



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

JEANE ARAUJO DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA.**
ACCESSIBILITY ASSESSMENT TO TUBERCULOSIS CONTROL ACTIVITIES IN A CITY
OF BAHIA.

ORIENTADORA: Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

SALVADOR – BAHIA

2014

JEANE ARAUJO DE MEDEIROS

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ÀS AÇÕES DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA.**
ACCESSIBILITY ASSESSMENT TO TUBERCULOSIS CONTROL ACTIVITIES IN A CITY
OF BAHIA.

ORIENTADORA: Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

SALVADOR – BA

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

Medeiros, Jeane Araujo de

Avaliação da acessibilidade às ações de controle da tuberculose em um município da Bahia

Jeane Araújo de Medeiros; Orientadora: Alcione Brasileiro Oliveira Cunha - 2014

72 pag.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA - BR, 2014.

1. Acessibilidade; 2. Tuberculose; 3. Saúde da Família



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

Jeane Araujo de Medeiros

"Avaliação da acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em município da Bahia".

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de dezembro de 2014

Banca Examinadora:


Prof. Alcione Oliveira Brasileiro Cunha – ISC/UFBA


Prof. Eliana Dias Matos. – HEOM/SESAB


Prof. Gerluce Alves Pontes da Silva - MS

Salvador
2014

Dedico este trabalho às minhas filhas *Allany Medeiros Peres* e *Tainah Medeiros Muccini* que com todo amor de uma criança souberam me compreender e demonstrar seu carinho nos momentos mais preciosos.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Orientadora, Alcione Brasileiro Oliveira Cunha, pela tranquilidade e paciência com que me transmitiu seus conhecimentos e auxiliou na elaboração deste trabalho.

Aos profissionais de saúde do município de Porto Seguro por aceitarem à participação na pesquisa.

À minha amiga e colega de trabalho, Márcia Alves Quaresma, pela colaboração e inúmeras contribuições.

Aos colegas do MP de epidemiologia pelo incentivo em todos os momentos e, principalmente, às colegas Aline Anne Ferreira pelas carinhosas acolhidas nos dias de aula e Edna Rezende pelo apoio e colaboração neste trabalho.

À minha mãe, Rosa Angélica Araujo de Medeiros, que mesmo distante, contribuiu com seu carinho e afeto para conclusão deste trabalho.

Ao meu amado marido, Alam Conceição Peres, que com todo seu amor, soube respeitar e compreender minha ausência e apoiar meus momentos de estudo.

À Deus por se fazer presente em todos os momentos de minha vida, pelo ânimo que Ele me proporcionou quando bateu a vontade de desistir, pelos livramentos, pelo conhecimento, pela sabedoria e saúde e por todas as pessoas especiais colocadas em meu caminho ao longo dessa caminhada.

MEDEIROS, J. A. de. Avaliação da acessibilidade às ações de controle da tuberculose em um município da Bahia- 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

Visando conhecer a situação da tuberculose em um município da Bahia, este estudo teve como objetivo geral avaliar a acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose e como objetivos específicos descrever a evolução da morbimortalidade por tuberculose no período de 2001 a 2012, descrever os indicadores de resultado das ações de controle da tuberculose por distrito sanitário no período de 2010 a 2012, e caracterizar a acessibilidade organizacional e geográfica às ações de controle da tuberculose em duas unidades de saúde da família no município de Porto Seguro. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem qualitativa e quantitativa. Foram realizadas 17 entrevistas semi-estruturadas e as análises foram realizadas com base no modelo lógico e na matriz de julgamento elaborados previamente. Os indicadores epidemiológicos e operacionais das ações de controle da tuberculose indicaram que o município de Porto Seguro apresenta alta incidência, alta mortalidade, baixa taxa de cura, alta taxa de abandono e baixas proporções de contatos examinados e realização de testagem para HIV. Diante dos resultados, é possível supor que parte da gravidade encontrada nesses indicadores esteja relacionada às dificuldades de acessibilidade aos serviços evidenciados no estudo. A classificação do grau de acessibilidade às ações de controle da tuberculose se deu em nível intermediário para as duas unidades. A USF 1 foi classificada com 60% de acessibilidade, enquanto que a USF 2 com 51% do grau de acessibilidade. A participação dos Agentes Comunitários de Saúde nas ações de controle da tuberculose reflete uma melhora significativa na adesão dos usuários, principalmente se estiver aliada ao Tratamento Diretamente Observado, estratégia já comprovada que ajuda na melhoria dos índices de cura e abandono.

Palavras-chaves: acessibilidade; tuberculose; saúde da família.

Medeiros, J. A. de. Morbidity and mortality of tuberculosis and accessibility to control actions in the State of Bahia – 2014. 72 f. Dissertation (Professional Master). Institute of Public Health. Federal University of Bahia.

ABSTRACT

To get acquainted with the situation of tuberculosis in the State of Bahia, this study aimed to assess the accessibility to tuberculosis control actions and specific objectives describe the evolution of morbidity and mortality from tuberculosis in 2001 and 2012, describe the outcome indicators the control measures for TB health district for the period 2010 to 2012, and characterize the organizational and geographic accessibility to the tuberculosis control actions in two family health units in the city of Porto Seguro. It is an evaluation research, with qualitative and quantitative approach. Were conducted 17 semi -structured interviews and analyzes were performed based on the logic model and the array of previously elaborated trial. The epidemiological and operational indicators of TB control actions indicated that the municipality of Porto Seguro has high incidence, high mortality, low cure rate, high dropout rate and low proportions of examined contacts and conducting HIV testing. Given the results, it can be assumed that part of the gravity found in these indicators is related to the difficulties of accessibility to services highlighted in the study. The classification of the degree of accessibility to the tuberculosis control actions occurred at an intermediate level for the two units. The USF 1 was classified with a 60% accessibility, while the USF 2 with 51% degree of accessibility. The participation of community health agents in the tuberculosis control actions reflects a significant improvement in user adoption, particularly when coupled with the Directly Observed Treatment, proven strategy that helps in improving cure rates and abandonment.

Keywords: accessibility; tuberculosis; family health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Pergunta Avaliativa.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
2.1 Objetivo Geral.....	4
2.2 Objetivos Específicos.....	4
3. METODOLOGIA.....	5
3.1 Elementos conceituais.....	5
3.1.1 Acessibilidade a serviços de saúde.....	5
3.1.2 Atenção Primária em Saúde (APS).....	6
3.2 Estratégia de pesquisa.....	8
3.3 Caracterização do município caso.....	8
3.4 Modelo lógico.....	9
3.5 Critérios e padrões de análise.....	10
3.6 Seleção das unidades para análise.....	15
3.7 Fontes de dados e técnicas de coleta de dados.....	15
3.8 Informantes chaves.....	16
3.9 Análise de dados.....	16
3.10 Aspectos Éticos.....	17
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
4.1 A evolução dos indicadores epidemiológicos de incidência e mortalidade por tuberculose no período de 2001 a 2012 no município de Porto Seguro/BA.....	18
4.2 Os indicadores operacionais das ações de controle da tuberculose por distrito sanitário no município de Porto Seguro no período de 2010 a 2012.....	26
4.3 A acessibilidade organizacional e geográfica às ações de controle da tuberculose em duas unidades de saúde da família no município de Porto Seguro/BA.....	34

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
-------------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS.....	47
-------------------------	-----------

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista – usuário.....	51
--	-----------

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista – profissional de saúde.....	52
--	-----------

APÊNDICE 3 – Roteiro de observação sistemática.....	53
--	-----------

APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido – usuário.....	54
---	-----------

APÊNDICE 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido – profissional de saúde.....	56
---	-----------

APÊNDICE 6 – Carta solicitação de autorização de uso de dados epidemiológicos e realização de entrevista à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro/BA.....	59
---	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráficos	Pág.
Gráfico 1. Coeficiente de incidência por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. no município de Porto Seguro, Bahia, no período de 2001 a 2013.....	20
Gráfico 2. Coeficiente de incidência por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. de acordo com sexo e faixa etária, no município de Porto Seguro, Bahia, no período de 2001 a 2012.....	21
Gráfico 3. Coeficiente de mortalidade por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. no município de Porto Seguro, no período de 2001 a 2012.....	23
Gráfico 4. Coeficiente de mortalidade por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. de acordo com sexo e faixa etária, no município de Porto Seguro, Bahia, no período de 2001 a 2012.....	24
Gráfico 5. Taxa de abandono de casos novos de tuberculose (todas as formas) por distrito sanitário no município de Porto Seguro, BA, no período de 2010 a 2012.....	29
Gráfico 6. Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose (todas as formas) por distrito sanitário no município de Porto Seguro, BA, no período de 2010 a 2012.....	31
Gráfico 7. Proporção de realização de testagem para HIV nos casos de tuberculose (todas as formas) por distrito sanitário no município de Porto Seguro, BA, no período de 2010 a 2012.....	32
Figuras	Pág.
Figura 1. Modelo lógico da acessibilidade às ações de controle da Tuberculose.....	10
Figura 2. Coeficiente de incidência de tuberculose (todas as formas) de acordo com sexo e faixa etária, Brasil, 2003 a 2012 (BRASIL, 2014).....	25

Quadros	Pág.
Quadro 1. Matriz de julgamento da acessibilidade às ações de controle da tuberculose.....	12
Quadro 2. Taxa de mortalidade por 100.000 hab., número de óbitos e população estimada do município de Porto Seguro, no período de 2001 a 2012.....	22
Quadro 3. Taxas e total de casos de tuberculose (todas as formas) por distrito sanitário e situação de encerramento, no período de 2010 a 2012, no município de Porto Seguro, BA.....	28
Quadro 4. Resultado da matriz de julgamento da acessibilidade às ações de controle da tuberculose.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

TB - Tuberculose

SUS – Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

APS – Atenção primária a saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

PDR – Plano de Desenvolvimento Regional

SISREG – Sistema de Regulação

ACS – Agente Comunitário de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

PVHA – Pessoas vivendo com HIV/AIDS

TDO – Tratamento Diretamente Observado

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil, apesar do tratamento de elevada eficácia, amplamente disponível na rede pública de serviços de saúde. Os indicadores de resultado da doença estão distantes das metas propostas pelo Ministério da Saúde: curar 85% dos diagnosticados e reduzir a menos de 5% o abandono do tratamento (BRASIL, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) 22 países concentram cerca de 80,0% dos casos de tuberculose. O Brasil faz parte desse grupo, ocupando a 16^a posição em número absoluto de casos; por sua vez, Índia, China e África do Sul são os países com maior carga da doença. Ao ser considerado o coeficiente de incidência, o Brasil ocupa a 22^a posição entre esses países (BRASIL, 2014).

Estima-se que, em 2012, cerca de 8,6 milhões de pessoas tiveram tuberculose no mundo. Apesar disso, o número de mortes reduziu: estima-se que em 1990 ocorreram 1,3 milhão de mortes por tuberculose, ao passo que, em 2012, esse número foi de 940 mil, uma redução de 45,0% (BRASIL, 2014).

Quando analisadas as regiões do Brasil para o ano de 2013, verifica-se que o Norte, o Sudeste e o Nordeste possuem os mais altos coeficientes de incidência: 45,2, 37,1 e 34,7/100.000 hab., respectivamente. Quanto às Unidades da Federação, nove apresentaram coeficientes acima do valor encontrado para o país; entre elas, destacam-se Amazonas, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Pernambuco (BRASIL, 2014).

Segundo Ministério da Saúde (2014), a Bahia apresentou, em 2013, um coeficiente de incidência de 32,1/100.000 hab. menor do que a incidência nacional de 35,4/100.000 hab. e do que a região Nordeste, demonstrando, assim, uma redução se comparado com o ano de 2009, em que o estado apresentava uma incidência de 39,4/100.000 hab (BRASIL, 2014).

A participação e empenho dos serviços de saúde são de extrema importância para redução destes indicadores por meio das ações de controle da tuberculose na atenção primária à saúde. A Atenção Básica tem papel fundamental para o diagnóstico oportuno e o acompanhamento do paciente com tuberculose até a cura. Por seu elevado grau de

descentralização e capilaridade, está próxima do usuário e o acompanha longitudinalmente, tendo, com isso, condições mais favoráveis de construção de vínculo de afetividade e confiança (BRASIL, 2014).

Quanto maior o número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de profissionais capacitados desenvolvendo ações de controle da tuberculose, mais abrangente será a busca, maior será a detecção de casos, mais rápido o início do tratamento e mais eficiente a supervisão do tratamento, o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão (BRASIL, 2008).

Estudos revelam despreparo das equipes de saúde da família, com pouco vínculo com a comunidade contribuindo para que as taxas de abandono continuem aumentando, mesmo com todas as ações preconizadas sendo realizadas. Segundo Theme Filha *et al* (2012) existe uma situação epidemiológica preocupante no Rio de Janeiro, com elevada proporção de abandono (24,7%) e baixo percentual de cura comprovada e estratégias institucionais deverão ser revistas com vistas a qualificar o atendimento e aprimorar as informações produzidas.

Já de acordo com Monroe *et al* (2008) existem dificuldades para incorporação das ações de controle da tuberculose na atenção básica, relacionadas à debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e à visão centralizada e fragmentada da organização dessas ações no sistema de saúde nos nove municípios do Estado de São Paulo estudados.

Além destes fatores relacionados à organização da atenção, existem aspectos voltados para a acessibilidade aos serviços que podem dificultar o contato do usuário com o mesmo prejudicando inclusive, a adesão ao tratamento da tuberculose.

A acessibilidade desse modo pode ser vista como facilidade de as pessoas chegarem aos serviços e terem suas necessidades atendidas, ganhando grande importância no âmbito na atenção primária à saúde que é considerada como a porta de entrada prioritária do sistema de serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Segundo Donabedian (1988), a acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado.

A discussão sobre acessibilidade e ações de controle da tuberculose é encontrada em alguns estudos que enfatizam a dificuldade de acesso à atenção primária, seja na dimensão organizacional ou geográfica e também aponta diversos problemas relacionados ao acesso do tratamento. O estudo de Arakawa *et al* (2011) avaliou como insatisfatória a distância entre a unidade que realiza o tratamento e o domicílio do doente e a irregularidade na realização de visitas domiciliares para supervisão do tratamento. Os autores evidenciaram que em Ribeirão Preto, a disponibilidade de recursos (humanos, materiais e tempo) e a organização da atenção podem influenciar na acessibilidade ao tratamento.

Além da acessibilidade como dificuldade para adesão ao tratamento da tuberculose, Beraldo *et al* (2012) verificaram outras necessidades como a capacitação para os profissionais de saúde quanto aos sinais e sintomas da doença, reduzindo as barreiras de acesso ao diagnóstico oportuno da TB e necessidade de divulgação ampla para a comunidade. Como diz também Ponce (2013), o alcance de uma detecção eficaz dos casos de TB nas principais portas de entrada perpassa pela melhoria na suspeição, reforçando a necessidade de investimentos da gestão na capacitação dos recursos humanos para a identificação dos sintomáticos respiratórios.

Desta forma, considerando a situação importante da enfermidade no cenário apresentado, associado à inexistência de estudos sobre a doença especificamente na região ou no município de Porto Seguro, este estudo justifica-se para contribuir com o aperfeiçoamento das ações de controle da tuberculose e também para disponibilizar informações aos serviços de saúde inseridos no SUS, tanto local quanto regional, e à comunidade científica para subsidiar novos estudos e projetos que contribuam para o controle da tuberculose no país.

1.1 Pergunta Avaliativa

Quais as características da acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose no município de Porto Seguro?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em um município do Estado da Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a evolução da morbimortalidade por tuberculose no período de 2001 a 2012 no município de Porto Seguro/BA.
- Descrever os indicadores operacionais das ações de controle da tuberculose por distrito sanitário no município de Porto Seguro no período de 2010 a 2012.
- Descrever a acessibilidade organizacional e geográfica às ações de controle da tuberculose em duas Unidades de Saúde da Família no município de Porto Seguro/BA.

3. METODOLOGIA

3.1 Elementos conceituais

3.1.1 Acessibilidade a serviços de saúde

Segundo Donabedian (1988), a acessibilidade é considerada como a facilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades dos usuários superarem as barreiras porventura existentes.

Hartz e Silva (2010) consideram a acessibilidade como um dos atributos relevantes para a avaliação e está relacionada com a disponibilidade e distribuição social dos recursos. Neste ponto de vista, o conceito de acessibilidade tem relação com o conceito de cobertura, mas não são equivalentes.

Para Hartz e Silva (2010), a cobertura está relacionada com os recursos materiais ou humanos disponíveis para a realização de determinada ação ou corresponde à proporção da população que efetivamente se beneficiou de determinada intervenção, dando o entendimento de utilização dos serviços ou cobertura real. Já a acessibilidade é entendida como os recursos disponíveis para os usuários e os obstáculos existentes ou colocados pelos serviços de saúde, sendo os recursos de caráter econômico, social ou cultural e os obstáculos de natureza geográfica, organizacional e econômica (FRENK *apud* HARTZ e SILVA, 2010).

Essa acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (OPAS, 1978).

Entre as dimensões de acessibilidade, destacam-se duas, as quais estão inter-relacionadas: a sócio-organizacional que corresponde às características da oferta de

serviços e que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços, facilitando ou dificultando o acesso; e a dimensão geográfica, que reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento (DONABEDIAN, 1988; TRAVASSOS, 2004).

Neste estudo foi utilizado o conceito de acessibilidade como a organização da oferta dos serviços de saúde que contribuem para uma maior ou menor utilização desses serviços por parte dos usuários do sistema, além da dimensão geográfica considerada como o tempo de deslocamento determinado pela distância percorrida por este usuário até a chegada à unidade de saúde e os meios de transporte utilizados para sua locomoção.

3.1.2 Atenção Primária em Saúde (APS)

Para Starfield (2002), a atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Em vários países europeus e no Canadá, a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema (LAVRAS, 2011).

Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002).

A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso é inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária) (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2001), pode-se conceituar os quatro atributos essenciais dos serviços de APS:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Neste estudo foi utilizada a nomenclatura de atenção básica à saúde como atenção primária por ser o termo empregado pelo Ministério da Saúde para designar as ações por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigido às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade, estando organizadas por meio da Estratégia de Saúde da Família-ESF (Departamento de Atenção Básica, MS, 2014).

3.2 Estratégia de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, realizada mediante estudo de caso, a partir da triangulação metodológica: análise de dados secundários e documentais, entrevistas semi-estruturadas e observação sistemática, buscando descrever a acessibilidade às ações de Tuberculose no município de Porto Seguro.

Para evidenciar a importância da tuberculose no município e auxiliar na escolha das unidades a serem investigadas, foi realizada uma descrição dos indicadores de incidência, mortalidade e da coorte de resultados das ações de controle da tuberculose a partir da taxa de cura e proporção de abandono por Distrito Sanitário. Posteriormente, realizada análise de acessibilidade organizacional e geográfica em duas unidades de saúde da família em distritos selecionados.

3.3 Caracterização do município caso

O estudo foi realizado no município de Porto Seguro o qual está situado no Extremo Sul da Bahia, uma área territorial de 2.408 km². Segundo estimativas do IBGE para 2014, a população residente desta região é de 374.715 habitantes, sendo Porto Seguro, o município maior em população e área territorial, com 143.282 habitantes.

Quanto à rede de serviços, o município vem desenvolvendo um processo de descentralização e reorganização do sistema local de saúde por meio da Estratégia Saúde da Família apresentando um cobertura da Atenção Básica de 91,73% (Departamento de Atenção Básica, MS, 2014) contando com 38 equipes, sendo 35 ESF, 03 equipes de EACS e 22 equipes de Saúde Bucal, modalidade 1.

O município está organizado em seis distritos sanitários por critérios epidemiológicos e de acesso aos serviços: distrito Centro com 09 equipes de saúde da família distrito Mercado do Povo com 06 ESF; distrito Parque Ecológico com 05 equipes de saúde da família e uma Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), distrito Arraial com 05 ESF e uma EACS; distrito Trancoso com 04 ESF e distrito Rural com 06 ESF e 01 EACS. Nas EACS as ações de controle da tuberculose funcionam de forma descentralizada como em todas as outras unidades.

As situações que necessitem de encaminhamento do nível primário são referenciados aos níveis secundário e terciário, composto quanto à urgência e emergência de três Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), de um Hospital Municipal e de um Hospital Regional do Estado com gestão terceirizada. O sistema de referência e contra-referência está organizado com base em um esquema de cotas através do SISREG III (Sistema de Regulação on-line).

Quanto à oferta de serviços de média e alta complexidade, o município possui uma central de Marcação de exames e consultas especializadas, um laboratório municipal, 10 laboratórios credenciados ao SUS e uma Policlínica Municipal.

3.4 Modelo lógico

Segundo Brouselle (2011), para se avaliar uma intervenção, é preciso começar por defini-la e estabelecer-lhe o modelo lógico. Desta forma, foi elaborado um modelo lógico da acessibilidade às ações de controle da tuberculose, buscando identificar aspectos da acessibilidade que podem contribuir para melhorar a qualidade destas ações (Figura 1).

Neste sentido, compreende-se que a organização da Atenção Primária à Saúde, com base na ESF, possa ser a porta de entrada prioritária aos serviços de saúde. A organização interna das Unidades de Saúde da Família–USF e sua articulação com outros serviços podem facilitar ou dificultar o contato dos usuários, sendo necessário garantir algumas ações voltadas para a acessibilidade aos serviços. Por sua vez, as USF devem ser localizadas em áreas próximas às residências dos usuários em termos geográficos com o intuito de reduzir o deslocamento.

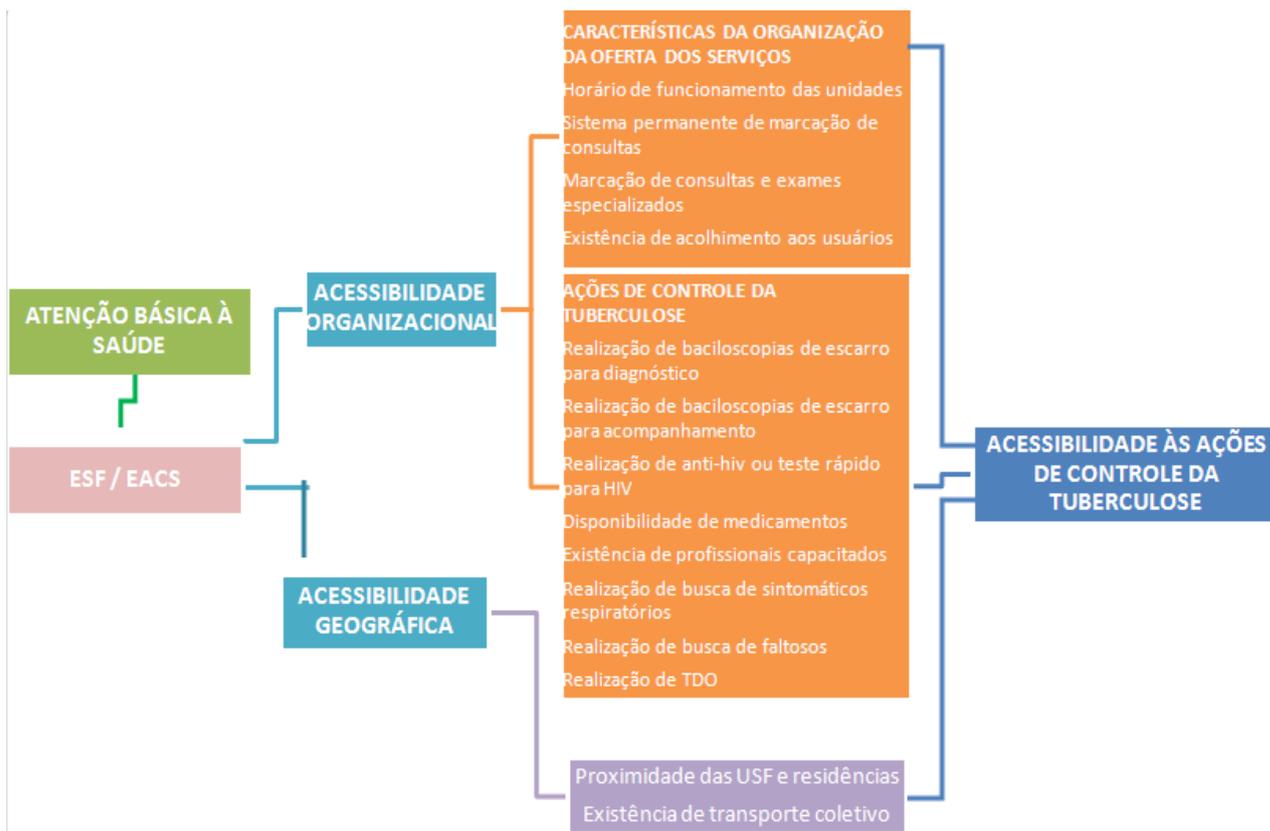


Figura 1 - Modelo lógico da acessibilidade às ações de controle da Tuberculose

3.5 Critérios e padrões de análise

Derivada do modelo lógico foi elaborada uma matriz de julgamento com critérios e padrões levando-se em consideração as dimensões da acessibilidade que foram utilizadas neste estudo (Quadro 1). Segundo Samico (2010), estabelecer critérios, indicadores e padrões são condições necessárias para a avaliação. São essas questões que permitirão não apenas descrever o programa, mas realizar um julgamento do objeto da avaliação.

A matriz de julgamento da acessibilidade às ações de controle da tuberculose foi composta por duas dimensões: (1) acessibilidade organizacional, com duas subdimensões – caracterização da oferta de serviços e ações de controle da tuberculose – e (2) acessibilidade geográfica. Para cada uma dessas dimensões foram estabelecidos critérios formulados com base na revisão de literatura sobre o tema. Para cada critério selecionado, foi feita a descrição que corresponderia às situações consideradas “satisfatória”, “intermediária” e “insatisfatória”.

Em relação à acessibilidade organizacional, na subdimensão caracterização da oferta de serviços, os critérios analisados foram: (a) horário de funcionamento das unidades; (b) acolhimento dos usuários; (c) marcação de consultas permanente e (d) marcação de consultas especializadas. Na subdimensão ações de controle da tuberculose, os critérios foram: (a) solicitação de baciloscopia de escarro para diagnóstico; (b) solicitação de baciloscopia de escarro para acompanhamento; (c) realização de anti-HIV ou teste rápido para HIV; (d) disponibilidade de medicamentos; (e) profissionais médicos e enfermeiros capacitados em diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose; (f) profissionais de nível médio capacitados na busca de sintomáticos respiratórios (ACS e recepcionista); (g) busca de sintomáticos respiratórios. (h) realização de TDO; (i) proporção de busca de faltosos e (j) proporção de abandono.

Quanto à dimensão acessibilidade geográfica, os critérios analisados foram: (a) tempo de marcha da residência até a unidade de saúde e (b) existência de transporte coletivo.

Dimensões	Critérios	Ponto Máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória	Fonte de evidência
CARACTERIZAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS						
ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL	Horário de funcionamento das unidades para atendimento aos usuários	5	0 – menor que 8 horas diárias	2 – dois turnos de 4 horas com horário de almoço	5 – dois turnos de 4 horas ininterruptos com um total de 10 horas diárias.	Observação Entrevista
	Acolhimento dos usuários:	5	0 – não realiza	2 – realiza apenas a triagem administrativa com aferição dos sinais vitais	5 – realiza escuta classificada com classificação de risco	Observação Entrevista
	Sistema de marcação de consultas permanente	5	0 – não tem sistema de marcação.	2 – marca apenas por demanda espontânea.	5 – oferta organizada e demanda espontânea e prioridades e o sintomático respiratório é atendimento no dia da procura por demanda do ACS ou dos profissionais.	Observação Entrevista
	Marcação de consultas e exames especializados	5	0 – não há priorização.	2 – prioriza, mas a marcação é superior 15 dias	5 – prioriza e o tempo de marcação é inferior a 15 dias	Observação Entrevista
	Subtotal (1)	20				
	AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE					
Solicitação da baciloscopia de escarro para diagnóstico	5	0 – não solicita baciloscopia	2 – solicita apenas uma.	5 – solicita uma baciloscopia no dia da consulta e outra após.	Observação Entrevista Prontuário Livro de registro	

	Solicitação de baciloscopia de escarro para acompanhamento	5	0 – Não solicita	2 – Solicita, mas não mensalmente	5 – Solicita e é mensalmente.	Observação Entrevista Prontuário Livro de registro
	Realização de anti-HIV ou teste rápido para HIV	5	0 – não realiza	2 – Realiza, mas a entrega do resultado é superior a um mês e o usuário que deve procurar na USF quando não chaga o resultado.	5 – realiza e o resultado encontra-se no prontuário, sendo comunicado ao usuário pelo ACS.	Observação Entrevista Prontuário Livro de registro
	Disponibilidade de medicamentos	5	0 – não tem o medicamento disponível.	2 – o medicamento está disponível na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)	5 – o medicamento está disponível na unidade.	Observação Entrevista
	Profissionais médicos e enfermeiros capacitados em diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose	5	0 – nenhum é capacitado	2 – só um é capacitado	5 – os dois são capacitados	Entrevista
	Profissionais de nível médio e técnico capacitados na busca de sintomáticos respiratórios (ACS e recepcionista)	5	0 – nenhum é capacitado	2 – são capacitados informalmente durante reuniões de equipe com discussão do assunto	5 – os dois são capacitados formalmente pela Secretaria de Saúde	Entrevista
	Busca de sintomáticos respiratórios	10	0 – não realiza	5 – não realiza como rotina	10 – realiza na área de abrangência e	Observação Entrevista

				apenas entre os contatos intradomiciliares	está na rotina do serviço.	Livro de registro
	Realização de Busca de faltosos	10	0 – nenhum profissional realiza	5 – realiza, mas não de rotina.	10 – realiza e está na rotina do serviço.	Observação Entrevista
	Realização de TDO	10	0 – não realiza	5 – realiza apenas de casos mais complicados	10 – realiza em todos os usuários com tuberculose	Entrevista Prontuário
	Proporção de busca de faltosos	5	0 – <74%	2 - 75 a 89%	5 - 90 a 100%	Entrevista Prontuário
	Proporção de abandono	5	0 - \geq 15%	2-5 a < 15%	5 - < 5%	SINAN
	Subtotal (2)	70				
	SUBTOTAL (1 + 2)	90				
ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA	Tempo de marcha	5	0 - >1 hora	2 - 30 a 60 minutos	5 - <30 minutos	Entrevista
	Existência de transporte coletivo	5	0 – não existe	2 – existe, mas tem muita dificuldade	5 – existe e não tem dificuldade	Entrevista
	Subtotal (3)	10				
TOTAL (1 + 2 + 3)		100				

Quadro 1 – Matriz de julgamento da acessibilidade às ações de controle da tuberculose.

3.6 Seleção das unidades para análise

Inicialmente foram realizadas análises de indicadores operacionais por distrito sanitário devido às diferenças geográficas e epidemiológicas existentes no município. A seleção das unidades de saúde aconteceu levando-se em consideração os percentuais de cura e abandono da coorte de resultados das ações de controle da tuberculose nos anos de 2010 a 2012. Foram selecionadas duas USF com duas ESF cada em distritos diferentes, sendo a USF 1 de zona rural e a USF 2 de zona urbana, para realizar a análise de acessibilidade.

A unidade I foi escolhida pelos melhores resultados: maior quantidade de casos de cura e menos casos de abandono no distrito sanitário e a unidade II com os piores resultados: menor percentual de cura e maior percentual de abandono do tratamento no distrito.

As duas unidades funcionam com três equipes de saúde da família e são compostas por equipe mínima: médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, ACS e pessoal administrativo, contudo para realização da pesquisa, foram selecionadas duas equipes.

Inicialmente seriam duas unidades por distrito sanitário, contudo devido ao tempo de realização da pesquisa a quantidade de equipes e unidades foi reduzida de forma a facilitar o acesso da pesquisadora.

3.7 Fontes de dados e técnicas de coleta de dados

Foram utilizados como fonte de dados o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN para o cálculo dos indicadores de incidência e mortalidade. Para análise dos dados do SINAN, inicialmente foi realizada uma limpeza do banco para que as informações fossem as mais fidedignas possíveis.

Para a descrição dos indicadores da coorte de resultados das ações de controle da tuberculose, além do SINAN, foi também utilizada a análise documental por meio dos

prontuários e dos livros de registro de portadores de tuberculose e de sintomáticos respiratórios. Após esta verificação, foi realizada a atualização do banco de dados do SINAN os quais foram apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Para análise de acessibilidade aos serviços de saúde foram utilizados roteiros de entrevista semi-estruturada (Apêndices 1 e 2) para usuários e profissionais de saúde envolvidos com o programa de controle da tuberculose, visando incorporar as diferentes perspectivas, com vistas ao entendimento dos sujeitos sobre as dimensões previstas neste estudo.

Foi realizada também a observação sistemática da unidade de saúde na relação usuário-profissional e como se dá a forma de atendimento deste usuário no serviço, coletados a partir do roteiro de observação por meio de alguns pontos norteadores (Apêndice 3).

3.8 Informantes-chaves

Os informantes-chaves foram profissionais das equipes de saúde da família nas duas USF selecionadas pertencentes à área de abrangência da equipe. Foram realizadas 17 entrevistas semi-estruturadas a partir de um roteiro previamente elaborado envolvendo profissionais e trabalhadores nas unidades investigadas e usuários portadores de tuberculose em tratamento e residentes nas áreas de abrangência das unidades, distribuídos da seguinte forma três médicos, quatro enfermeiras, três recepcionistas, cinco ACS e dois usuários. Infelizmente, no momento da pesquisa, existiam apenas quatro usuários em tratamento nas unidades investigadas, sendo que dois deles se recusaram a participar da pesquisa.

3.9 Análise de dados

Para processamento e análise dos dados foi utilizado o programa do Microsoft Office Excel para tabulação dos dados de indicadores epidemiológicos e da coorte de resultado das ações de controle da Tuberculose.

Para os dados primários coletados pelas entrevistas foram atribuídos pontos aos critérios com base nas evidências, oriundas das falas dos usuários e profissionais, da observação e dos documentos investigados e tendo em vista a pontuação máxima prevista para aquele critério na matriz de julgamento baseada no modelo teórico-lógico. A classificação final do grau de acessibilidade para cada critério correspondeu, assim, à proporção (%) da pontuação máxima prevista dividida em *tercis*, da seguinte forma:

- (a) insatisfatória: < 33,3%
- (b) intermediária: de 33,3 a 66,6%
- (c) satisfatória: > 66,6%, conforme quadro 1.

Para análise documental foram utilizados os prontuários e os livros de registro de portadores de tuberculose e de sintomáticos respiratórios.

3.10 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Parecer n.º. 752.782) e está em conformidade com os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes que contribuíram com a avaliação preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de forma a resguardar o sigilo das informações (Apêndices 4 e 5).

Foi informado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro e autorizado previamente à realização das entrevistas nos locais de trabalho e liberação do acesso ao banco de dados do SINAN municipal e às informações dos prontuários e entrevistas com profissionais e usuários (Apêndice 6).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A evolução dos indicadores epidemiológicos de incidência e mortalidade por tuberculose no período de 2001 a 2012 no município de Porto Seguro/BA.

O Coeficiente de Incidência de Tuberculose (IT) no município de Porto Seguro em 2001 foi de 78,5/100.000 hab. e em 2012 de 34,2/100.000 hab., com uma redução de 53% no período. Observando-se os valores para 2012, o município apresenta taxas próximas àquela encontrada no Brasil (35,4/100.000 hab) e pouco acima no Nordeste (32,1/100.000 hab). Destaca-se o ano de 2008 com a taxa mais elevada (72,2/100.000 hab) e a de 2012 como a menor do período. Os dois anos referidos foram de mudança de gestão municipal, o que pode ter afetado a organização das ações e serviços de saúde.

Ao comparar o município com as principais capitais da região Nordeste, o mesmo encontra-se muito abaixo da capital Salvador que em 2012 tinha um coeficiente de incidência de 62,3/100.000 hab. e um pouco maior que Aracaju com 33,2/100.000 hab., sendo o menor coeficiente da região no período (BRASIL, 2014).

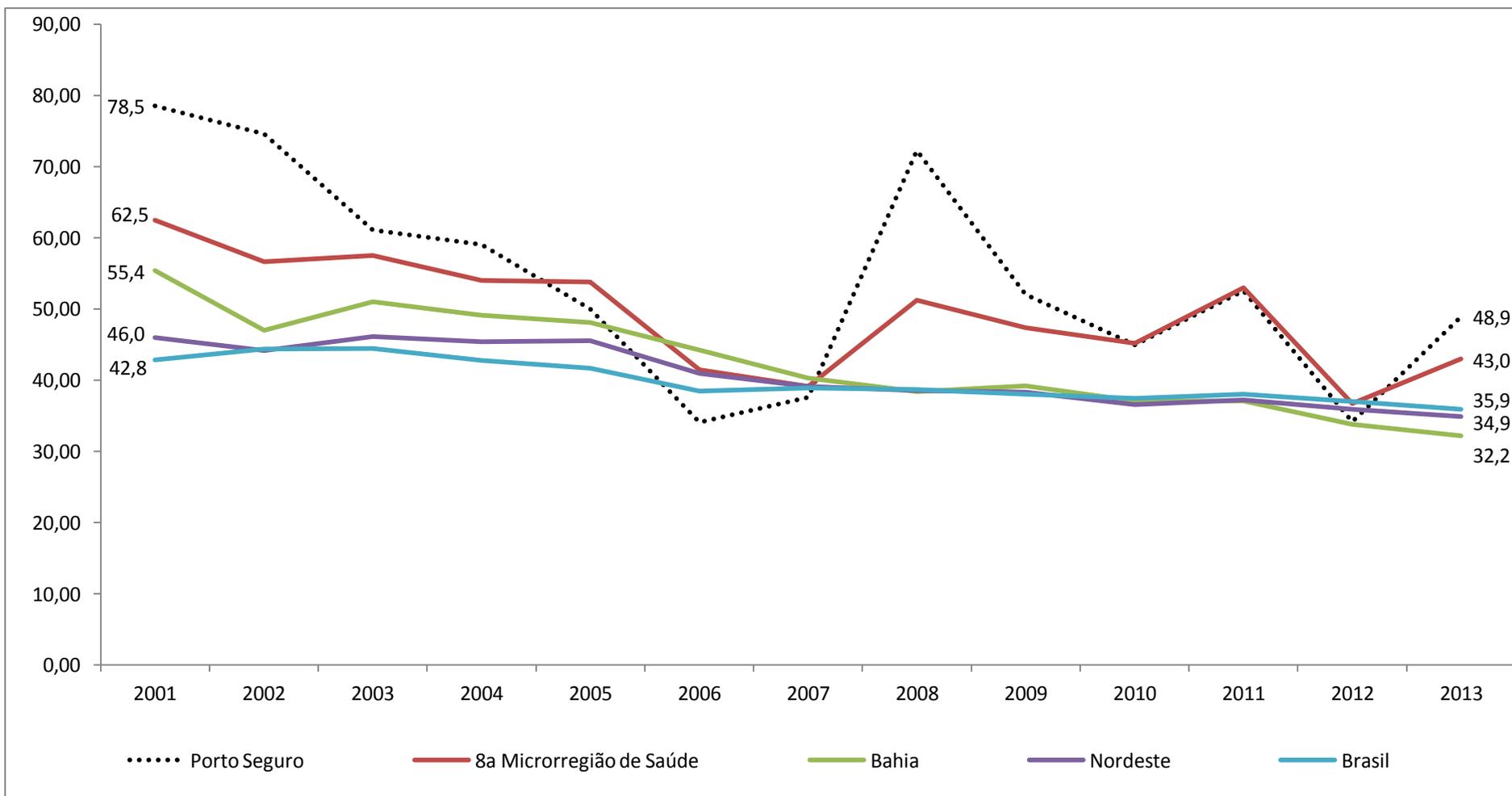
Já em 2013, quando comparada com a 8ª Microrregião, Bahia e Brasil, observa-se que Porto Seguro tem um coeficiente maior até que o país com 48,9 por 100.000 habitantes, enquanto que o Brasil apresentou um coeficiente de 35,9/100.000 hab (Gráfico 1).

Analisando-se a incidência por faixa etária e sexo no município de Porto Seguro, percebe-se um elevado índice entre as pessoas de 40 a 59 anos de idade e do sexo masculino, com um coeficiente de incidência em 2012 de 83,2 por 100.000 habitantes (Gráfico 2). Demonstra um perfil não muito diferente do Brasil em que os maiores coeficientes de incidência estão entre homens e na mesma faixa etária (BRASIL, 2014).

Em Porto Seguro, no período avaliado, o sexo masculino apresentou um coeficiente de incidência de 34,9/100.000 hab. em 2012 (1,5 vezes maior que o do sexo feminino). Na população feminina, o maior coeficiente está entre as pessoas com mais de

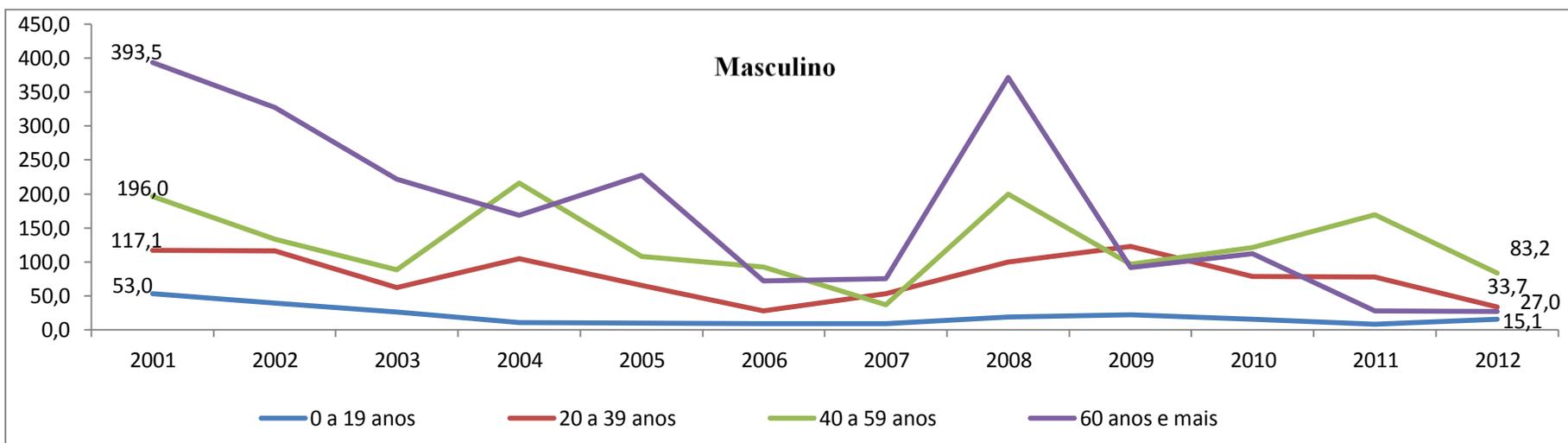
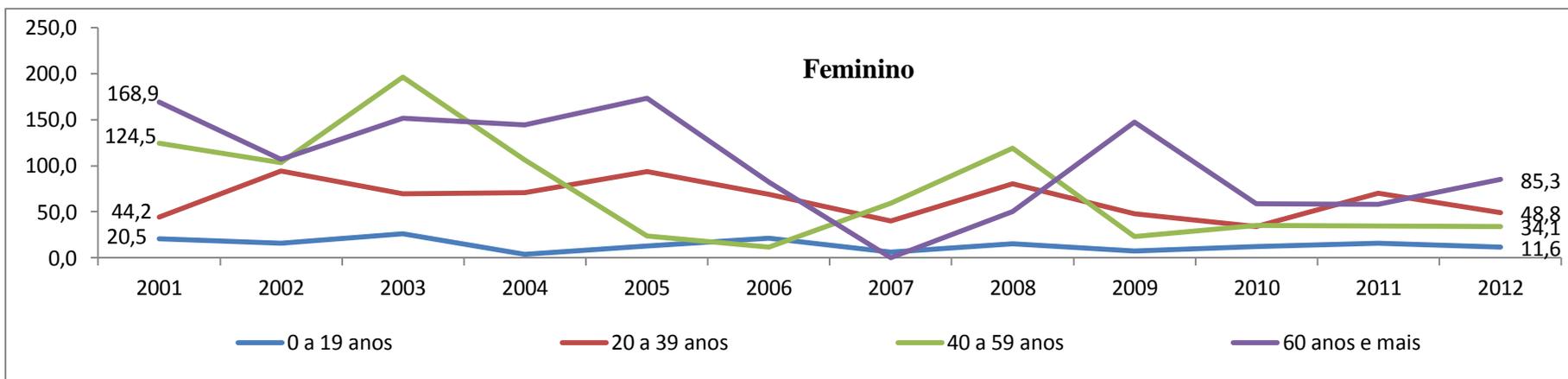
60 anos de idade, com 85,3 por 100.000 hab. em 2012, seguido da faixa de 20 a 39 anos de idade com uma incidência de 48,8 por 100.000 hab. (Gráfico 2).

De acordo com a OMS, no mundo, a tuberculose é mais prevalente em homens que em mulheres e as diferenças de gênero podem ser causadas por fatores econômicos, culturais e sociais relacionados à exposição sendo que em muitas sociedades, os homens são os únicos provedores na família, o que poderia resultar em uma maior exposição ao *Mycobacterium tuberculosis* fora de casa. Entretanto Holmes *apud* Belo *et al* (2010) sugerem que as mulheres são mais susceptíveis à progressão da doença, da infecção para doença ativa, e as diferenças na resposta imunológica que tem sido implicada neste fato.



Fonte: DATASUS, 2014 e IBGE, 2014.

Gráfico 1 – Coeficiente de incidência por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. no município de Porto Seguro, 8ª Microrregião de Saúde, Bahia, Nordeste e Brasil, no período de 2001 a 2013.



Fonte: DATASUS, 2014 e IBGE, 2014.

Gráfico 2 – Coeficiente de incidência por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. de acordo com sexo e faixa etária, no município de Porto Seguro, Bahia, no período de 2001 a 2012.

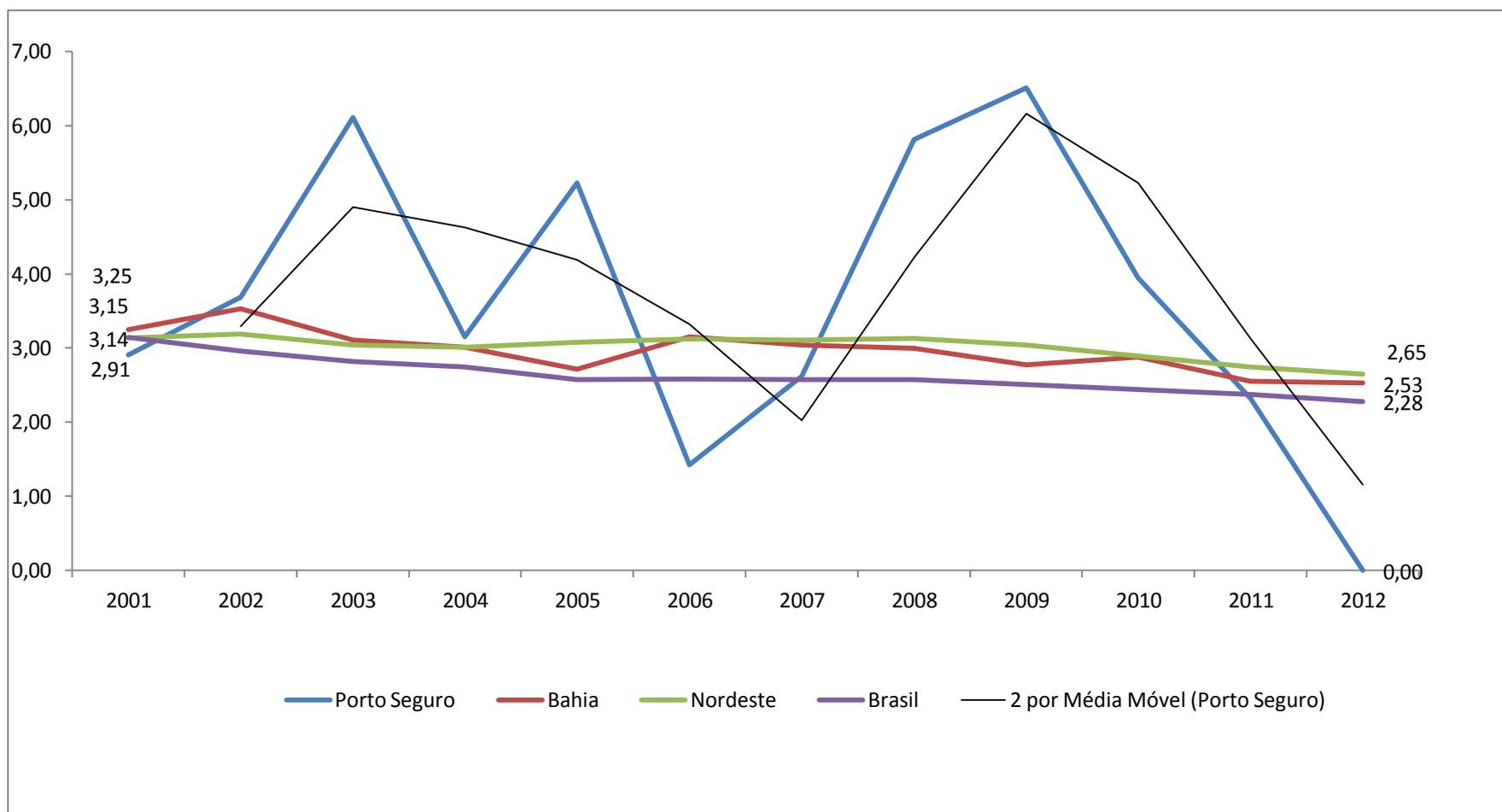
Em relação ao coeficiente de mortalidade por tuberculose, em Porto Seguro há uma grande oscilação nos seus valores (Gráfico 3). Destaca-se que em 2012 não houve óbitos o que pode sugerir falhas no sistema de notificação (Quadro 2).

Analisando os óbitos por sexo e faixa etária, o maior coeficiente de mortalidade está entre as mulheres e na faixa etária acima de 60 anos de idade (Gráfico 4). Fazendo-se uma análise do período de 2001 a 2012, o coeficiente entre os homens foi de 10,6/100.000 hab. e para as mulheres 11,9/100.000 hab. demonstrando que as mulheres têm 1,1 vezes mais chance de morrer devido à tuberculose. Estes dados diferem dos números do país em que os idosos do sexo masculino apresentam maior risco de morrer por tuberculose (Figura 2) (BRASIL, 2014).

No período de 2003 a 2012, foram registrados no país, em média 4.700 óbitos por ano. No último dessa série, o coeficiente de mortalidade foi de 2,3/100.000 hab. em todas as faixas etárias (BRASIL, 2014), enquanto que Porto Seguro apresentou uma taxa de mortalidade zero em todas as faixas etárias (Quadro 2).

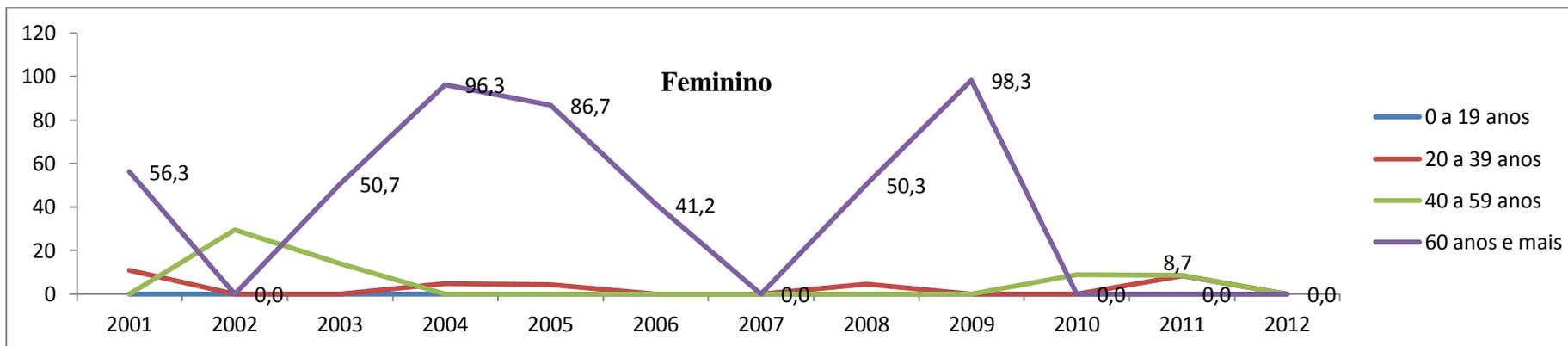
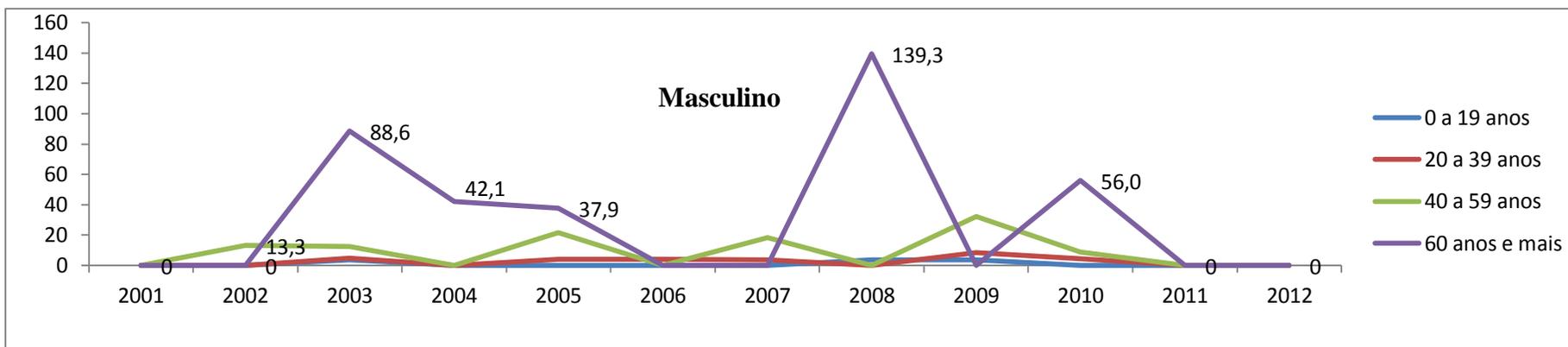
Ano do Óbito	Número de óbitos	Taxa de mortalidade por tuberculose por 100.000 hab.
2001	3	2,91
2002	4	3,68
2003	7	6,11
2004	4	3,15
2005	7	5,22
2006	2	1,42
2007	3	2,62
2008	7	5,81
2009	8	6,51
2010	5	3,94
2011	3	2,32
2012	0	0,00

Quadro 2 – Taxa de mortalidade por 100.000 hab. e número de óbitos de Porto Seguro, no período de 2001 a 2012.



Fonte: SIM, 2014.

Gráfico 3 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. no município de Porto Seguro, no período de 2001 a 2012.



Fonte: SIM, 2014.

Gráfico 4 – Coeficiente de mortalidade por tuberculose (todas as formas) por 100.000 hab. de acordo com sexo e faixa etária, no município de Porto Seguro, Bahia, no período de 2001 a 2012.

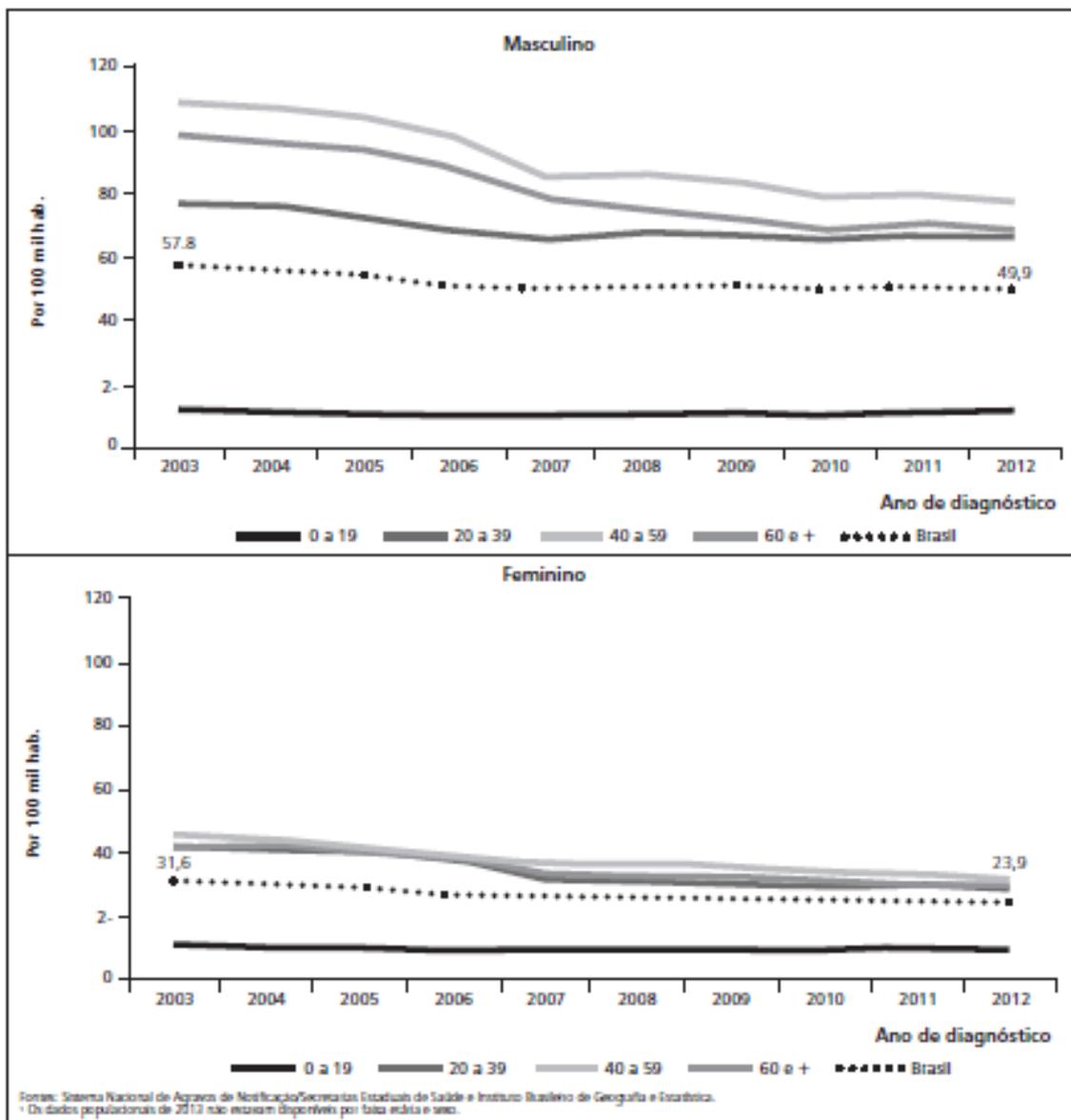


Figura 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose (todas as formas) de acordo com sexo e faixa etária, Brasil, 2003 a 2012 (BRASIL, 2014)

4.2 Os indicadores operacionais das ações de controle da tuberculose por distrito sanitário no município de Porto Seguro no período de 2010 a 2012.

Para discutir indicadores de resultado das ações de controle, utilizaram-se as taxas de cura, abandono, contato examinado e teste de HIV realizado, definidos como os principais indicadores de desempenho para o controle da doença.

Em Porto Seguro, a taxa de cura de tuberculose (todas as formas) oscilou muito, tendo como melhor ano avaliado o de 2011 com 84,5% chegando em 2012 com 60%. Quando se trata da tuberculose pulmonar bacilífera, a situação é um pouco melhor com 69% de cura em 2012. No Brasil, do total de casos novos diagnosticados em 2012, 85,7% apresentaram a forma clínica pulmonar e, destes, 65,2% eram bacilíferos (BRASIL, 2014). Esses casos são os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da doença quando não tratados adequadamente até a cura (BRASIL, 2014).

Quando comparado os distritos sanitários, percebe-se uma leve diferença, destacando-se o distrito Rural em 2010 e 2012, o distrito Trancoso em 2011 com 100% de taxa de cura. Cabe destacar que o distrito sanitário Rural apresentou melhor resultado, por manter a taxa de cura acima de 80% no período.

Ressalta-se que o distrito Mercado do Povo é uma das áreas de maior facilidade de acesso geográfico e que apresentou a pior taxa de cura em 2012 com 44,4%, com uma alta taxa de abandono (55,6%), principalmente se comparado a outros distritos mais longínquos como o Rural que fica a mais de 60 km da sede e teve uma taxa de cura de 100%. Neste ano, houve uma grande rotatividade de profissionais enfermeiros principalmente neste distrito, o que pode ter dificultado à adesão dos pacientes ao tratamento.

Em relação à tuberculose pulmonar bacilífera, que é a mais preocupante devido à sua transmissão, o município apresenta taxas bem abaixo do aceitável que é curar no mínimo 85% dos casos. Em 2010, os distritos Centro, Rural e Mercado do Povo foram os que obtiveram as melhores taxas, com 100%, 85,7% e 100%, respectivamente, melhores que a do município com 73,5%. Em 2011, os distritos Mercado do Povo, Parque Ecológico e Trancoso apresentaram os melhores resultados, com 100%, 90% e 88,9%,

respectivamente. O ano de 2012 foi o pior ano avaliado, no qual apenas o distrito Rural obteve a melhor taxa de cura, com 100%.

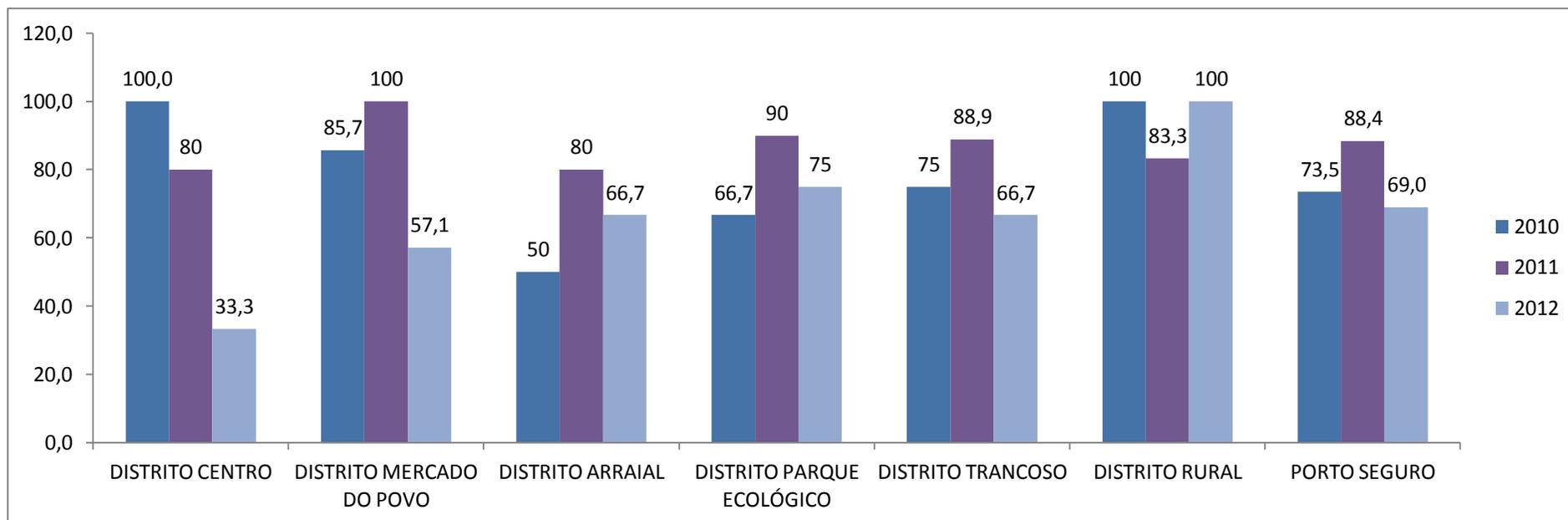
Em 2011, houve uma reorganização do serviço de Vigilância Epidemiológica do município com a contratação de novos técnicos, melhorias na estrutura física, aquisição de equipamentos e investimento em educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Estas ações influenciaram positivamente nas atividades realizadas pela atenção primária, melhorando a adesão, reduzindo o abandono e conseqüentemente, aumentando as taxas de cura. Contudo, em 2012, foi um ano de mudança de gestão municipal, o que pode ter afetado a organização das ações e serviços de saúde.

Quadro 3 - Taxas e total de casos de tuberculose (todas as formas) por distrito sanitário e situação de encerramento, no período de 2010 a 2012, no município de Porto Seguro, BA.

2010											
DISTRITOS SANITÁRIOS	Cura	Taxa	Abandono	Taxa	Óbito por TB	Taxa	Óbito por outras causas	Taxa	Transferência	Taxa	Total
DISTRITO CENTRO	10	76,9%	2	15,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	13
DISTRITO MERCADO DO POVO	7	70,0%	2	20,0%	0	0,0%	1	10,0%	0	0,0%	10
DISTRITO ARRAIAL	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
DISTRITO PARQUE ECOLÓGICO	6	60,0%	2	20,0%	0	0,0%	1	10,0%	1	10,0%	10
DISTRITO TRANCOSO	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
DISTRITO RURAL	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
PORTO SEGURO*	37	67,3%	8	14,5%	4	7,3%	3	5,5%	3	5,5%	55
2011											
DISTRITOS SANITÁRIOS	Cura	Taxa	Abandono	Taxa	Óbito por TB	Taxa	Óbito por outras causas	Taxa	Transferência	Taxa	Total
DISTRITO CENTRO	11	78,6%	2	14,3%	0	0,0%	1	7,1%	0	0,0%	14
DISTRITO MERCADO DO POVO	11	91,7%	1	8,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12
DISTRITO ARRAIAL	10	90,9%	1	9,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	11
DISTRITO PARQUE ECOLÓGICO	14	93,3%	0	0,0%	1	6,7%	0	0,0%	0	0,0%	15
DISTRITO TRANCOSO	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7
DISTRITO RURAL	5	83,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	6
PORTO SEGURO*	60	84,5%	5	7,0%	2	2,8%	2	2,8%	2	2,8%	71
2012											
DISTRITOS SANITÁRIOS	Cura	Taxa	Abandono	Taxa	Óbito por TB	Taxa	Óbito por outras causas	Taxa	Transferência	Taxa	Total
DISTRITO CENTRO	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
DISTRITO MERCADO DO POVO	4	44,4%	5	55,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9
DISTRITO ARRAIAL	4	50,0%	2	25,0%	0	0,0%	1	12,5%	1	12,5%	8
DISTRITO PARQUE ECOLÓGICO	4	57,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	14,3%	2	28,6%	7
DISTRITO TRANCOSO	2	50,0%	2	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4
DISTRITO RURAL	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
PORTO SEGURO*	27	60,0%	8	17,8%	0	0,0%	3	6,7%	7	15,6%	45

* O número de casos do município não coincide com a soma dos casos das unidades de saúde da família pois existem casos notificados no SAE/CTA, hospitais e CAPS.

Fonte: SINAN municipal, 2014.



Fonte: SINAN municipal, 2014.

Gráfico 5 – Taxa de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera por distrito sanitário no município de Porto Seguro/BA, no período de 2010 a 2012.

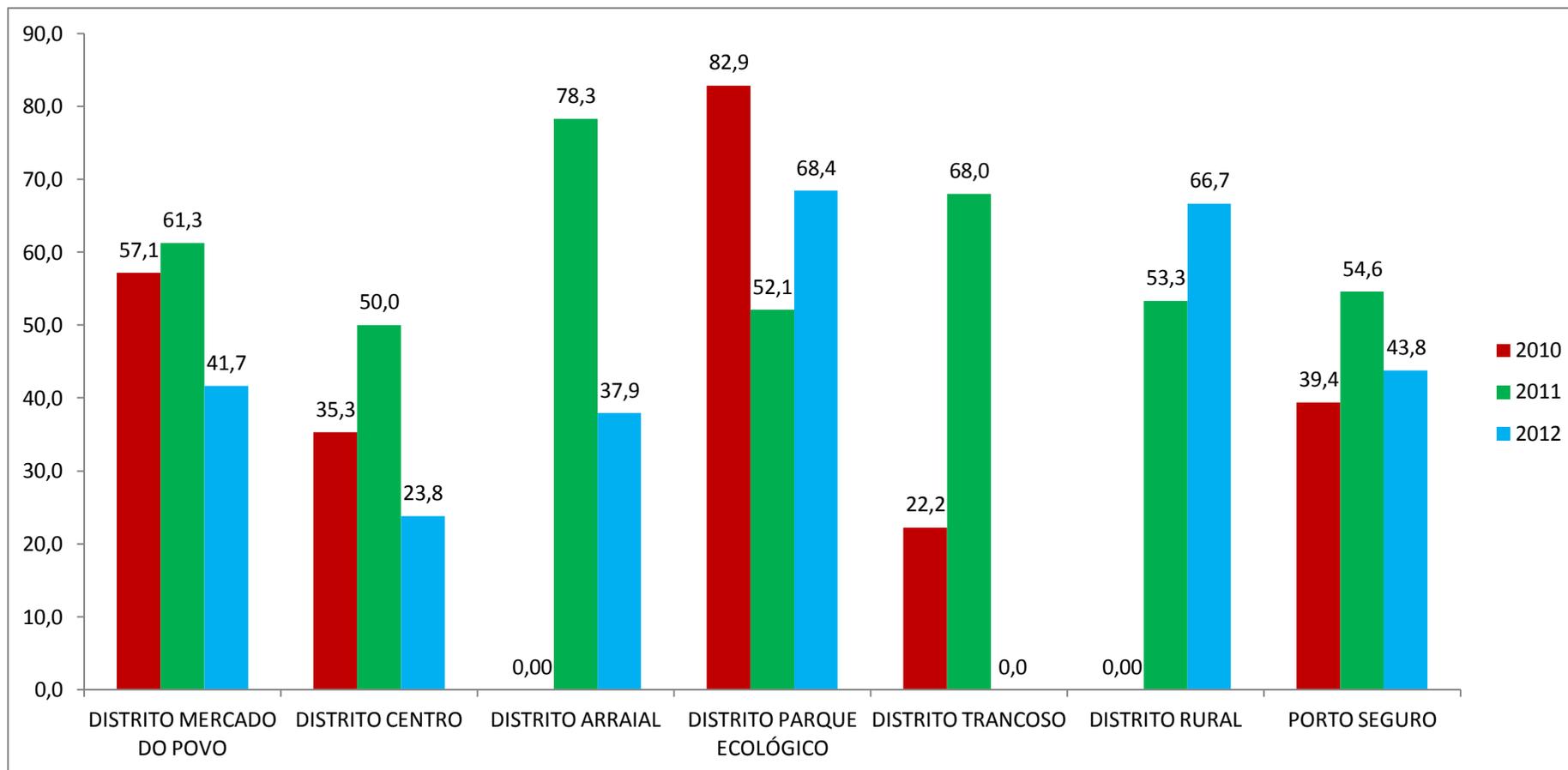
A taxa de abandono refere-se ao percentual de usuários com tuberculose que abandonaram o tratamento. Existem diversos fatores que podem influenciar esta taxa como a dificuldade de acesso às unidades e aos exames.

No município de Porto Seguro, a taxa de abandono em 2012 foi de 17,8%. Ressalta-se que no ano de 2011, alguns dos distritos tiveram taxa de abandono zero, representando o ano com melhores resultados. Os anos de 2010 e 2012 apresentaram altas taxas de abandono como no distrito de Arraial com 25% em 2010 e o distrito Mercado do Povo com 55,6% em 2012 (Quadro 2). No Brasil, a taxa de abandono de casos novos de tuberculose foi de 10,5% em 2013 e a região Nordeste com 9,3% (BRASIL, 2014).

As taxas zero de abandono em alguns distritos sugerem a presença de um maior comprometimento das equipes com a realização de busca de faltosos e tratamento diretamente observado. Essas estratégias são preconizadas para conseguir manter uma taxa de cura maior de 85% e a de abandono menor de 5% já que trabalham um maior vínculo entre as famílias das pessoas com tuberculose e a unidade de saúde de referência.

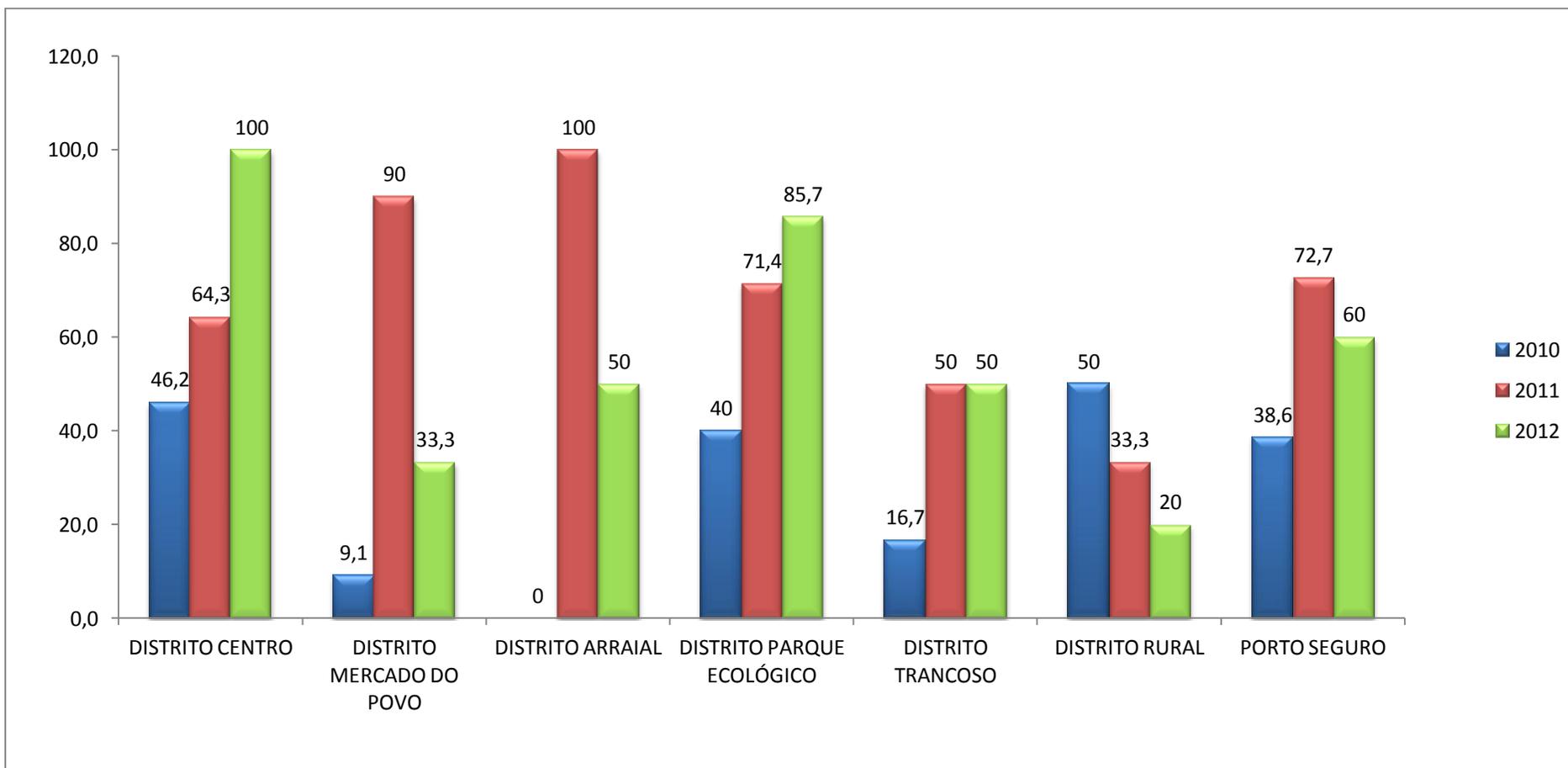
A atividade de controle de contatos também deve ser considerada uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população, e pode ser priorizada pelos programas de controle de TB (BRASIL, 2011).

No período de 2010 a 2012, o ano com a melhor proporção de contatos examinados foi 2011, com 54,6%. Entre os distritos sanitários, percebem-se resultados bem maiores que os encontrados para o município como o distrito Parque Ecológico que em 2010 tinha uma proporção de 82,9% enquanto que o município era 39,4%. O mesmo acontece no distrito do Arraial que em 2011 apresentou um resultado de 78,3% e Porto Seguro com 54,6%. Em 2012, o distrito com melhor resultado foi o Parque Ecológico com 68,4% de contatos examinados.



Fonte: SINAN municipal, 2014.

Gráfico 6 – Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose (todas as formas) por distrito sanitário no município de Porto Seguro, BA, no período de 2010 a 2012.



Fonte: SINAN municipal, 2014.

Gráfico 7 – Proporção de realização de testagem para HIV nos casos novos de tuberculose (todas as formas) por distrito sanitário no município de Porto Seguro, BA, no período de 2010 a 2012.

A realização do teste para HIV em todos os usuários com tuberculose é primordial para o controle da co-infecção TB/HIV. O teste rápido para HIV está implantado no Brasil desde 2005 (BRASIL, 2011) e em Porto Seguro, desde 2011 com todos os profissionais enfermeiros capacitados anualmente para realização do exame.

A realização do teste rápido é bastante simples. Além disso, reduz o tempo de espera para obtenção do resultado e não requer que o paciente retorne ao serviço de saúde para conhecer o seu estado sorológico (BRASIL, 2011). No Brasil, do total de casos novos de tuberculose diagnosticados em 2013, 59,2% realizaram o teste para o diagnóstico de HIV (BRASIL, 2014).

No município de Porto Seguro, a realização de testagem para HIV apresentou uma melhora no ano de 2011 com 72,7%, contudo, em 2012, já com os testes rápidos implantados, a proporção foi de 60%. Quando se compara os distritos sanitários, no período de 2010 a 2012, os distritos com melhores resultados foram o Rural com 50% em 2010, o Arraial com 100% em 2011 e o distrito Centro com 100% dos pacientes com tuberculose testados para HIV. A diminuição da proporção, em 2012, pode estar relacionada ao último ano da gestão política do município, no qual muitos profissionais foram desligados no meio do ano, dificultando inúmeras atividades da atenção primária, incluindo as ações de controle da tuberculose.

Apesar dos resultados não serem satisfatórios, a implantação dos testes rápidos para HIV em todas as unidades de saúde foi um grande avanço para o município. Espera-se que com as inúmeras capacitações que ocorreram e com o aprimoramento da técnica e a sensibilização dos profissionais quanto à importância da realização dos testes, os indicadores melhores para os próximos anos.

4.3 A acessibilidade organizacional e geográfica às ações de controle da tuberculose em duas unidades de saúde da família no município de Porto Seguro/BA.

4.3.1 Acessibilidade organizacional

A classificação do grau de acessibilidade às ações de controle da tuberculose se deu em nível intermediário para as duas unidades. A USF 1 foi classificada com 60% de acessibilidade, enquanto que a USF 2 com 54% do grau de acessibilidade (Quadro 4). Levando-se em consideração o conceito de acessibilidade utilizado no trabalho, entende-se com este resultado que as duas unidades necessitam de melhorias principalmente quanto à acessibilidade organizacional de forma a facilitar o contato entre usuários e serviços.

Caracterização da oferta de serviços

Na subdimensão caracterização da oferta de serviços, as duas unidades tiveram 60% do grau de acessibilidade com desempenho intermediário. O grande problema que levou as duas unidades a essa pontuação foi o horário de funcionamento, visto que ambas foram consideradas de nível insatisfatório, isto é, menos que oito horas diárias, pois atendem o público no período das oito às quinze horas ininterruptas, contabilizando sete horas diárias. Ainda, durante a observação sistemática, no período da tarde, compreendido das doze às quinze horas, nenhum médico compareceu ao serviço, saindo às onze horas, sem retorno (Quadro 4).

Esta pesquisa corrobora com as considerações de Marcolino *et al* (2009) o qual afirma que o horário de funcionamento das unidades pode dificultar o atendimento de trabalhadores. Os horários rígidos e limitados funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à atenção básica, especialmente em grandes cidades, em que parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia. Portanto, os serviços de saúde devem adotar medidas que facilitem o acesso do usuário e favoreçam o atendimento com presteza, o que certamente melhoraria e facilitaria a adesão do paciente ao tratamento.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a estratégia de saúde da família deve ter uma jornada de 40 horas devendo-se observar a necessidade de dedicação mínima dos profissionais de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família. Conforme decisão e prévia autorização do gestor podem ser dedicadas, até oito (08) horas do total da carga horária para prestação de serviços na Rede de Urgência e Emergência do município, ou para atividades de apoio matricial, qualificação e/ou educação permanente, como a especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, além das atividades na comunidade como palestras e visitas domiciliares.

Sendo que a Atenção Básica tem como fundamento possibilitar o acesso e a continuidade do cuidado, colocou-se como padrão dois turnos de quatro horas ininterruptos entendendo ser uma das melhores formas de facilitar o acesso dos usuários, contando que neste período os profissionais também poderão estar realizando atividades na comunidade.

O acolhimento dos usuários nas duas unidades foi referido como sendo a triagem administrativa, com aferição de sinais vitais realizada pelas técnicas de enfermagem na sala de procedimentos, mas não o acolhimento enquanto escuta qualificada com classificação de risco.

Para efetivação do acolhimento exige-se uma postura adequada de escuta qualificada e conhecimento do serviço local e das referências, para os encaminhamentos que se fizerem necessários (BRASIL, 2010). Nas unidades observadas, os profissionais que executavam a triagem, com base na queixa e nos sinais apresentados, faziam uma classificação de prioridades, além das exigidas por lei (gestantes e idosos) e isso era entendido pela equipe como acolhimento, demonstrando um desconhecimento sobre o assunto e a necessidade de reorganização do processo de trabalho com inclusão do acolhimento como forma de facilitar o acesso dos usuários, mas foi considerado favorável, tendo a classificação intermediária para este critério.

O acolhimento é uma das estratégias que podem ser utilizadas para melhorar a adesão do usuário com tuberculose como afirma Arcêncio *apud* Sánchez (2007), uma vez que o vínculo e o acolhimento manifestos nas relações de solidariedade, respeito e autonomia que se estabelecem entre a equipe de saúde e os doentes são fundamentais para adesão ao tratamento da tuberculose.

Quanto ao sistema de marcação de consultas permanente e marcação de consultas especializadas, as duas unidades tiveram bom desempenho, pois atendem por demanda espontânea, mas também por agenda organizada e prioridades, além de que o sintomático respiratório é atendido no dia da procura por demanda do ACS ou outros profissionais. Porém, apesar de durante as entrevistas os profissionais de nível superior terem comentado que há uma priorização no atendimento ao usuário tossidor, não foi identificada redução no tempo para o diagnóstico oportuno e, durante a observação sistemática, observou-se usuários suspeitos de serem sintomáticos respiratórios aguardando na sala de espera com todos os outros usuários. Vale ressaltar que as duas unidades possuem recepção ampla, com portas e janelas grandes, promovendo a circulação do ar ambiente.

Não foi observado e nem referido nas entrevistas um local específico para coleta de escarro. Nas unidades, no entanto, existe o serviço chamado pólo de marcação de consultas e exames especializados no qual os exames para tuberculose são priorizados e o tempo de marcação é inferior a 15 dias. Tal organização pode ser considerada como um avanço, pois, segundo Cunha e Silva (2010) e Pedraza (2014), os principais obstáculos encontrados para a acessibilidade aos serviços de saúde dizem respeito a problemas na estruturação do sistema de marcação de consulta, marcação de consulta por telefone e de referência aos serviços especializados. Uma das atribuições da Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 é garantir acesso aos serviços de forma adequada, regulando o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais por isso, entende-se que as unidades do estudo possuem sistemas que facilitem e garantem a acessibilidade às consultas e exames especializados para o diagnóstico e acompanhamento dos usuários com tuberculose.

Dimensões	Critérios	USF 1		USF 2		Pontuação máxima
		Pontos	Percentual (%)	Pontos	Percentual (%)	
	CARACTERIZAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS					
ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL	Horário de funcionamento das unidades	0	0***	0	0***	5
	Acolhimento dos usuários:	2	40**	2	40**	5
	Sistema de marcação de consultas permanente	5	100*	5	100*	5
	Marcação de consultas e exames especializados	5	100*	5	100*	5
	Subtotal (1)	12	60**	12	60**	20
	AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE					
	Solicitação da baciloscopia de escarro para diagnóstico	5	100*	5	100*	5
	Solicitação de baciloscopia de escarro para acompanhamento	2	40**	2	40**	5
	Realização de anti-HIV ou teste rápido para HIV	5	100*	5	100*	5
	Disponibilidade de medicamentos	5	100*	5	100*	5
Profissionais médicos e enfermeiros capacitados em diagnóstico precoce e tratamento	2	40**	5	100*	5	

	da tuberculose					
	Profissionais de nível médio e técnico capacitados na busca de sintomáticos respiratórios (ACS e recepcionista)	2	40**	0	0***	5
	Busca de sintomáticos respiratórios	5	100*	0	0***	10
	Realização de Busca de faltosos	5	50**	5	50**	10
	Realização de TDO	5	50**	0	0***	10
	Proporção de busca de faltosos	5	100*	5	100*	5
	Proporção de abandono	5	100*	0	0***	5
	Subtotal (2)	46	65,71**	32	45,71**	70
	SUBTOTAL (1 + 2)	58	64,44**	44	48,88**	90
ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA	Tempo de marcha	2	40**	5	100*	5
	Existência de transporte coletivo	0	0***	5	100*	5
	Subtotal (3)	2	20***	10	100*	10
	TOTAL (1 + 2 + 3)	60	60**	54	54**	100

* Satisfatório

** Intermediário

*** Insatisfatório

Quadro 4 – Resultado da matriz de julgamento da acessibilidade às ações de controle da Tuberculose.

Ações de controle da tuberculose

Na subdimensão ações de controle da tuberculose, a USF 1 teve um desempenho de 64,44% e a USF 2 com 45,71%, ambas classificadas como intermediária. A tuberculose ainda é um sério problema de Saúde Pública, demonstra relação direta com a pobreza e está associada à dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos (BRASIL, 2014). A tuberculose configura-se como uma das principais doenças a serem enfrentadas no Brasil e no mundo e ter uma avaliação de acessibilidade com resultado intermediário demonstra a necessidade de maior empenho por parte do gestor municipal nas questões relativas às ações de controle da tuberculose na Atenção Básica.

Os resultados demonstraram que em relação ao critério de solicitação de baciloscopias para diagnóstico, as duas unidades foram classificadas como satisfatórias, pois solicitam uma no momento da consulta e outra após. Contudo foi referido por todos os profissionais que existe uma dificuldade no encaminhamento do exame da USF I para o laboratório, pois a mesma fica a 40 km do centro da cidade e não existe transporte da Secretaria de Saúde para pegar as amostras. Como a coleta laboratorial acontece apenas na quinta-feira, todos os usuários devem levar suas amostras apenas neste dia, dificultando o acesso em tempo oportuno à coleta e aos resultados dos exames. Esta questão não foi levantada pelos profissionais da USF 2.

Quanto à solicitação de baciloscopia para acompanhamento, houve divergências nas respostas dos médicos e enfermeiros e também nos dados observados no Livro de Registro, pois enquanto o enfermeiro informou que solicita mensalmente e está registrado em prontuário, o médico informou que solicita a cada dois meses e no livro só há informação de resultados a cada dois meses. Entende-se que apesar da solicitação ser mensal, a coleta realizada pelo paciente ou o resultado só é entregue a cada dois meses. Desta forma, as duas unidades tiveram 40% de desempenho e foram consideradas intermediárias. A realização de baciloscopias mensais permite avaliar a eficácia do tratamento adotado. Quando positiva após o segundo mês de tratamento, deve-se solicitar a cultura para micobactéria e o teste de sensibilidade antimicrobiano (TSA) (BRASIL, 2014).

Destaca-se que nas duas unidades existiam os coletores universais para serem entregues aos usuários e que a não realização das baciloscopias pode mascarar um resultado final de alta por cura, devendo a equipe local rever seus procedimentos quanto ao acompanhamento dos usuários com tuberculose.

No critério realização de anti-HIV ou teste rápido para HIV, durante as entrevistas apenas um profissional enfermeiro referenciou que existe a necessidade de realização deste exame, contudo, na análise dos prontuários e do livro de registro, todos os usuários tinham registrado a realização do exame, seja anti-HIV ou teste rápido, daí as duas unidades terem 100% de desempenho, sendo classificadas como satisfatórias.

Destaca-se a importância da realização do teste rápido para HIV em 100% das pessoas com tuberculose, pois em pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) a tuberculose é a condição de maior impacto na mortalidade por AIDS e por tuberculose no país (BRASIL, 2013). É importante ressaltar que, em 2011, a taxa de co-infecção TB-HIV no Brasil foi de 9,9% e a de letalidade 6% – três vezes maior do que a observada na população geral (BRASIL, 2013).

Quanto à disponibilidade de medicamentos, tanto os trabalhadores quanto os usuários afirmaram que não há falta de medicamentos e nem dificuldades no acesso, com os dois critérios sendo dados como satisfatórios.

A maioria dos profissionais médicos e enfermeiros informou ter participado de alguma capacitação sobre tuberculose em sua formação profissional, seja no município atual ou em trabalhos anteriores. Apenas um médico da USF 1 informou nunca ter sido capacitado, por isso, nesta unidade, o grau de desempenho foi 40%, enquanto a USF 2 obteve 100%.

Quanto ao critério de profissionais de nível médio (ACS e recepcionistas) capacitados na busca de sintomáticos respiratórios, a USF I foi classificada como intermediária e a USF 2 como insatisfatória, pois os profissionais informaram nunca ter participado de capacitação. Vale ressaltar que os ACS da USF 1 referiram que os enfermeiros da equipe fazem reunião com o objetivo de discutir o tema da tuberculose, enfatizando questões como busca de sintomático respiratório e acompanhamento dos pacientes em tratamento. Tais reuniões ocorrem pelo menos uma vez por mês.

A busca de sintomáticos respiratórios foi referida por todos profissionais médicos e enfermeiros como sendo realizadas apenas entre os contatos intradomiciliares. Os ACS da USF 1 informaram que fazem a busca nas suas microáreas, mas não como rotina. O ACS da USF 2 não conhecia o termo “busca de sintomático respiratório” e, após esclarecimento, informou que fazia apenas entre os contatos ou quando solicitado pela enfermeira da equipe.

Segundo Pinto (2014), é imprescindível a contribuição do ACS na busca ativa da tuberculose e no acompanhamento do tratamento supervisionado, colaborando na redução dos índices dessa patologia na comunidade, pois ele atua como mediador entre o serviço de saúde e os usuários e entre os saberes médicos científicos e populares.

Ressalta-se que a busca de sintomático respiratório é uma estratégia recomendada internacionalmente e deve ser priorizada nos serviços de saúde, pois cerca de 90% dos casos de tuberculose são da forma pulmonar e, desses, 60% são bacilíferos (BRASIL, 2011). Considerou-se, então, que na USF 2 a estratégia não está ocorrendo de forma adequada, sendo classificada como insatisfatória. Já a USF 1 foi dada como satisfatória por ter esse serviço como prioridade na unidade.

Em se tratando da busca de faltosos, as duas unidades foram consideradas intermediárias porque apenas os ACS realizam a visita, contudo, todos os profissionais informaram da importância da busca do faltoso o mais rápido possível.

Em relação à realização do tratamento diretamente observado (TDO), nas duas USF não houve registro de informações nos livros ou prontuários, no entanto, os ACS na USF 1 informaram a realização dessa forma de tratamento em pacientes de maior vulnerabilidade ou por indicação do enfermeiro da equipe, e a unidade foi classificada como intermediária.

Em estudo realizado por Maciel (2008), o percentual de cura foi 99% entre os pacientes que escolheram fazer o esquema além da presença de redução do abandono, por ser essa uma modalidade terapêutica que identifica o problema no início, permitindo, assim, uma ação corretiva imediata. Yamamura (2014) afirma que a partir da proposta de investigar a participação da família no TDO, os resultados evidenciaram que a maioria dos familiares tem se envolvido com o tratamento e a reconhece como uma estratégia importante para a recuperação e reabilitação do doente.

Com essa ação, o profissional realiza a escuta solidária, identificando as necessidades manifestadas pelo doente e seus familiares, para, juntos, definirem melhores estratégias na perspectiva do tratamento da tuberculose, transformando assim, em um processo de corresponsabilização (YAMAMURA, 2014). Entretanto, para consolidação dessa ação são necessários capacitação e comprometimento dos profissionais envolvidos, pois a debilidade quantitativa e qualitativa dos profissionais nas equipes de atenção básica é uma barreira para a incorporação do TDO (Monroe *et al*, 2008).

Os dados do estudo realizado corroboram com as considerações de Nast (2014) de que a inclusão do tratamento supervisionado no conjunto de ações para o controle da tuberculose favorece uma maior aproximação ao cotidiano do usuário, melhorando as condições para adesão ao tratamento e para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

O TDO é uma estratégia que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento, reduzindo os casos de abandono e aumentando a possibilidade de cura e, com isso, levando a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos. Preconiza-se ser realizada em todos os casos de tuberculose, já que não é possível prever os casos de não adesão (BRASIL, 2011).

Foi referida nas entrevistas a realização da busca de todos os pacientes faltosos e no prontuário foi registrada a informação da realização da visita domiciliar, com as duas unidades sendo classificadas como satisfatória. Após análise dos dados da proporção de abandono, a USF 1, sem casos de abandono no período estudado, manteve-se classificada como satisfatória. Já a USF 2, com uma taxa de abandono de 17,64% (de 2010 a 2012, 17 casos e 3 abandonos), foi considerada insatisfatória.

Destaca-se que as visitas domiciliares possibilitam uma aproximação com a realidade vivida pelos pacientes e seus familiares, permitindo pensar em soluções que a comunidade pode oferecer contribuindo para melhorar o tratamento dos pacientes e a qualidade de vida dos familiares (PEREIRA *et al*, 2014).

Do ponto de vista do usuário, percebeu-se uma melhor avaliação da acessibilidade. Foram realizadas duas entrevistas com usuários em tratamento com questões sobre o atendimento e a forma de tratamento nas unidades. Os dois responderam que o atendimento foi rápido, que as unidades eram acolhedoras por terem uma recepção

ampla com bebedouros, com profissionais educados e atenciosos e que do momento da suspeita até a finalização do diagnóstico foi no máximo sete dias.

De acordo com Ministério da Saúde (2008), um ambiente confortável em uma UBS requer componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, entre eles: salas de espera amplas; recepção sem grades; espaços adaptados para as pessoas com deficiência; bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura; tratamento das áreas externas, incluindo jardins e ambientes de apoio.

Ressalta-se que um dos usuários era adolescente e quem respondeu às perguntas foi sua genitora. Ela referiu que ocorreu demora para o diagnóstico do filho, por ser um tipo de tuberculose difícil de encontrar (TB cutânea). Contudo, na USF, já com o diagnóstico de uma infectologista do SUS, o atendimento foi rápido e muito bom. Não houve demora na marcação da consulta e nem na entrega da medicação.

4.3.2 Acessibilidade geográfica

Nesta dimensão, as USFs tiveram desempenho diferente. A USF 1 foi considerada insatisfatória (20%), por não existir transporte coletivo na localidade que é rural. A USF 2 foi classificada como satisfatória, com transporte coletivo de fácil acesso que limitava o tempo de marcha no deslocamento entre a residência e a unidade de sete a quinze minutos. O tempo de marcha na USF 1 foi referido ser em torno de 30 minutos. A inexistência de transporte coletivo na zona rural é uma realidade percebida em várias localidades, com transporte do centro para o distrito, mas sem locomoção dentro da zona rural.

Segundo Cunha e Silva (2010), a estratégia de saúde da família, ao colocar as equipes próximas ao local de moradia, facilitou o acesso. Isso pode ser visto como fruto da estratégia de descentralização que, além da ampliação no número de unidades, obedece a critérios de territorialização para sua implantação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada revelou que o município apresentou uma cobertura de Atenção Básica de 91,73% (Departamento de Atenção Básica, MS, 2014), com todas as equipes com composição mínima de profissionais e as ações de controle da tuberculose inseridas no contexto de 100% das equipes de saúde da família. Apesar disso, não foram adequadamente resolvidos todos os obstáculos de acesso nas unidades estudadas.

Foram adotadas algumas medidas por parte da gestão como capacitação de todos os profissionais de nível superior, em 2013, e realizada supervisões nas unidades para garantia da realização das ações de controle da tuberculose, que resultaram em melhoria de alguns indicadores. Contudo, quando analisadas as características do atendimento nas unidades selecionadas o resultado alcançado foi intermediário.

Quando analisados os principais indicadores epidemiológicos e operacionais das ações de controle da tuberculose, percebe-se que a tuberculose no município de Porto Seguro apresenta-se com valores muito distantes do preconizado pelo Ministério da Saúde e ainda como um importante problema de saúde pública e, de acordo com as evidências apresentadas, tal fato pode estar relacionado às dificuldades de acessibilidade aos serviços evidenciados no estudo.

Os principais problemas relacionados à acessibilidade organizacional foram o horário de funcionamento das unidades e a não realização do acolhimento, desta forma, persistem problemas como filas de espera na porta da unidade.

Merece destaque às ações de controle da tuberculose que devem ser realizadas na Atenção Básica, mas não há uma compreensão desta importância por parte de alguns profissionais. O principal obstáculo foi o não reconhecimento da necessidade de realização de controle mensal do tratamento por meio das baciloscopias, pois é conhecido que a positividade no segundo mês de tratamento pode sugerir falência do tratamento ou resistência aos medicamentos.

Vale salientar que a maioria dos profissionais de nível superior informou ter participado de alguma capacitação sobre tuberculose, a mais recente em 2013, e mesmo em posse das informações, demonstraram pouco conhecimento quanto à importância das ações

de controle da tuberculose na Atenção Básica como a busca de sintomáticos respiratórios como rotina tanto na unidade quanto na comunidade.

Atenção especial deve ser dada aos ACS que em sua maioria demonstraram conhecer a doença e reconhecer a importância da busca de sintomático respiratório e do acompanhamento mais próximo deste usuário por meio do Tratamento Diretamente Observado. Também pode ser observado a inexistência de uma capacitação formal por meio da gestão para esses profissionais, o que seria de grande importância para o controle da tuberculose. Mas como avanço percebe-se que uma das unidades realiza a educação permanente em saúde com os ACS de sua área por meio de reuniões mensais e discussão da temática da tuberculose.

A acessibilidade geográfica, com desempenhos diferentes nas duas unidades, não demonstrou ser um obstáculo para realização do diagnóstico e tratamento da tuberculose, pois a unidade mais distante obteve um grau de acessibilidade melhor avaliado do que a unidade mais próxima do centro da cidade.

A participação dos Agentes Comunitários de Saúde nas ações de controle da tuberculose reflete em uma melhora significativa na adesão dos usuários, principalmente se estiver aliada ao Tratamento Diretamente Observado, estratégia já comprovada que ajuda na melhoria dos índices de cura e abandono (MOREIRA *et al*, 2013). Segundo Moreira *et al* (2013), o ACS possui o papel de articular os profissionais da saúde e a população, na medida em que são pessoas oriundas da comunidade. Assim, seria o elo entre o saber científico dos profissionais e o saber popular da comunidade, sendo eles próprios representantes deste saber popular.

Considerando-se a necessidade de uma melhor formação dos ACS objetivando uma maior autonomia e empoderamento dos saberes para alcance de mudanças nas suas práticas de saúde, recomenda-se um maior investimento nas ações de educação permanente voltadas a esses profissionais como forma de mantê-los preparados e atualizados frente às ações para o controle da tuberculose.

A Atenção Básica como porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde, pressupondo-se um contato próximo e vínculo com a população do território, deve possuir as condições de identificar sintomáticos respiratórios, fazer o diagnóstico da tuberculose e o tratamento com esquema básico (BRASIL, 2014).

Como limitações do estudo, citam-se o cargo exercido pela pesquisadora no município, funcionária efetiva há oito anos e conhecida por todos os profissionais entrevistados, que pode ter sido um fator de constrangimento do momento da realização das entrevistas; como também a recusa da participação de 02 usuários, um por envolvimento com tráfico de drogas e não querer exposição e outro por residir em área rural distante e de difícil acesso, sendo o contato apenas feito por telefone.

Devido à pesquisa ter se limitado a apenas duas unidades e quatro equipes de saúde da família, os resultados não demonstram a realidade quanto à acessibilidade de todo o município. Desta forma, sugere-se que, em futuras pesquisas, seja incluído um maior número de unidades e de informantes-chave (profissionais, usuários) para ampliar a capacidade de análise, bem como a aplicação simultânea desta metodologia em outros municípios na perspectiva de comparar os resultados e identificar as potencialidades e fragilidades experienciadas em diferentes cenários.

Recomenda-se que, antes de utilizar a matriz de julgamento para fins de novos estudos, a mesma deve ser analisada por uma banca de especialistas de forma a adequar os critérios às necessidades do cenário e da avaliação.

É importante acrescentar que a metodologia de avaliação deve ser empregada não apenas para monitorar as características organizacionais dos serviços de saúde, mas também as possíveis mudanças na atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. ARAKAWA, Tiemi *et al.* Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 19, n. 4, 2011.
2. BELO, Márcia Teresa Carreira Teixeira *et al.* Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro (RJ). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 36, n. 5, p. 621-625, 2010.
3. BERALDO, Aline Ale *et al.* Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto (SP). **Ciência e saúde coletiva** [online].v. 17, n. 11, p. 3079-3086. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. v. 44, n. 2, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para o manejo da co-infecção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose.** 2ª ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
11. BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
12. CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16, 2008.
13. CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.
14. DONABEDIAN A. **Los espacios de la salud:** aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México DF: Editora Biblioteca de la Salud; 1988.
15. GIOVANELLA, L *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14(3), p. 783-794, 2009.
16. GIOVANELLA L., FLEURY S. **Universalidade da Atenção à Saúde:** Acesso como Categoria de Análise. In: Eibenschutz Co, ed. Política de Saúde: o público e o privado, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
17. HARTZ, Z. M. de A., SILVA, L. M. V. da. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

18. LOUREIRO, Rafaela Borges *et al.* Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 19, n. 4, p. 1233-1244, 2014.
19. MACIEL, Ethel Leonor Noia *et al.* Tratamento supervisionado em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 34, n. 7, p. 506-513, 2008.
20. MONROE, Aline Aparecida *et al.* Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 42, p. 262-267, 2008.
21. MOREIRA, Janine *et al.* A educação permanente em saúde e sua relação com o empoderamento: reflexões a partir das agentes comunitárias de saúde. **Revista Teias**. v. 14, n. 34, 2013.
22. NAST, Karoline. **O cenário do tratamento supervisionado da tuberculose no município de Porto Alegre: ações e aproximações da promoção da saúde - 2014**. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem.
23. ORGANIZACIÓN PAN AMERICANA DE LA SALUD. **Extensión de la cobertura de servicios de salud com lãs estrategias de atención primaria y participación de la cumunidad**. Washington, D. C., 1978.
24. PEDRAZA, Dixis Figueroa. COSTA, Maria Gabriela Cavalcanti. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia de Saúde da Família. **Universidad de Murcia**. Espanha, n. 33, 2014.
25. PEREIRA, Sandra Souza *et al.* Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde e Transformação Social**. v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014.
26. PINTO, Erika Simone Galvão *et al.* O agente comunitário de saúde na detecção de casos de tuberculose. **Ciências e Cuidados de Saúde**. v. 13, n. 6, p. 519-526, 2014.

27. PONCE, Maria Amélia Zanon *et al.* Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online]. v. 29, n. 5, p. 945, 2013,
28. SAMICO, Isabella *et al.* **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
29. SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz. **O tratamento diretamente observado “DOTS” e a adesão ao tratamento da tuberculose: significados para os trabalhadores das unidades de saúde da região central do município de São Paulo**. São Paulo, 2007. 151 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
30. STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.
31. STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
32. THEME FILHA, Mariza Miranda *et al.* Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 20, p. 169-176, 2012.
33. TRAVASSOS C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, p. 190-198, 2004.
34. YAMAMURA, Mellina *et al.* Famílias e o tratamento diretamente observado da tuberculose: sentidos e perspectivas para produção do cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 35, n. 2, p. 60-66, 2014.

APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista - usuário

ROTEIRO DE ENTREVISTA - USUÁRIO

DATA DA ENTREVISTA:

NOME FANTASIA:

1. Você sabe os horários de funcionamento desta unidade?
2. Ela fica a que distância de sua casa? Quanto tempo leva andando? E de ônibus?
3. Quem marcou a consulta para você? Precisou pegar filas? Que horas chegou na unidade? Teve entrega de fichas?
4. Quanto tempo levou entre a marcação e o atendimento?
5. A unidade que frequenta tem um bom atendimento? (tem lugar para sentar, água para beber...).
6. Quando percebeu que estava doente? Quanto tempo levou entre você perceber que estava doente e a primeira consulta?
7. Algum profissional te ofereceu algum exame antes de dizerem que estava doente?
8. Durante o tratamento da tuberculose, você precisou de exames complementares? Como fez? Tinha medicamentos disponíveis?
9. Em algum momento precisou faltar à consulta? E algum profissional foi te visitar em casa?
10. Que sugere para melhorar o atendimento público e resolver seu problema de saúde?

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista – profissional de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÉDICO(A)/ENFERMEIRA(O)/RECEPCIONISTA/ACS

DATA DA ENTREVISTA:

NOME FANTASIA:

1. Quais os turnos de funcionamento da unidade? Existem filas na frente da unidade? Tem entrega de fichas?
2. Você tem conhecimento de como é feito o agendamento dos pacientes?
3. Quanto tempo o usuário demora na sala de espera? O que pode ser feito para reduzir esta espera?
4. Quanto tempo leva entre a marcação e a realização da consulta?
5. Você se envolve nas atividades de triagem, acolhimento em sala de espera?
6. E no caso de não haver condição de atender aqui na unidade como se dá o encaminhamento? E o retorno do paciente?
7. Como se dá o encaminhamento para exames complementares?
8. O que sugere para que seja facilitado o acesso da população aos serviços?
9. O que acha que dificulta o acesso da população aos serviços?
10. Em relação à tuberculose, como vocês buscam o sintomático respiratório? O que fazem quando ele é considerado sintomático? Existe alguma diferença no atendimento deste usuário?
11. Como é feito o diagnóstico? Quanto tempo demora entra a suspeita e o diagnóstico?
12. Há disponibilidade de medicamentos?
13. São oferecidos exames durante o tratamento?
14. Quando o portador de TB falta à consulta o que é feito?
15. Você já fez alguma capacitação em relação à tuberculose?

APÊNDICE 3 – Roteiro da observação sistemática

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1. Como é a chegada do usuário no serviço? Existem filas? São entregues fichas para o atendimento?
2. Existe alguma sala de espera para atendimento dos usuários?
3. Esta sala é acolhedora? Possui bebedouro, cadeiras, ventilador, é bem arejada?
4. Qual profissional que faz a recepção destes usuários?
5. Eles são bem atendidos? São chamados pelo nome?
6. Se não, por quê?
7. Algum profissional realiza o acolhimento destes profissionais?
8. Se sim, qual e como? Se não, por quê?
9. Como o usuário sai da sala após o acolhimento?
10. Existe uma priorização do atendimento devido ao acolhimento?

APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - usuários



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Projeto “Avaliação da acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em um município da Bahia”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo realizado no curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Epidemiologia em Serviços de Saúde.

Um dos objetivos deste estudo é caracterizar a acessibilidade organizacional e geográfica às ações de Controle da Tuberculose em duas unidades de saúde da família no município de Porto Seguro/BA.

A sua participação consiste em permitir a realização de uma entrevista com você para saber a sua opinião sobre o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Você não precisa se preocupar, pois tudo que você disser ficará em segredo. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

Essa pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e inclui apenas perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento conhecidos para você. Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Sua participação nessa pesquisa é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e responder apenas as perguntas que desejar.

Se o senhor vier sofrer alguma dificuldade em relação ao seu tratamento decorrente da sua participação nessa pesquisa, gostaríamos que contatasse com Jeane Araujo de Medeiros (jeanemedeiros2007@hotmail.com), telefone (73) 9168-5832.

Eu _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação no estudo “Avaliação da acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em um município da Bahia” e aceito nela participar.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

Data: / /

APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – profissionais de saúde



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Projeto “Avaliação da acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em um município da Bahia”

CARTA DE EXPLICAÇÃO

I - Convite para participar da pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo desenvolvido por uma mestranda do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. O sr(a) foi escolhido(a) por ser profissional de saúde [médico(a), enfermeiro(a), recepcionista ou agente comunitário de saúde] pertencente às equipes de Saúde da Família deste município.

II - Descrição da pesquisa e das principais questões

OBJETIVO GERAL: Avaliar a acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em um município da Bahia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a evolução da morbimortalidade por tuberculose no período de 2001 a 2012 no município de Porto Seguro/BA.
- Descrever os indicadores de resultado das ações de controle da tuberculose por distrito sanitário no município de Porto Seguro no período de 2010 a 2012.
- Caracterizar a acessibilidade organizacional e geográfica às ações de controle da tuberculose em duas unidades de saúde da família no município de Porto Seguro/BA.

A sua participação consiste em permitir a realização de uma entrevista com você para saber a sua opinião sobre o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose. Para tanto o nosso pesquisador irá entrevistá-lo e observará o desenvolvimento das atividades no interior da unidade.

III - Declaração de confidencialidade

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome ou cargo não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

IV - Benefícios, riscos e caráter voluntário

Essa pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e inclui apenas perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento conhecidos para você. Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

V - Em caso de algum problema

Se o senhor vier sofrer alguma dificuldade com o seu gestor decorrente da sua participação nessa pesquisa, gostaríamos que contatasse com Jeane Araujo de Medeiros (jeanemedeiros2007@hotmail.com), telefone (73) 9168-5832.

VI - Aceitação

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação no estudo “Avaliação da acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em um município da Bahia” e aceito nela participar.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

Data: / /

APÊNDICE 6 - Carta solicitação de autorização de uso de dados epidemiológicos e realização de entrevista à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro/BA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Prefeitura Municipal de Porto Seguro

Secretária de Saúde

Ilma. Sra.

Solicitamos de V.Sa. autorização para ter acesso aos dados epidemiológicos e realização de entrevistas, para elaboração de Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, área de Concentração Epidemiologia em Serviços de Saúde, realizado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade de Federal da Bahia, com o tema **“Avaliação da acessibilidade às ações de Controle da Tuberculose em um município da Bahia”**

Desde já agradecemos a colaboração e afirmamos o nosso compromisso com a privacidade, anonimato e confidencialidade das informações. Os resultados do estudo serão apresentados a essa Instituição após a conclusão e previamente à publicação dos mesmos. Seguem anexos o Projeto de Dissertação, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) e as especificações dos dados solicitados.

Atenciosamente,

Jeane Araujo de Medeiros

Mestranda

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha

Professora orientadora