mas da dificuldade institucional em reconhecer oportunamente as necessidades apresentadas. A participante esteve inserida no sistema de saúde, foi submetida a diferentes intervenções e permaneceu hospitalizada, porém o diagnóstico somente ocorreu quando uma profissional reconheceu imediatamente a possibilidade de TB. Essa trajetória ilustra que a disponibilidade de serviços, isoladamente, não assegura acesso oportuno ao diagnóstico, sendo igualmente necessária a capacidade institucional de interpretar corretamente os sinais e sintomas apresentados pelos usuários.

Essas falas convergem com Oliveira et al. (2019), ao demonstrar que o itinerário terapêutico não corresponde apenas ao deslocamento físico entre diferentes serviços, mas expressa a forma como as instituições respondem ou deixam de responder às necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos.

Da mesma forma, Teo et al. (2021) evidenciam que o atraso diagnóstico da TB resulta da interação entre fatores relacionados aos usuários e ao funcionamento dos sistemas de saúde, reforçando que o reconhecimento oportuno da doença depende da articulação entre acesso, capacidade diagnóstica e coordenação do cuidado.

A ampliação dos itinerários terapêuticos observada entre os participantes não decorreu apenas da circulação entre diferentes serviços. As falas sugerem que essas trajetórias também foram influenciadas pela forma como a TB era percebida ou pouco reconhecida ao longo do

processo de adoecimento. O reconhecimento da TB constitui, portanto, um processo social e institucionalmente construído, influenciado pelas experiências prévias dos indivíduos, pela circulação de informações sobre a doença e pela capacidade dos serviços em incorporar essa hipótese diagnóstica diante dos sinais e sintomas apresentados (Oliveira et al., 2019; Teo et al., 2021).

A narrativa de Jequitibá ilustra esse processo ao descrever que os sintomas iniciais foram interpretados como situações banais do cotidiano, retardando a percepção da gravidade do quadro:

[...] Eu acordava todo molhado [...] achava que era minha mãe jogando água
[...] aí fui na policlínica [...] deu positivo pro HIV e a TB." (Jequitibá)

Embora relate manifestações clínicas clássicas da tuberculose, como sudorese noturna intensa, o participante não as reconheceu como indicativas de uma doença que exigisse investigação imediata. O diagnóstico ocorreu apenas após sua procura pelo serviço de saúde, quando a investigação revelou simultaneamente a coinfeção por HIV e TB. Sua trajetória demonstra que o reconhecimento das necessidades de saúde não depende exclusivamente da presença dos sintomas, mas também da forma como esses sinais são interpretados pelos indivíduos e posteriormente valorizados pelos serviços.

Fenômeno semelhante pode ser observado na trajetória de Jacarandá. Diferentemente de Jequitibá, entretanto, a participante evidencia que a própria possibilidade da TB estava ausente de seu repertório de interpretações acerca do adoecimento:

[...] Eu não pensei nem em tuberculose. Era algo muito fora da minha realidade
[...] senti que falta conhecimento, às vezes na televisão ou na internet.
(Jacarandá)

A experiência de Jacarandá evidencia que a TB permanece pouco presente no imaginário social, mesmo em um país onde a doença continua representando importante problema de saúde pública. A limitada circulação de informações sobre seus sinais e sintomas reduz a percepção de risco e dificulta que os próprios indivíduos reconheçam precocemente a necessidade de procurar atendimento.

Essa fala converge com estudos que apontam o baixo conhecimento da população acerca da TB como um dos fatores associados ao prolongamento dos itinerários terapêuticos e à demora na confirmação diagnóstica (Teo et al., 2021). Entretanto, os relatos sugerem que esse baixo reconhecimento não se restringe ao âmbito individual. Em diversos momentos das trajetórias analisadas, a hipótese diagnóstica da doença também permaneceu ausente dos primeiros contatos estabelecidos com os serviços de saúde, contribuindo para a ampliação dos percursos assistenciais e para o agravamento clínico dos participantes.

Dessa forma, o reconhecimento tardio da doença deve ser compreendido como resultado da interação entre limitações relacionadas ao conhecimento da população e fragilidades institucionais na identificação precoce dos sintomáticos respiratórios, revelando que a invisibilidade da TB constitui um fenômeno produzido na interação entre sujeitos, serviços e organização do cuidado (Lestari et al., 2020; Maloba et al., 2026).

Outro aspecto recorrente nas narrativas refere-se ao padrão de utilização dos serviços. Mesmo diante do agravamento dos sintomas, os participantes relataram ter buscado inicialmente atendimento em unidades de urgência e emergência, em detrimento da APS. As narrativas de Cedro e Jatobá revelam trajetórias marcadas por internações, exames sucessivos e dificuldades na definição diagnóstica, evidenciando a predominância de uma lógica hospitalocêntrica e limitações na coordenação do cuidado pela APS (Starfield, 2002; Mendes, 2011; Brasil, 2017).

No relato de Imbuia, destaca-se ainda a busca por alternativas no setor privado, mesmo diante de limitações econômicas, evidenciando a percepção de demora e baixa resolutividade dos serviços públicos utilizados.

Esse conjunto de narrativas evidencia que o prolongamento dos itinerários terapêuticos resulta da articulação entre condições sociais, formas de interpretação do adoecimento e capacidade institucional de reconhecer precocemente as necessidades de saúde. No caso da população negra, essas dimensões são atravessadas por desigualdades historicamente produzidas que condicionam diferentes oportunidades de acesso ao diagnóstico oportuno e à proteção da saúde (Regan et al., 2024; Almeida, 2019).

Considerados em conjunto, os relatos revelam que o acesso ao diagnóstico da TB se constrói por meio de trajetórias marcadas por peregrinação diagnóstica, fragmentação do cuidado, invisibilização dos sintomas e desigualdades sociais e raciais. Embora os participantes tenham percorrido diferentes pontos da RAS, observa-se que a APS, responsável pela coordenação do cuidado, nem sempre conseguiu exercer plenamente seu papel de reconhecimento precoce dos sintomáticos respiratórios, acompanhamento longitudinal e articulação entre os diferentes níveis assistenciais.

As trajetórias analisadas revelam que o diagnóstico frequentemente foi estabelecido apenas após o agravamento do quadro clínico ou durante a passagem por serviços de urgência e hospitais, indicando desafios para a efetivação das atribuições da APS na produção de suspeição clínica oportuna. Essa constatação não diminui a importância da APS para o controle da tuberculose; ao contrário, reforça sua centralidade como espaço privilegiado para o reconhecimento precoce da doença e evidencia a necessidade de fortalecer sua capacidade de

coordenar o cuidado, integrar a vigilância em saúde e responder às necessidades dos grupos socialmente vulnerabilizados (Starfield, 2002; Mendes, 2011; Brasil, 2017).

A proposta por Rawls (2008) e de sua extensão à saúde por Daniels (2008), os achados permitem compreender que o acesso ao diagnóstico oportuno da TB constitui uma oportunidade institucional de proteção à saúde, cuja efetivação depende da capacidade da estrutura básica do sistema em responder de maneira equitativa às necessidades dos diferentes grupos sociais.

Daniels (2008) argumenta que a proteção da saúde é um requisito para a igualdade equitativa de oportunidades, uma vez que o adoecimento não diagnosticado compromete o funcionamento normal dos indivíduos e, com ele, suas possibilidades de participação social. As narrativas evidenciam que os participantes conseguiram acessar os serviços de saúde em diversos momentos, mas o reconhecimento da TB nem sempre ocorreu de forma oportuna. Nessa perspectiva, a desigualdade não reside apenas na existência formal dos serviços, mas na distribuição desigual das oportunidades reais de obtenção do diagnóstico e do cuidado.

As narrativas evidenciam que os participantes conseguiram acessar os serviços de saúde em diversos momentos de seus itinerários terapêuticos; contudo, o reconhecimento da TB nem sempre ocorreu de forma oportuna. Assim, a desigualdade não reside apenas na existência formal dos serviços, mas na distribuição desigual das oportunidades reais de obtenção do diagnóstico e do cuidado. O diagnóstico oportuno deixa, assim, de ser compreendido apenas como resultado da eficiência técnica dos serviços e passa a constituir um indicador da capacidade das instituições em assegurar igualdade equitativa de oportunidades no acesso ao cuidado.

Na perspectiva de Mbembe (2018) interpreta-se que essas dificuldades de reconhecimento não se distribuem de maneira aleatória, mas tendem a incidir com maior intensidade sobre grupos historicamente expostos a processos de vulnerabilização social. A demora no reconhecimento dos sintomas e a dificuldade de acesso ao diagnóstico oportuno não representam apenas falhas assistenciais, mas expressam desigualdades históricas que produzem diferentes níveis de proteção e reconhecimento da vida.

Nesse contexto, a invisibilidade da TB ao longo dos itinerários terapêuticos analisados não constitui apenas uma lacuna assistencial, mas a manifestação concreta de desigualdades que restringem oportunidades reais de proteção à saúde para populações historicamente vulnerabilizadas.

5.4.2 Quando a tuberculose não é reconhecida: invisibilidade diagnóstica e oportunidades perdidas nos serviços de saúde

Os itinerários terapêuticos analisados na categoria anterior demonstraram que o prolongamento do tempo até o diagnóstico da TB não decorreu apenas da circulação entre diferentes serviços de saúde. Diversos participantes estabeleceram sucessivos contatos com a rede assistencial antes da confirmação, revelando que oportunidades de reconhecimento da doença foram produzidas ao longo de seus percursos, mas nem sempre aproveitadas. A compreensão desse fenômeno exige deslocar a análise do acesso aos serviços para a capacidade institucional de reconhecer precocemente a TB como uma necessidade prioritária de saúde.

Nessa perspectiva, os relatos evidenciam que o atraso diagnóstico esteve relacionado não apenas ao tempo transcorrido até a procura por atendimento, mas principalmente ao não reconhecimento institucional da TB durante os primeiros encontros entre usuários e serviços. Os participantes acessaram consultas, UPAs, hospitais e serviços especializados, realizaram exames e receberam diferentes condutas terapêuticas. A hipótese diagnóstica da TB, contudo, permaneceu ausente em parte significativa dessas trajetórias, permitindo compreender a invisibilidade diagnóstica como expressão das dificuldades institucionais em reconhecer oportunamente necessidades já apresentadas.

A experiência de Imbuia ilustra esse processo de forma expressiva. Apresentando sintomas clássicos, tosse persistente, sudorese noturna, fraqueza progressiva, recebeu inicialmente diagnóstico de pneumonia e foi submetida a sucessivos esquemas antibióticos antes que a TB fosse considerada:

Aí passei no UPA, tiraram um raio-x, deu pneumonia. [...] Tomei os antibióticos e nada. [...] Voltei de novo. [...] Mudaram o antibiótico e nada resolveu. [...] A médica falou assim: eu tô achando que cê tá com tuberculose." (Imbuia)

O relato evidencia que a participante permaneceu inserida no sistema de saúde durante todo o adoecimento. O prolongamento não decorreu de ausência de procura, mas da dificuldade dos serviços em reinterpretar um quadro que permanecia sem resposta ao tratamento instituído. A persistência dos sintomas associada ao insucesso terapêutico deveria ter ampliado a suspeição clínica, configurando oportunidades sucessivamente produzidas e não aproveitadas.

Cedro revela fenômeno semelhante. Após tratar pneumonia, a investigação específica para TB não foi realizada. Ao saber que o diagnóstico de TB seria facilmente realizado com o exame de baciloscopia, ele rebate:

[...]Mas eles não fizeram esse. (Cedro)

A fala é breve, mas revela que a investigação diagnóstica permaneceu direcionada a outras hipóteses clínicas. Em ambos os casos, o elemento central não é a ausência de cuidado, mas a dificuldade institucional em reconhecer precocemente a necessidade de investigação específica para TB.

Esses achados dialogam diretamente com Maloba et al. (2026), que descrevem as oportunidades diagnósticas perdidas como situações em que indivíduos sintomáticos estabelecem contato com os serviços sem que a TB seja considerada entre as hipóteses. Os autores demonstram que essas perdas representam um problema de organização da assistência, mais do que de disponibilidade formal de serviços. Teo et al. (2021) reforçam que o atraso diagnóstico resulta da interação entre fatores individuais e sistêmicos, e que a capacidade de reconhecer precocemente a doença é etapa fundamental para reduzir a transmissão e evitar o agravamento clínico.

A narrativa de Jacarandá amplia essa compreensão ao mostrar que a invisibilidade diagnóstica pode persistir mesmo diante de quadros graves e acompanhamento hospitalar contínuo:

[...] Eu fiquei internada lá por 11 dias [...] em nenhum momento foi falado de tuberculose. Eu fiquei nos aparelhos por causa da falta de ar [...] um monte de médicos e ninguém detectou. Eu poderia ter morrido." (Jacarandá)

Diferentemente dos casos anteriores, a invisibilidade persistiu após a intensificação do cuidado e a permanência em ambiente hospitalar. A ampliação da complexidade assistencial não garantiu maior capacidade de reconhecimento da doença. Mais do que uma falha pontual, sua experiência evidencia limites institucionais no processo diagnóstico: o acesso aos serviços não se traduziu automaticamente em acesso ao diagnóstico oportuno.

[...] Mas nunca dificuldade. É identificação. Eu senti que a dificuldade foi na identificação deles (Jacarandá)

A afirmação desloca a análise do comportamento individual para o funcionamento das instituições. A participante não atribui o atraso à ausência de consultas ou exames, mas à dificuldade dos serviços em reconhecer uma necessidade reiteradamente apresentada. Sua fala sintetiza o fenômeno central identificado nesta pesquisa: os participantes acessaram o sistema de saúde, mas nem sempre tiveram suas necessidades reconhecidas em tempo oportuno.

A experiência de Mogno evidencia as consequências do reconhecimento tardio. O participante descreve emagrecimento progressivo, sudorese noturna e comprometimento respiratório que culminaram em agravamento importante antes da confirmação:

[...] Comecei a emagrecer, emagrecer [...] dormia com quatro, cinco jaquetas e acordava suando. Agravou, agravou de verdade. Quase morri. (Mogno)

Embora tenha retardado inicialmente a procura por atendimento, o agravamento não pode ser compreendido exclusivamente como consequência dessa decisão sua trajetória foi atravessada por múltiplas vulnerabilidades sociais que influenciaram o reconhecimento de suas necessidades. Uma vez inserido na rede, a confirmação ocorreu apenas após deterioração clínica importante, demonstrando que a invisibilidade diagnóstica produz repercussões concretas: amplia o sofrimento, aumenta a complexidade do tratamento e reduz as chances de intervenção precoce.

Jatobá, por sua vez, relata que a hipótese de câncer pulmonar predominou durante grande parte da investigação, enquanto a TB só foi considerada tardiamente:

[...] Tudo dizia que era câncer [...] só uma pessoa falou que podia ser tuberculose [...] ou era câncer ou era tuberculose.(Jatobá)

A narrativa evidencia que o desafio não esteve na ausência de investigação clínica, mas na dificuldade em incorporar precocemente a TB entre as possibilidades diagnósticas. O participante realizou exames e permaneceu em acompanhamento, porém a confirmação ocorreu após sucessivas avaliações. A invisibilidade diagnóstica, portanto, não corresponde à ausência de cuidado, mas à dificuldade dos serviços em reconhecer oportunamente a doença durante o processo investigativo.

Mais do que episódios isolados, os relatos revelam um padrão institucional de reconhecimento tardio. A recorrência de diagnósticos alternativos, o uso sucessivo de antibióticos, a realização de múltiplas consultas e a confirmação apenas após agravamento sugerem que a invisibilidade diagnóstica é produzida no encontro entre usuários e serviços. A perda de detecção precoce não representa apenas um problema técnico, mas uma limitação da capacidade institucional de responder tempestivamente às necessidades apresentadas.

Esses achados dialogam com o modelo da cascata do cuidado da TB. Emani et al. (2024) demonstraram que perdas expressivas ocorrem nas etapas iniciais, relacionadas à identificação de casos suspeitos. Muitos indivíduos acessam os serviços, mas não percorrem adequadamente as etapas seguintes porque a identificação precoce não se concretiza. Os participantes desta pesquisa circularam entre diferentes serviços antes que suas necessidades fossem efetivamente reconhecidas, expressão concreta dessas lacunas assistenciais.

As oportunidades perdidas ocorreram predominantemente durante a passagem por serviços de urgência e hospitais, locais onde os participantes buscaram atendimento diante do agravamento dos sintomas. Essa constatação não reduz a importância da APS, mas reforça seu papel estratégico na coordenação do cuidado, na vigilância dos sintomáticos respiratórios e na

articulação entre os níveis assistenciais (Starfield, 2002; Mendes, 2011; Brasil, 2017). O fortalecimento da integração entre a APS e os demais pontos da rede é essencial para reduzir oportunidades perdidas e favorecer o reconhecimento oportuno da TB.

Sob a perspectiva da justiça como equidade (Rawls, 2008) e de sua aplicação à saúde por Daniels (2008), a existência formal de serviços não é suficiente para assegurar oportunidades equitativas de acesso ao diagnóstico. Daniels (2008) sustenta que a garantia da igualdade equitativa de oportunidades exige que as instituições de saúde atuem de modo a prevenir e restaurar o funcionamento normal dos indivíduos o que, no caso da TB, pressupõe o diagnóstico oportuno. As oportunidades diagnósticas perdidas não representam apenas falhas clínicas ou organizacionais: expressam limitações da estrutura institucional em garantir igualdade equitativa de oportunidades na proteção da saúde.

5.4.3 Fragilidades da vigilância territorial na Atenção Primária à Saúde

As categorias anteriores evidenciaram que o diagnóstico da TB foi precedido por itinerários terapêuticos prolongados e por sucessivas oportunidades diagnósticas não aproveitadas. As narrativas revelam ainda outro aspecto relevante: a vigilância territorial desenvolvida pela APS mostrou-se mais presente após a confirmação diagnóstica do que no reconhecimento precoce dos sintomáticos respiratórios. Esse achado não indica ausência de atuação das equipes, mas sugere que o potencial preventivo da vigilância foi mobilizado predominantemente quando a necessidade de cuidado já havia sido reconhecida pelos serviços.

Na APS, a vigilância territorial constitui um dos principais instrumentos para identificação precoce de agravos, acompanhamento longitudinal e coordenação do cuidado. No controle da TB, espera-se que essa atuação permita reconhecer precocemente sintomáticos respiratórios, desenvolver ações de busca ativa, fortalecer a educação em saúde e articular assistência e vigilância de forma integrada. A atuação territorial não deve restringir-se ao acompanhamento dos casos já confirmados, mas antecipar-se ao agravamento do adoecimento, favorecendo o diagnóstico oportuno e interrompendo a cadeia de transmissão (Ferreira et al., 2023; Jesus et al., 2022).

As narrativas sugerem, contudo, que esse potencial preventivo nem sempre se concretizou. Em diferentes trajetórias, o reconhecimento das necessidades de saúde ocorreu apenas após importante agravamento clínico, momento em que os usuários passaram a estabelecer contato mais frequente com os serviços ou já se encontravam inseridos em outros pontos da RAS.

A experiência de Mogno ilustra essa dinâmica de forma expressiva. Durante o agravamento progressivo dos sintomas, o participante encontrava dificuldades para acessar a unidade de saúde em razão de suas limitações físicas:

[...] Então, eu até tentava ir na policlínica lá no morro. [...] devido à distância [...] eu não conseguia mais caminhar. [...] Eu andava dois, três passos, já me dava falta de ar. (Mogno)

A narrativa evidencia que o agravamento clínico reduziu progressivamente sua capacidade de deslocamento. A dificuldade de acesso não pode ser interpretada como ausência de interesse em buscar atendimento, mas como expressão das condições produzidas pelo próprio adoecimento. Como discutem Breilh (2006) e Krieger (2014), as necessidades de saúde são socialmente determinadas e sua identificação não pode depender exclusivamente da iniciativa individual, especialmente entre populações submetidas a maior vulnerabilidade social.

A percepção modifica-se, entretanto, após a confirmação do diagnóstico. Mogno descreve a atuação do agente comunitário de saúde:

[...] Foi lá em casa [...] eu falei pra ele: não consigo andar. [...] Ele foi lá, conversou comigo [...] falou que ia pegar meu remédio e voltou aqui. (Mogno)

Diferentemente do período anterior, a equipe passou a desenvolver acompanhamento territorial ativo, aproximando o cuidado do cotidiano do participante e reduzindo as barreiras impostas pelas limitações físicas. A narrativa evidencia vínculo importante entre usuário e equipe, demonstrando que a vigilância territorial mostrou elevada capacidade de responder às necessidades já identificadas. O contraste entre os dois momentos é revelador: a vigilância atuou de forma intensiva após o diagnóstico, mas esteve ausente na fase em que a identificação precoce poderia ter evitado o agravamento.

Fenômeno semelhante pode ser observado na trajetória de Baobá. Ao relatar um episódio anterior de TB, o participante descreve a interrupção precoce do tratamento:

[...] Segunda vez que eu pego ela, hein. [...] Primeira vez, não fiz o tratamento completo, né? Fiz acho que três ou quatro meses e abandonei." (Baobá)

A experiência evidencia que a descontinuidade terapêutica não foi acompanhada por estratégias de monitoramento capazes de favorecer seu retorno oportuno. Considerando que o abandono constitui um dos principais fatores relacionados à recidiva da TB, a ausência de acompanhamento territorial mais intensivo após a interrupção representa uma oportunidade de cuidado não plenamente aproveitada. Estudos nacionais destacam que a vigilância territorial desempenha papel fundamental tanto na prevenção do abandono quanto na reaproximação de usuários que interrompem o tratamento (Brasil, 2022; Bertolozzi et al., 2019).

A narrativa de Jequitibá amplia essa compreensão ao evidenciar que a vigilância assumiu configurações distintas antes e depois do diagnóstico. Ao refletir sobre o período anterior ao adoecimento, o participante observa diferenças na atuação das equipes:

[...] Pra ser sincero, [...] eu via poucos agentes de saúde indo atender os moradores de rua e mais agentes de saúde batendo de porta em porta. (Jequitibá)

A observação evidencia os desafios da ESF na produção do cuidado junto a grupos que não se inserem na lógica tradicional da territorialização baseada no domicílio. Pessoas em situação de rua apresentam maior vulnerabilidade à TB, convivem com barreiras adicionais de acesso e demandam estratégias específicas de abordagem territorial, como a articulação com o serviço de Consultórios na Rua e ações intersetoriais de proteção social (Werneck, 2016; Almeida, 2019).

Entretanto, a percepção do participante modifica-se após a confirmação do diagnóstico:

[...] Era ao contrário, eles é que vinham atrás de mim. [...] Se eu não ia tomar o remédio, eles vinham aqui bater na porta. (Jequitibá)

A narrativa revela vigilância territorial intensamente mobilizada para garantir a continuidade do tratamento. A equipe assume postura ativa, realizando visitas, monitorando a adesão e fortalecendo o vínculo. Diferentemente do período anterior ao diagnóstico, a responsabilidade pelo cuidado passa a ser compartilhada. Esse contraste constitui um dos principais achados desta pesquisa: enquanto a vigilância mostrou limitações para reconhecer precocemente o adoecimento, demonstrou elevada capacidade de produzir vínculo e continuidade do cuidado após a confirmação. As falas não evidenciam ausência de atuação das equipes, mas uma mudança no foco das ações, que passam a concentrar-se na gestão do caso já identificado.

Outro aspecto relevante emerge na narrativa de Jacarandá. Ao refletir sobre os motivos que contribuíram para o diagnóstico tardio, a participante desloca a discussão para além da atuação direta dos serviços e destaca a limitada circulação de informações sobre a doença:

[...] Eu não sabia. Não tinha conhecimento. (Jacarandá)
[...] Na verdade, eu não pensei nem em tuberculose. Era algo muito fora da minha realidade. [...] Eu senti que falta conhecimento, às vezes na televisão ou na internet. (Jacarandá)

A fala amplia a compreensão do papel da vigilância territorial ao evidenciar que a identificação precoce da TB depende também da produção social do conhecimento. A vigilância em saúde, em perspectiva ampliada, não se restringe à identificação de casos e ao monitoramento epidemiológico, mas inclui ações de educação em saúde capazes de fortalecer

o reconhecimento precoce dos sintomas pela própria comunidade. Jacarandá propõe estratégias nessa direção:

[...] Eu acho que se falasse na escola, com as crianças, ajudaria. Falta comunicação da sociedade mesmo." (Jacarandá)

A fala aproxima a vigilância territorial da promoção da saúde, reconhecendo que a produção do cuidado extrapola os limites físicos da unidade. A articulação com escolas, equipamentos comunitários e demais espaços sociais amplia a capacidade da APS de reconhecer precocemente necessidades de saúde e fortalece a participação da comunidade no enfrentamento da TB (Ferreira et al., 2023; Jesus et al., 2022).

Consideradas em conjunto, as narrativas sugerem que a vigilância territorial desenvolvida pela APS apresentou maior potência para acompanhar usuários já diagnosticados do que para identificar precocemente indivíduos em processo inicial de adoecimento. Esse achado não deve ser interpretado como insuficiência das equipes, mas como expressão de desafios organizacionais que atravessam a produção do cuidado no território: sobrecarga das equipes, ampliação das áreas adscritas, dificuldades de integração entre vigilância e assistência e limitações para alcançar populações socialmente mais vulneráveis (Giovanella et al., 2018).

A articulação desses achados à teoria da justiça como equidade (Rawls, 2008) e à sua aplicação ao campo sanitário por Daniels (2008) permite qualificar o problema identificado: instituições justas não devem atuar apenas na resposta às necessidades já reconhecidas, mas criar condições para que grupos vulnerabilizados tenham oportunidades reais de acesso ao cuidado antes do agravamento do adoecimento.

Para Daniels, a proteção oportuna da saúde é condição para a manutenção da igualdade equitativa de oportunidades o que torna o fortalecimento da vigilância territorial mais do que uma estratégia técnica, mas um mecanismo institucional de redução das desigualdades. O principal desafio, portanto, não consiste em fortalecer apenas o acompanhamento dos casos já conhecidos, mas ampliar a capacidade da APS de reconhecer precocemente aqueles que ainda permanecem invisíveis às ações de vigilância no território.

5.4.4 A centralidade dos serviços de urgência no acesso ao diagnóstico da tuberculose

As subcategorias anteriores evidenciaram que os itinerários terapêuticos dos participantes foram marcados por oportunidades diagnósticas perdidas, reconhecimento tardio da TB e atuação mais expressiva da vigilância territorial após a confirmação da doença. Como consequência, os serviços de urgência e emergência passaram a ocupar posição central nos

percursos assistenciais, assumindo funções que extrapolaram o atendimento às situações agudas e se tornaram importantes portas de entrada para o diagnóstico da TB.

As narrativas sugerem que a procura pelos serviços de urgência não decorreu de uma preferência dos usuários por esse nível de atenção, mas da intensificação progressiva do sofrimento e da percepção de que o agravamento clínico exigia respostas mais imediatas. A centralidade da urgência deve ser compreendida como resultado da interação entre as condições concretas de vida dos participantes, a organização da rede e a forma como as necessidades de saúde foram sendo reconhecidas ao longo do adoecimento.

A experiência de Acácia ilustra essa dinâmica ao evidenciar que, mesmo quando buscou atendimento em uma UPA, fatores organizacionais influenciaram sua permanência no percurso assistencial:

[...] Eu fui lá na UPA, mas eu não consegui esperar, porque tem muita gente pensei: não vou ficar não, deixa que depois eu venho. (Acácia)

A narrativa demonstra que o acesso não se resume à existência física das unidades. Tempo de espera, capacidade de acolhimento e condições de permanência também interferem na utilização dos serviços e podem modificar os itinerários terapêuticos. A interrupção da busca por atendimento não representa necessariamente uma escolha individual, mas uma decisão construída em contextos marcados por limitações concretas e múltiplas vulnerabilidades (Breilh, 2006; Krieger, 2014).

Baobá apresenta outro percurso. Embora tenha procurado inicialmente uma UPA, sua trajetória evidencia a articulação entre diferentes pontos da rede:

[...] Eu fui na UPA [...] aí a mulher falou para procurar uma policlínica pra se tratar. (Baobá)

O relato sugere que os serviços de urgência assumem, na prática, funções que deveriam ser compartilhadas com a APS, tornando-se espaços para o reconhecimento inicial da doença e para o encaminhamento dos usuários na rede. Embora os percursos descritos apresentem particularidades, eles convergem ao demonstrar que a utilização dos serviços de urgência ocorreu predominantemente quando os sintomas já haviam alcançado importante gravidade clínica. Esse padrão aproxima-se de estudos nacionais que descrevem maior utilização de UPAs por indivíduos com TB em situações de agravamento, evidenciando que dificuldades no reconhecimento precoce favorecem a concentração dos diagnósticos em serviços de urgência (Brasil, 2022; WHO, 2024).

A trajetória de Jacarandá, contudo, evidencia de forma ainda mais contundente as limitações da rede assistencial. Mesmo diante de gravidade clínica, com necessidade de

internação hospitalar e suporte intensivo, a hipótese diagnóstica não foi inicialmente considerada:

[...] Eu fui na Benê e fiquei internada lá por 11 dias [...] em nenhum momento foi falado de tuberculose. Eu fiquei nos aparelhos por causa da falta de ar [...] um monte de médicos e ninguém detectou. Eu poderia ter morrido. Quando eu bati na Santa Casa, a médica falou na hora: isso é TB. (Jacarandá)

A experiência revela sucessivas oportunidades diagnósticas perdidas ao longo da trajetória assistencial. Apesar da persistência dos sintomas e da ausência de resposta ao tratamento instituído, a investigação da TB foi postergada, contribuindo para o prolongamento do sofrimento e o agravamento do quadro. O problema não esteve relacionado à ausência de acesso aos serviços, mas à incapacidade da rede em reconhecer oportunamente a necessidade de cuidado, mesmo em contexto de maior complexidade assistencial.

Esses achados permitem refletir sobre o conceito de invisibilidade programática, entendido como a incapacidade das ações e serviços de saúde de identificar precocemente necessidades de cuidado que poderiam ser reconhecidas por meio da vigilância territorial, do acompanhamento longitudinal e da busca ativa de sintomáticos respiratórios (Ayres et al., 2006; Mattos, 2004). No caso da TB, essa dinâmica assume especial relevância, uma vez que se trata de um agravo altamente sensível às ações desenvolvidas na APS. Quando o diagnóstico ocorre predominantemente após a procura por serviços de urgência, evidencia-se uma fragilidade na capacidade da rede de produzir cuidado territorializado e preventivo.

A predominância dos serviços de urgência nos percursos assistenciais observados não pode ser analisada apenas sob a perspectiva da organização da rede. Estudos demonstram que populações negras frequentemente enfrentam maiores barreiras no acesso a cuidados contínuos, preventivos e territorializados, recorrendo aos serviços de urgência em estágios mais avançados do adoecimento. A centralidade da urgência expressa, assim, não apenas uma característica organizacional do sistema, mas desigualdades historicamente produzidas nas oportunidades de acesso ao cuidado (Werneck, 2016; Almeida, 2019; Barata, 2009).

Sob a perspectiva de Rawls (2008) e de sua extensão à saúde por Daniels (2008), a existência formal de serviços não assegura, por si só, igualdade equitativa de oportunidades no acesso ao diagnóstico. Embora o direito à saúde seja garantido constitucionalmente, os participantes só obtiveram a confirmação da TB após o agravamento clínico e a utilização reiterada de serviços de urgência revelando uma estrutura assistencial que opera de forma reativa, reconhecendo o sofrimento apenas quando este se torna incontornável.

Para Daniels, a perda da oportunidade de diagnóstico precoce compromete o funcionamento normal dos indivíduos e, com ele, sua possibilidade de participação social em

condições de igualdade. Nesse sentido, a centralidade dos serviços de urgência no diagnóstico da TB não expressa apenas uma fragilidade organizacional da rede, mas uma distribuição desigual das oportunidades reais de proteção à saúde, que a justiça rawlsiana não pode admitir sem correção institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa demonstrou que o atraso no diagnóstico da TB entre a população negra não é um fenômeno clínico nem uma falha individual, mas um processo produzido na intersecção entre racismo estrutural, vulnerabilidade social e fragilidades institucionais da APS. Os achados deslocam a compreensão do atraso diagnóstico do plano das escolhas pessoais para o das determinações sociais e da organização dos serviços.

No plano subjetivo, a força simbólica da branquitude produz processos de negação e ambivalência da identidade negra que não podem ser interpretados como falta de consciência política: eles expressam um conflito historicamente produzido, que a teoria fanoniana ajuda a compreender. No plano assistencial, os itinerários terapêuticos revelaram percursos marcados por fragmentação do cuidado, peregrinação diagnóstica e múltiplas barreiras, com a APS sendo substituída pelos serviços de urgência como principal porta de entrada. A vigilância territorial opera de forma predominantemente reativa, atuando apenas após o agravamento clínico. A tensão entre reconhecimento positivo do cuidado e silêncio crítico nas falas dos usuários sugere que a expectativa historicamente reduzida em relação ao acesso a direitos pode inibir a expressão de insatisfações.

À luz da justiça como equidade, essas desigualdades contrariam o princípio da diferença, uma vez que os mais vulneráveis são justamente os que menos acessam o cuidado oportuno. A necropolítica, por sua vez, oferece a lente para interpretar a seletividade com que o Estado opera sobre corpos negros, produzindo atrasos diagnósticos evitáveis.

Cabe reconhecer algumas limitações. A ausência de entrevistas com profissionais de saúde e gestores restringiu a análise das barreiras institucionais à perspectiva dos usuários, e o recorte transversal não permitiu o acompanhamento das trajetórias ao longo do tempo. No entanto, a pesquisa foi conduzida em um território que concentra as maiores vulnerabilidades sociais e as maiores incidências de TB do município de Santos, o que confere densidade analítica aos achados. Embora situado em um contexto específico, o estudo oferece um modelo interpretativo que pode subsidiar reflexões em outros territórios marcados pela sobreposição entre desigualdade racial, precariedade das condições de vida e fragilidade da APS, cabendo a cada contexto avaliar suas particularidades.

Este estudo apresenta três contribuições principais. Primeiro, oferece evidências qualitativas originais sobre como o racismo estrutural opera no acesso ao diagnóstico da TB em um território de alta vulnerabilidade. Segundo, propõe a articulação entre justiça como equidade e necropolítica como referencial analítico, ainda pouco explorada na Saúde Coletiva. Terceiro, fornece subsídios para a implementação efetiva da Política Nacional de Saúde Integral da

População Negra, ao demonstrar que o recorte racial é central, e não acessório, na organização da APS. Para a sociedade, o estudo contribui ao visibilizar experiências historicamente silenciadas, evidenciando que o direito à saúde, embora constitucionalmente garantido, não se concretiza de maneira igualitária entre os grupos raciais. Ao deslocar a interpretação do atraso diagnóstico do plano individual para o institucional e estrutural, a pesquisa oferece um modelo analítico aplicável a outros agravos e contextos.

O enfrentamento das iniquidades raciais no diagnóstico da TB exige transformações profundas na organização dos serviços, na distribuição dos recursos e na formação dos profissionais, reafirmando que a equidade na saúde não se alcança sem o reconhecimento do racismo como determinante central do adoecimento e da morte de populações negras no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ALSHAGRAWI, S.; ALBAQAMI, N. M. Satisfaction with primary health care services among patients with chronic diseases: a qualitative study. *Frontiers in Medicine*. v. 13, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2026.1650439>

AYRES, J. R. C. M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 117-139.

AYRES, J. R. C. M. et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 375-417.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARRETO, M. L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1877-1889, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60202-X.

BENTO, M. A. S. **Branqueamento e branquitude no Brasil**. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (org.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 25-57.

BERTOLOZZI, M. R. et al. A determinação social da tuberculose: implicações para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 53, e03442, 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: protocolo de enfermagem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2025**. Brasília: MS, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2026**. Brasília: MS, 2025.

BRASIL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Portaria nº 2.664, de 6 de março de 2026. Institui a Política de Integridade na Atividade Científica do CNPq. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, n. 47, p. 4, 11 mar. 2026. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-cnpq-n-2.664-de-6-de-marco-de-2026-691779232>

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Thematic analysis: a practical guide**. London: Sage, 2021.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP, 2006.

CORTEZ, A. O. et al. Tuberculose no Brasil: um país, múltiplas realidades. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2021. DOI: 10.36416/1806-3756/e20200119.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the intersection of race and sex**. University of Chicago Legal Forum, 1989.

DANIELS, N. **Just health: meeting health needs fairly**. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **The SAGE handbook of qualitative research**. 5. ed. Thousand Oaks: Sage, 2018.

ELIAS, A. Racism as neglect and denial. **Ethnic and Racial Studies**, v. 47, n. 3, p. 483-505, 2024. DOI: 10.1080/01419870.2023.2181668.

- EMANI, S.; ALVES, K.; ALVES, L. C. et al. Quantifying gaps in the tuberculosis care cascade in Brazil: a mathematical model study using national program data. **PLoS Medicine**, v. 21, n. 3, e1004361, 2024.
- FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FERREIRA, G. R. O. N. et al. Leprosy and tuberculosis control scenario of the national program for the improvement of Access and quality of primary care in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 23, p. 825, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09842-5.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2022.
- GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.
- GOMES, N. L. **O movimento negro educador: saberes construídos nas lutas por emancipação**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- HALL, Q. et al. Socioeconomic and racial segregation and tuberculosis treatment outcomes in Brazil. **Journal of Epidemiology & Community Health**, 2025. DOI: 10.1136/jech-2024-223465.
- HARGREAVES, J. R. et al. The social determinants of tuberculosis. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 4, p. 654-662, 2011. DOI: 10.2105/AJPH.2010.199505.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília, DF: Ipea, 2021.
- JESUS, G. S. et al. Effect of primary health care on tuberculosis in a nationwide cohort of 7.3 million Brazilians: a quasi-experimental study. **The Lancet Global Health**, v. 10, n. 3, p. e390-e397, 2022. DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00574-8.
- KRIEGER, N. Discrimination and health inequities. **International Journal of Health Services**, v. 44, n. 4, p. 643-710, 2014. DOI: 10.2190/HS.44.4.b.

- LESTARI, B. W.; McALLISTER, S.; HADISOEMARTO, P. F. et al. Patient pathways and delays to diagnosis and treatment of tuberculosis in an urban setting in Indonesia. **The Lancet Regional Health - Western Pacific**, v. 5, 100059, 2020. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2020.100059.
- LIMA, H. S. B. et al. Acesso de pessoas com tuberculose pulmonar aos programas governamentais: percepções dos profissionais da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 76, supl. 2, e20220716, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0716.
- LIMA, A. B. O Racismo Nosso de cada Dia: contradições de uma sociedade que se apresenta racialmente democrática. **Athenea Digital**, v. 21, n. 1, 2021.
- LINCOLN, Y. S.; GUBA, E. G. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications, 1985.
- LÖNNROTH, K. et al. Drivers of tuberculosis epidemics. **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 12, p. 2240-2246, 2009. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.03.041.
- MACIEL, E. L. N. **Determinantes sociais da tuberculose: elementos para a ação**. In: Promoção da saúde na diversidade humana e nos itinerários terapêuticos. Campinas: Saberes, 2012.
- MALOBA, M. A.; AMUKOYE, E.; DENNIS, M. Patient and health system factors associated with post presentation delay in tuberculosis diagnosis in Starehe Sub-County, Nairobi. **Global Journal of Health Sciences**, 2026.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500037.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2014.
- MONTELO, E. S.; RODRIGUES, Z. M. R.; SARDINHA, A. H. L. Aspectos epidemiológicos da tuberculose sobre desfechos relacionados à raça e cor no Brasil: revisão sistemática. **SciELO Preprints**, 2025. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.12145.
- MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1988.

- MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.
- OLIVEIRA, A. H. et al. Itinerário terapêutico de pessoas com tuberculose diante de suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, e20190034, 2019.
- OLIVEIRA, M. F. et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto, SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 898-904, 2011.
- PAHO. Pan American Health Organization. **Tuberculosis in the Americas 2024**. Washington, DC: PAHO, 2024.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PIOVESAN, M.; BARATA, R. B. Desigualdades raciais e acesso aos serviços de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.202005400xx.
- PRATIWI, A. B. et al. Patients' values regarding primary health care: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. **BMC Health Services Research**, v. 23, p. 400, 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09394-8.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: PNUD; IPEA; FJP, 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 26 ago. 2026.
- QUEIROZ, J. R. et al. Tendência da mortalidade por tuberculose e relação com o índice sociodemográfico no Brasil entre 2005-2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 5, e00532023, 2024.
- RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- REGAN, M. et al. Disparities in tuberculosis incidence by race and ethnicity among the U.S.-born population in the United States, 2011 to 2021: an analysis of national disease registry data. **Annals of Internal Medicine**, 2024.

- RIBEIRO, C. C. et al. Delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2023.
- RIBEIRO, L. C. Q. **Desigualdades urbanas e governança metropolitana no Brasil**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2023.
- SANTOS. Câmara Municipal de Santos. **Dados apresentados na Câmara revelam incidência da tuberculose em Santos**. Santos, 14 maio 2025.
- SANTOS (Município). Prefeitura Municipal de Santos. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Santos, SP, 2022.
- SANTOS (Município). **Prefeitura Municipal de Santos**. Polo de Atenção Primária concentra duas policlínicas na Zona Noroeste de Santos. Santos, SP, 2024.
- SANTOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Santos 2025**. Santos, 2025.
- SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996. **Diário Oficial**, v. 106, n. 145, 31 jul. 1996.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim epidemiológico de tuberculose**. São Paulo, 2025.
- SOUZA, R. R. **Território e saúde: fundamentos e perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2013.
- STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. New York: Oxford University Press, 2002.
- STORLA, D. G.; YIMER, S.; BJUNE, G. A. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. **BMC Public Health**, v. 8, art. 15, 2008. DOI: 10.1186/1471-2458-8-15.
- TEO, A. K. J.; SINGH, S. R.; PREM, K.; HSU, L. Y.; YI, S. Duration and determinants of delayed tuberculosis diagnosis and treatment in high-burden countries: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. **Respiratory Research**, v. 22, 251, 2021. DOI: 10.1186/s12931-021-01841-6.
- THEODORO, M. (org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: IPEA, 2008.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York: United Nations, 2015.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WHO. **World Health Organization. Global tuberculosisreport 2023**. Geneva: WHO, 2023.

WHO. **World Health Organization. Global tuberculosisreport 2024**. Geneva: WHO, 2024.

YOUNG, A. F.; FUSCO, W. Space, urban poverty and health: insights from Brazil. **Geoforum**, v. 37, n. 4, p. 507-517, 2006. DOI: 10.1016/j.geoforum.2005.08.009.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(De acordo com as Resoluções 466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde)

Título: Iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: invisibilidades e desafios enfrentados pela população negra.

Pesquisador responsável: Patrícia da Silva Santos. **Orientadora:** Luzana Mackevicius Bernardes.

Prezado(a) Senhor (a), você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa científica intitulada “Iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da Tuberculose na Atenção Primária à Saúde: invisibilidades e desafios enfrentados pela população negra”.

Sua participação é muito importante para nós, porém, você não deve participar contra sua vontade. Antes de optar se gostaria de participar é importante que você entenda os motivos pelos quais esta pesquisa está sendo realizada, os procedimentos envolvidos, os possíveis riscos, possíveis desconfortos e os possíveis benefícios, os quais serão descritos e esclarecidos neste documento.

A pesquisa tem como objetivo geral “Analisar o acesso da população negra ao diagnóstico da TB nos serviços de Atenção Primária à Saúde, considerando os marcadores sociais e raciais que atravessam o cuidado”. O Programa Nacional de Controle da TB é a estrutura formal do SUS e a PNSIPN são responsáveis pela ordenação do cuidado e controle da TB e das iniquidades de acesso.

Sua participação nesta pesquisa consiste em responder a uma entrevista com questões sobre o acesso ao diagnóstico da TB na Atenção Primária à Saúde. A entrevista será realizada individualmente, e a duração estimada é de 50 minutos. A data, hora e local para realização da entrevista será combinada previamente com o senhor (a), cuidando para que não haja prejuízos ao andamento dos serviços.

A entrevista será conduzida pelo pesquisador responsável, e, com o intuito de guiar a conversa, será utilizado um questionário semiestruturado, o qual você tomará conhecimento, antes de optar por assinar este termo.

A entrevista será gravada e posteriormente os dados serão transcritos, para análise. Após a transcrição, os dados serão excluídos. Não haverá qualquer forma de transferência ou armazenamento dos dados por meio de rede de internet. A transcrição dos dados será feita manualmente, sem mediação de software. Todas estas etapas da entrevista e transcrição ficarão sob a responsabilidade do pesquisador responsável.

Esta pesquisa visa oferecer o menor risco possível, mas pode considerar riscos mínimos em relação a possíveis desconfortos e constrangimento em responder às perguntas. Caso você se sinta desconfortável, constrangido ou cansado no decorrer da pesquisa, tem total liberdade para cancelar sua participação. No caso da ocorrência de desconfortos, decorrentes da participação neste estudo, pede-se que informe ao pesquisador responsável, e havendo interesse, você poderá ser encaminhado ao serviço de psicologia da Clínica de Psicologia da UNISANTOS.

Em relação aos benefícios de participação na pesquisa, ao participar você contribuirá para a produção de conhecimentos acerca do tema da educação permanente em saúde.

Sua participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensação financeira. Não será cobrada ou paga nenhuma taxa a participante voluntário. Não estão previstos danos físicos ou prejuízos pessoais em qualquer fase da pesquisa. No entanto, caso a entrevista seja realizada fora do seu local de trabalho, poderá haver compensação financeira para despesas de transporte ou lanche, as quais serão de responsabilidade do pesquisador.

A pesquisadora responsável e sua orientadora estarão disponíveis para esclarecer dúvidas. A pesquisadora responsável Enfermeira Patrícia da Silva Santos poderá ser contactada pelo telefone (13) 97421 0220, ou endereço eletrônico patriciasilvasantos@unisantos.br. A orientadora da pesquisa Profa. Dra. Luzana Mackevicius Bernardes poderá ser contactada pelo telefone (13) 3205-5555, ramal 1394, ou pelo e-mail luzana.bernardes@unisantos.br.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, ou ainda para fazer denúncias ou reclamações sobre aspectos éticos desta pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos, situado à Avenida Conselheiro Nébias nº. 300, Boqueirão – Santos – SP, telefone (13) 3205-5555, ramal 1254.

Os pesquisadores se comprometem a tratar seus dados de forma anônima, privada e confidencial. Os dados obtidos nesta entrevista serão utilizados apenas para as finalidades previstas neste estudo.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE: Ao assinar este documento você atesta que concordou com a participação como voluntário (a) de pesquisa; atesta que foi devidamente esclarecido (a) sobre o objetivo desta pesquisa, que leu os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação. Atesta ainda que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Atesta ciência que lhe foi garantida a possibilidade de se recusar a participar, bem como de retirar seu consentimento, a qualquer momento e em qualquer fase do estudo, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade, e você pode fazer a solicitação através do e-mail patriciasilvasantos@unisantos.br.

Considerando que você autorizou a sua participação neste estudo, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lavrado em duas vias, sendo que uma via fica com o pesquisador e outra com o (a) senhor (a).

Eu, _____, documento de identidade nº. _____
_____, após ter sido esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que está acima escrito, ACEITO participar da pesquisa “Possibilidades e desafios para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Município de Santos”.

Assinatura do participante da pesquisa:

data

Assinatura do pesquisador responsável

data

APÊNDICE B - Termo de compromisso de coleta de dados (TCCD)**APÊNDICE C - Termo de compromisso de coleta de dados (TCCD)**

Eu, **PATRÍCIA DA SILVA SANTOS**, da Universidade Católica de Santos, do curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC, no âmbito do Projeto de pesquisa intitulado **“Iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: invisibilidades e desafios enfrentados pela população negra”**, comprometo-me com a utilização dos dados obtidos por meio das entrevistas com os pacientes com diagnóstico de tuberculose, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como a privacidade dos seus conteúdos. Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integralidade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que concordarem em participar da entrevista. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados, parcial ou na íntegra, a pessoas não envolvidas na equipe de pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP.

Santos, 23 de abril de 2025



Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados

A. Caracterização dos participantes da pesquisa:

- Gênero (masculino, feminino, outro)
- Idade
- Raça/cor (conforme autodeclaração – preta, parda, branca, amarela, indígena)
- Escolaridade (ensino fundamental incompleto/completo, médio, superior, etc.)
- Ocupação atual ou situação de trabalho (formal, informal, desempregado(a), aposentado(a), etc.)
- Renda familiar mensal aproximada (faixas salariais, opcional) Local de moradia (bairro ou território atendido pela unidade)
- Situação de moradia (casa própria, alugada, cedida, ocupação, abrigo, etc.)
Número de pessoas no domicílio
- Tempo de residência no território
- Histórico de sintomas respiratórios ou diagnóstico de TB

B. Questões Norteadoras

- Você pode me contar como foi o processo de buscar atendimento quando começaram os sintomas respiratórios?
- Houve algum momento em que sentiu dificuldade para ser atendido(a), realizar exames ou dar continuidade ao acompanhamento?
- A sua cor de pele, local de moradia ou condição de vida influenciaram de alguma forma no atendimento que recebeu?
- Como você vê o tratamento dado à população negra ou às pessoas da sua comunidade no serviço de saúde?
- Em sua opinião, que fatores dificultam ou facilitam o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da TB para pessoas negras?

ANEXO A - Termo de anuência para realização da pesquisa**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS**

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Atenção Primária à Saúde

Termo de anuência para realização da pesquisa

Ao

Comite de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos e,

Comite de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP

Pelo presente documento, declaramos para os devidos fins que a Unidade de Saúde Família da Vila São Jorge e Santa Maria/Caneleira, situada no endereço Rua Maestro Antônio Garófalo 682, no bairro Santa Maria, autoriza a realização da pesquisa intitulada "Iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: invisibilidades e desafios enfrentados pela população negra", a ser conduzida pela pesquisadora Patrícia da Silva Santo, regularmente matriculada no curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, sob orientação da Professora Dra Luzana Mackevicius Bernardes.

A referida pesquisa tem como objetivo analisar o acesso da população negra ao diagnóstico da tuberculose nos serviços de Atenção Primária à Saúde, considerando os marcadores sociais e raciais que atravessam o cuidado e será realizada no período de julho a dezembro/2025, nas dependências da instituição, com o compromisso de que todas as atividades serão conduzidas de acordo com os princípios éticos da pesquisa e sem prejuízo ao funcionamento da instituição ou aos participantes envolvidos.

O(a) pesquisador(a) compromete-se a:

- Respeitar as normas e regulamentos internos da instituição;
- Garantir a confidencialidade das informações obtidas;
- Solicitar o consentimento livre e esclarecido dos participantes;
- Entregar uma cópia do relatório final à instituição, se solicitado.

Declaro estar ciente e de acordo com a realização da referida pesquisa.

Santos, 24 de Abril de 2025.

José Evaldo Braga
Reg. 27427-8
Coordenador de Atenção Primária

José Evaldo Braga

Coordenador de Departamento

Departamento de Atenção Primária à Saúde - DEAPS

ANEXO B - Carta de anuência para encaminhamentos à clínica de psicologia da UNISANTOS



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

Santos, 25 de abril de 2025

Att.

Profª Drª Luzana Mackevicius Bernardes – Professora e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos – UniSantos

e

Srª Patrícia da Silva Santos – Aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos – UniSantos

Prezadas,

Em resposta a solicitação de apoio / suporte da Clínica Psicológica da Universidade Católica de Santos, em função de possíveis desconfortos ou queixas oriundas nos participantes que responderem a pesquisa intitulada: "**Iniquidades raciais no acesso ao diagnóstico da tuberculose na Atenção Primária à Saúde: invisibilidades e desafios enfrentados pela população negra**", e consequente encaminhamento para a Clínica Psicológica da UNISANTOS, vimos consignar o nosso "**DE ACORDO**".

Sem mais, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que porventura se fizerem necessários.

Atenciosamente


Prof. Me. Wagner José Tedesco
Coordenador das Clínicas de Psicologia
Universidade Católica de Santos