



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 07, pp. 37555-37560, July, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19301.07.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO, BRASIL

*¹Tatyanne Maria Pereira de Oliveira, ²Joseneide Teixeira Câmara, ³Núbia e Silva Ribeiro, ⁴Beatriz Mourão Pereira, ⁵Chrislaynne Oliveira da Silva, ⁶Laisa dos Santos Medeiros, ⁷Jadielson da Silva Santos, ⁸Amanda Silva de Oliveira, ⁹Cleidiane Maria Sales de Brito, ¹⁰David Clarindo de Brito Neto, ¹¹Kamene Costa de Sousa and ¹²Luciano André Assunção Barros

¹Enfermeira, Mestranda em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil; ²Enfermeira, Doutora em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás – UFG, Professora Adjunta da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias-MA, Brasil; ³Enfermeira, Especialista em Saúde Pública com Habilitação em Docência do Ensino Superior pelo Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM, Caxias-MA, Brasil; ⁴Enfermeira, Mestre em Biodiversidade, Ambiente e Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Professora Substituta na Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Colinas-MA, Brasil; ⁵Enfermeira pelo Centro Universitário de Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias-MA, Brasil; ⁶Fisioterapeuta pelo Centro Universitário de Tecnologia do Maranhão – UniFacema, Caxias-MA, Brasil; ⁷Biomédico, Mestrando em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil; ⁸Enfermeira, especialista em Educação Profissional na Área de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil; ⁹Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí – UFPI, Professora Auxiliar da Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Teresina-PI, Brasil; ¹⁰Enfermeiro, especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Latino Americana de Educação – FLATED, Fortaleza-CE, Brasil; ¹¹Licenciada em Ciências Biológicas, Mestranda em Biodiversidade, Ambiente e Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias-MA, Brasil; ¹²Farmacêutico-Bioquímico, Doutor em Toxicologia e Genética, Professor do Curso de Enfermagem e Medicina da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA, Caxias-MA, Brasil.

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th April, 2020
Received in revised form
09th May, 2020
Accepted 14th June, 2020
Published online 24th July, 2020

Key Words:

Tuberculose,
Atenção Primária à Saúde,
Avaliação de Programas e
Projetos de Saúde.

*Corresponding author:

Tatyanne Maria Pereira de Oliveira

ABSTRACT

Introdução: A Tuberculose é uma doença antiga e nos dias atuais ainda se constitui como um problema de saúde pública de ampla magnitude e um desafio para o desenvolvimento de estratégias para o seu controle. **Objetivo:** Avaliar o grau implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município de Caxias, Maranhão. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo avaliativo do tipo caso único, com abordagem quantitativa e qualitativa. Realizou-se pesquisa documental, observação direta e entrevistas e a análise dos dados ocorreu a partir da matriz de análise e julgamento para classificação do grau de implantação. **Resultados:** Os contextos técnico e de efeito tiveram grau implantado, no entanto, verificou-se fatores interferentes na implantação e operacionalização do programa, como deficiência no diagnóstico precoce, avaliação de contatos e preenchimento dos registros específicos. **Conclusão:** O PCT é considerado implantando e sua execução é satisfatória, embora haja limitações. Assim, necessita-se de uma maior efetivação das ações de prevenção, diagnóstico e assistência para melhorar a efetividade da qualidade de atenção, diminuindo a incidência da doença e aumentando a taxa de cura.

Copyright © 2020, Tatyanne Maria Pereira de Oliveira et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Tatyanne Maria Pereira de Oliveira, Joseneide Teixeira Câmara, Núbia e Silva Ribeiro, Beatriz Mourão Pereira et al. "Avaliação da Implantação do programa de controle da tuberculose em um município do maranhão, brasil". *International Journal of Development Research*, 10, (07), 37555-37560.

INTRODUCTION

A Tuberculose (TB) é uma doença antiga e nos dias atuais ainda se constitui como um problema de saúde pública de ampla magnitude e um desafio para o desenvolvimento de

estratégias para o seu controle. Atualmente, o Brasil ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença em todo o mundo (Brasil, 2019). O Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), implantou o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que corresponde a um conjunto de

medidas, executadas através das esferas federal, estadual e municipal, que contempla estratégias e metas para elevar o número de detecção de casos novos e cura, diminuir o abandono do tratamento e os óbitos em decorrência da TB. Preconiza a descentralização das medidas de vigilância, prevenção e tratamento para a atenção básica, com a finalidade de aumentar o acesso da população, controlar e reduzir a incidência da doença (Brasil, 2019). Nesse contexto, é necessário avaliar as estruturas e os componentes estabelecidos pelo PNCT na implantação e operacionalização do programa em âmbito municipal, Programa de Controle da Tuberculose (PCT), uma vez que a avaliação proporciona verificar o alcance ou não dos objetivos propostos, identificar fatores que interferem e fragilizam na efetivação e execução das ações realizadas na atenção à saúde (prevenção, diagnóstico e assistência), permitindo ainda monitorar a situação epidemiológica para o controle da doença (Brasil, 2015). Estudos que avaliaram o PCT, no cenário brasileiro, evidenciaram a existência de inúmeros fatores que influenciam e comprometem o desenvolvimento e a efetividade do programa, contribuindo para manutenção endêmica da TB no país (Andrade *et al.*, 2017; Wysocki *et al.*, 2017; Heufemann; Gonçalves; Garleno, 2013; Gutierrez, 2012; Oliveira *et al.*, 2009). O Maranhão, encontra-se entre os 15 Estados de maior incidência de TB no Brasil e possui oito municípios prioritários para o PNCT. A cidade de Caxias é um desses municípios com alta carga bacilar de TB e priorizados para o fortalecimento das ações de controle a nível municipal por meio do PCT (Brasil, 2014). Desta forma, tornou-se indispensável a avaliação do programa, uma vez que a pesquisa possibilitará aos gestores e profissionais subsídios para otimizar as ações necessárias à execução do PCT melhorando a efetividade da qualidade da atenção no município. Além disso, poderá ser utilizada como ferramenta para pesquisas subsequentes, visto que existe uma carência de estudos avaliativos voltados para a implantação de PCTs e ações de controle da TB. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o grau de implantação do PCT no município de Caxias, Maranhão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo com abordagens quantitativa e qualitativa, do tipo caso único com unidade de análise o PCT no município de Caxias-MA no ano de 2015. O tipo caso único foi baseado em Yin (2010), no qual permite a análise de implantação de programas, evidenciando as dimensões por meio da compreensão sobre os aspectos individuais, organizacionais, sociais e políticos e a relação entre seus elementos na intervenção que interferem diretamente no desempenho do programa. Caxias, situa-se ao leste do Estado do Maranhão a 374 quilômetros da capital maranhense, São Luís. Segundo censo demográfico de 2010, ocupa uma área territorial de 5.150,667 Km e uma população de 155.129 habitantes (IBGE, 2012). A população estimada para o ano de 2015, era de 161.137 (IBGE, 2016). No referido ano, o sistema de saúde era composto de 54 equipes de Estratégia de Saúde e Família (ESF), concentradas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais 25 situavam-se na zona urbana e 11 na zona rural (Caxias, 2016). O desenho investigativo baseou-se no modelo de avaliação do PCT, desenvolvido por Gutierrez (2012). Neste estudo, foram analisados os contextos técnico e de efeito do programa no município. O Contexto Técnico abordou sobre o desenvolvimento das ações de atenção à

saúde, realizadas pelos profissionais da ESF, analisou-se as categorias: prevenção, diagnóstico e assistência. O Contexto de Efeito, referiu-se aos resultados da assistência sobre o tratamento da TB recebido pelo paciente, analisou-se a qualidade da atenção na perspectiva dos usuários sobre acessibilidade, prevenção dos contatos, diagnóstico e à assistência, além da análise dos resultados do tratamento por meio dos indicadores de cura, abandono e óbito por TB. Participaram da pesquisa 47 sujeitos, destes, o secretário municipal de saúde, a coordenadora do PCT, a coordenadora de Atenção Básica, 20 enfermeiros, 1 técnico de enfermagem, 7 agentes comunitários de saúde (ACS) e 16 pacientes do PCT. Utilizou-se dados primários e secundários, os primários ocorreram por meio de questionários semiestruturados, destes um específico aos gestores, outro aos profissionais e um direcionado aos pacientes. Os questionários dos profissionais foram autoperenchidos e aos usuários foi realizado uma entrevista.

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador nos serviços de saúde dos profissionais no horário de expediente, conforme estabelecido previamente e com os pacientes, ocorreu em suas residências mediante o agendamento feito pelos ACSs e conforme sua aceitação e disponibilidade de data e horário. Para os dados secundários, foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); normas e documentos do MS; registros das unidades de saúde: livros de registros e prontuários dos portadores de TB notificados no ano de 2015, para os prontuários e observação direta da unidade utilizou-se um roteiro de análise. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2015 a março de 2016. A avaliação do grau de implantação do programa foi operacionalizada com base na matriz de análise e julgamento adaptada de Gutierrez (2012), considerou-se os contextos, que foram subdivididos em categorias e estabelecidos por critérios, desta forma, cada critério apresentava a pontuação máxima esperada e ponto de corte, conforme a relevância do critério estudado. O contexto técnico recebeu o máximo de 290 pontos, subdivididas por subdivididos nas categorias de Prevenção (45), Diagnóstico (70) e Assistência (175). As categorias do contexto de efeito somaram 205 pontos, distribuídos entre a Qualidade da atenção (175) e Resultado do Tratamento (30).

A definição do grau de implantação se fundamentou no escore final, que foi obtido em cada um dos contextos analisados, determinado através da pontuação observada (Σ da pontuação observada em cada critério) e pontuação máxima esperada (Σ da pontuação esperada em cada critério), onde foi-se calculado o grau de implantação percentuais (Σ pontuação observada \div Σ pontuação esperada \times 100). A partir da pontuação dos contextos e suas dimensões foi possível determinar e avaliar o grau de implantação do PCT em Caxias, Maranhão, gerando a seguinte classificação: I - não implantado (\leq 25%); II - incipiente ($>$ 25% e \leq 50%), III - parcialmente implantado ($>$ 50% e \leq 75%); IV - implantado ($>$ 75% e \geq 100%). Os aspectos legais e éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram respeitados conforme preconizados na Resolução nº 466/2012 Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), sendo aprovado sob Parecer de nº 1.107.297 e aos sujeitos das pesquisas foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A avaliação do contexto técnico (Tabela 1), em Caxias, evidenciou que na categoria de prevenção, as atividades de comunicação em saúde são realizadas de forma parcial (50,0%) e os materiais educativos são entregues esporadicamente aos serviços (50,0%), também observou que o paciente é encaminhado para outro serviço para realizar a prova tuberculínica (50,0%). Destacaram-se como pontos fortalecidos a execução de busca ativa de casos e a visita domiciliar. A categoria diagnóstico, mostrou que, os sintomáticos respiratórios foram submetidos a baciloscopia de escarro em duas amostras para o diagnóstico, houve oferta de teste de HIV e exame de Raio X (100,0%). No entanto, evidenciou-se que a coleta de escarro é orientada para ser realizada em casa (50,0%) e que a UBS recebe as amostras em horários limitados (40,0%), além disso, o tempo de demora de recebimento dos resultados dos exames pelas unidades são semanais (50,0%). Quanto à categoria de assistência, os profissionais estão capacitados para atender a demanda, conhecem e utilizam o protocolo de normas do PNCT (100,0%). Destaca-se, ainda, que o tempo de espera entre o agendamento e a primeira consulta ocorre até uma semana e o diagnóstico é informado apenas pelo profissional médico ou enfermeiro durante a consulta, ressalta-se que os medicamentos estão regularmente disponíveis. Os problemas identificados foram a não separação dos medicamentos por doentes (0,0%), acompanhamento do Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado de forma semanal (60,0%), preenchimento do boletim de acompanhamento e o registro dos prontuários estão parcialmente adequados (50,0%) e com registro de até três consultas médicas durante o tratamento (20,0%).

O contexto de efeito (Tabela 2), na categoria de qualidade da atenção, a acessibilidade teve como fragilidade apenas o período de atendimento (50,0%), sendo o melhor eixo avaliado. A prevenção foi o eixo com menor desempenho avaliado dessa categoria, uma vez que grande parte dos contatos não são convocados e examinados. No diagnóstico, observou-se limitações acerca da demora de 1 a 2 meses do início dos sintomas até o diagnóstico (80,0%), falta de um local específico para as coletas de escarro (0,0%), o agendamento da consulta é feito por meio dos profissionais da UBS (10,0%), e que os pacientes esperam entre 30 a 60 minutos para a consulta com o médico (80,0%). As dúvidas e esclarecimentos não são realizados por todos os profissionais (40,0%), além disso, o acompanhamento do TDO é realizado de forma semanal (80,0%). A categoria de Resultado de Tratamento identificou como fator limitante a taxa de cura, apresentando 76,27%, que ainda se encontra abaixo do preconizado, no entanto, as taxas de abandono e óbito por TB, respectivamente 1,69% e 0%, estão conformes estabelecidos pelas normas regulatórias. O PCT, em Caxias, Maranhão, encontra-se implantado, com classificação de 80,6%. O contexto técnico obteve grau implantado, com 80,0%, no qual a categoria melhor avaliada foi a de Assistência (84,5%), enquanto a menor avaliação ocorreu na Prevenção (66,6%). O contexto de efeito foi avaliado como implantado apresentando 81,4%, as categorias de qualidade de atenção conforme a perspectiva dos usuários e a categoria Resultado e Tratamento de acordo com os indicadores foram bem avaliadas, respectivamente, com 79,4% e 93,3% (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O grau de implantação do PCT está influenciado por fatores contextuais, operacionais e estruturais, neste estudo foi observado aspectos que facilitam ou comprometem a implantação do programa nos contextos técnico e de efeito a nível municipal. A prevenção é um fator imprescindível para o controle da doença, os achados deste estudo evidenciaram como pontos desfavoráveis nesta categoria a falta de realização de atividades em saúde e a carência de materiais educativos, tais resultados convergem com os encontrados por Andrade *et al.* (2017), em Divinópolis (MG), que ao avaliar a implantação do PCT identificaram limitações acerca da execução de ações de comunicação em saúde o que prejudica as atividades de prevenção e de controle da doença. As buscas ativas de casos também se configuram como atividade importante para interromper a cadeia de transmissão, encontrou-se na pesquisa que é uma prática de rotina pelos profissionais no município, bem como as visitas domiciliares, no entanto, houve divergências na literatura, estudos evidenciaram escassez dessas ações (Andrade *et al.*, 2017; Gutiérrez, 2012). Outra pesquisa, ao avaliar o programa em Coari, Amazonas, verificou que embora as atividades de busca ativa sejam estabelecidas como atividade rotineira, apenas 30% dos profissionais responsáveis pela atividade relataram realizar em relação aos pacientes faltosos (Heufemann; Gonçalves; Garnelo, 2013).

Ressalta-se, também a importância das visitas domiciliares que correspondem a uma ação de vigilância e prevenção da TB, preconizada pelo MS, que permite aos profissionais da ESF, sejam eles enfermeiros, ACSs, médicos entre outros, verificar a realidade dos usuários do serviço, proporcionando a formação e fortalecimento de vínculo entre usuários x profissionais. Além disso, a mesma constitui como um relevante meio de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde tanto a nível individual como coletivo (Bezerra; Saito, 2010). Outra ação de prevenção que mostrou insuficiência foi a execução da prova tuberculínica, pois o município dispunha apenas de dois serviços que a realizam, além disso, os profissionais ressaltam deficiência de materiais. A prova tuberculínica é uma atividade bastante importante para o controle da TB, no entanto muitas vezes esse procedimento está comprometido devido ao não treinamento dos profissionais e/ou insuficiência de materiais necessários (Oliveira *et al.*, 2011). Embora, os profissionais das unidades tenham informado que realizam o registro e examinam todos os contatos dos doentes de TB, tal ação não foi observada durante a análise dos prontuários. Mesmo os registros e avaliação dos contatos serem ações preconizadas pelo PNCT muitos serviços não a executam. Essa realidade é comentada por estudos como o desenvolvido por Oliveira *et al.* (2009), que verificou que existe uma baixa taxa de contatos examinados comprometendo a assistência oferecida, requerendo assim o desenvolvimento de estratégias que dos pacientes e encaminhadas para as unidades em horário limitado, ressalta-se que quando o serviço de transporte entre unidades e laboratórios encontra-se indisponível, os pacientes são orientados a fazerem a entrega no laboratório. Nesse contexto, salienta-se que ao transportar aos pacientes o compromisso tanto de realizar a coleta em casa, bem como transportar até o local determinado, pode gerar uma amostra insuficiente e inadequada prejudicando no resultado do diagnóstico (Marcolino *et al.*, 2009).

Tabela 1- Matriz de análise e julgamento do Contexto de Técnico do Programa de Controle da Tuberculose no município de Caxias, Maranhão, Brasil, 2015.

Categoria/Critério	PME	PO	GI
Prevenção			
Realização periódica da busca ativa de casos	5	5	100,0
Realização de ações de prevenção – comunicação em saúde	10	5	50,0
Existência de agendamento para realização de visitas domiciliares	5	5	100,0
Realização de prova tuberculínica – PT	10	5	50,0
Realização e registro de exame de contato	5	5	100,0
Recebimento de material educativo	10	5	50,0
Total	45	30	66,6
Diagnóstico			
Sintomáticos respiratórios são submetidos a baciloscopia de escarro	5	5	100,0
Orientação sobre local para coleta do escarro para baciloscopia	10	5	50,0
Horário de recebimento da amostra de escarro	10	4	40,0
Oferta de exame baciloscópico para diagnóstico	10	10	100,0
Tabela 1. (cont.)			
Oferta de teste HIV	5	5	100,0
Existência de impresso específico para solicitação de baciloscopia de escarro	5	5	100,0
Frequência do transporte das amostras de escarro das unidades ao laboratório	10	10	100,0
Tempo de demora para recebimento de resultado de baciloscopia de escarro pelas UBS	10	5	50,0
Realização do exame Raio x tórax	5	5	100,0
Total	70	54	77,1
Assistência			
Tempo entre agendamento e a 1ª consulta	10	10	100,0
Como é informado o diagnóstico e tratamento ao doente de TB	10	10	100,0
Disponibilidade de medicamentos	5	5	100,0
Medicamentos são separados por doente	5	0	0,0
Profissionais capacitados para atender doente de TB	5	5	100,0
Tempo de espera do doente de tuberculose para ser atendido no dia da consulta	10	10	100,0
Duração da consulta	10	10	100,0
Tempo da consulta é suficiente para esclarecimento de dúvidas sobre a doença	10	10	100,0
Atendimento do doente de tuberculose ocorre pelo mesmo profissional	10	10	100,0
Realização de ações de controle da TB	10	10	100,0
Conhecimento sobre o protocolo de normas da TB	5	5	100,0
Utilização das normas do PNCT	5	5	100,0
Realização de busca dos doentes de TB em abandono de tratamento	5	5	100,0
Preenchimento do livro de sintomáticos respiratório	10	10	100,0
Preenchimento do boletim de acompanhamento	10	5	50,0
Oferecimento do Tratamento Diretamente Observado (TDO) aos doentes novos	5	5	100,0
Acompanhamento do TDO	10	6	60,0
Estado de conservação e arquivo dos prontuários	5	5	100,0
Registro dos prontuários	10	5	50,0
Constam os anexos essenciais ao tratamento de TB	5	5	100,0
Consultas médicas registradas	10	2	20,0
Consultas de enfermagem registradas	10	10	100,0
Total	175	148	84,5

PME – Pontuação Máxima Esperada; PO – Pontuação Observada; GI – Grau de Implantação. Fonte: Adaptado de Gutierrez, 2012.

Tabela 2 - Matriz de análise e julgamento do Contexto de Efeito do Programa de Controle da Tuberculose no município de Caxias, Maranhão, Brasil, 2015

Categoria/Critério	PME	PO	GI%
Qualidade de Atenção			
Eixo - Acessibilidade			
Consegue atendimento na UBS	10	10	100,0
Período de atendimento na UBS	10	5	50,0
Tempo que utiliza a UBS	10	10	100,0
Mudaria para outra UBS	5	5	100,0
Perde dia de trabalho para vir a UBS	5	5	100,0
Distância entre a residência do doente e a UBS é fator limitante	5	5	100,0
Total	45	40	88,8
Eixo Prevenção			
Contatos são convocados para exame	5	3	60,0
Contatos são examinados	5	2	40,0
Recebeu visita domiciliar	5	5	100,0
Total	15	10	66,0
Eixo - Diagnóstico			
Quanto tempo após início dos sintomas soube do diagnóstico	10	8	80,0
Oferecido teste HIV	5	5	100,0
Fez exame de escarro para diagnóstico	5	5	100,0
Quantas amostras de escarro para diagnóstico	10	10	100,0
Onde colheu as amostras de escarro para diagnóstico	5	0	0,0
Unidade forneceu coletor de escarro para diagnóstico	5	5	100,0
Total	40	33	82,5
Eixo - Assistência			
Tempo longo de espera para marcar consulta	10	10	100,0
Quem agenda consulta	10	1	10,0
Tempo de espera para consulta com o médico	10	8	80,0
Tempo de espera para consulta com enfermeiro	10	10	100,0
Dúvidas são tiradas com profissionais	10	4	40,0
Oferecido TDO	5	5	100,0
Como é o acompanhamento de TDO	10	8	80,0
Satisfação do usuário quanto ao atendimento do serviço	10	10	100,0
Total	75	56	74,6
Resultado de Tratamento			
Cura	10	8	80,0
Abandono	10	10	100,0
Óbito por TB	10	10	100,0
Total	30	28	93,3

PME – Pontuação Máxima Esperada; PO – Pontuação Observada; GI – Grau de Implantação. Fonte: Adaptado de Gutierrez, 2012.

Tabela 3. Grau de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose, segundo os contextos técnico e de efeito, no município de Caxias, Maranhão, Brasil, 2015

Contextos	PME	PO	GI %	Classificação do GI
Técnico	290	232	80,0	IV
Prevenção	45	30	66,6	III
Diagnóstico	70	54	77,1	IV
Assistência	175	148	84,5	IV
Efeito	205	167	81,4	IV
Qualidade da Atenção	175	139	79,4	IV
Resultado de Tratamento	30	28	93,3	IV
Total	480	389	80,6	IV

PME – Pontuação Máxima Esperada; PO – Pontuação Observada; GI – Grau de Implantação. III- Parcialmente Implantado; IV – Implantada. Fonte: Adaptado de Gutierrez, 2012.

Além disso, existe uma demora no recebimento dos resultados que levam em dias podendo chegar até uma semana. Desta forma, ressalta-se que este pode ser um fator limitante para o diagnóstico precoce, resultando no tratamento tardio da doença e na possibilidade de uma maior incidência na comunidade. Experiência desenvolvida com a finalidade de descrever o intervalo de tempo entre a identificação de sintomático respiratório, resultado do exame e o início do tratamento constatou que para os casos positivos o tempo decorrido para o resultado do exame foi de 2 a 2,5 dias e até o início do tratamento a mediana foi de 3 dias, o que está acima do tempo preconizado pelo MS que seria de 48 horas (Sidegumet *et al.*, 2015). A assistência aos pacientes com TB corresponde às diversas ações executadas que estejam direcionadas na proteção, reabilitação e tratamento visando o bem-estar dos pacientes, devendo ser pautadas em protocolos e normas preconizadas pela PNCT. Neste estudo, os profissionais afirmaram estarem capacitados para o atendimento e seguirem as normatizações estabelecidas, todavia, estes dados divergem da realidade, em relação a realização do TDO e deficiência nos registros e atualizações das informações necessárias para o monitoramento e avaliação das ações executadas. Dados similares sobre a deficiência no desenvolvimento da estratégia do TDO foram encontrados em outros estudos (Andrade *et al.*, 2017; Wysocki *et al.*, 2017; Heufemann; Gonçalves; Garnelo, 2013). O TDO consiste na modificação da tomada da medicação, que passa a ser observada diretamente e diariamente por um profissional desde o início do tratamento até a cura. Esta atividade foi criada com a finalidade de garantir a adesão dos pacientes ao tratamento e a prevenção de bactérias resistentes aos medicamentos, além de diminuir o abandono de casos e elevar a cura dos doentes (BRASIL, 2011).

Um estudo evidenciou que a estratégia TDO reduziu a taxa de abandono e foi importante para o sucesso do tratamento em comparação com aqueles que utilizaram a estratégia autoadministradas (Vieira; Ribeiro, 2008). Na avaliação do programa sob a perspectiva dos portadores da TB, em suma, houve similaridade nos critérios analisados entre pacientes e profissionais e verificou-se satisfação dos pacientes com os serviços. Entretanto, identificou-se fragilidade na acessibilidade relacionada ao período de atendimento das unidades, pois não há horário de funcionamento ampliado. A acessibilidade aos serviços de saúde aos portadores de TB exerce grande influência no diagnóstico e continuação do tratamento, uma vez que este fator pode facilitar ou dificultar na busca da assistência (Oliveira *et al.*, 2009). As ações relacionadas ao fácil acesso do paciente ao tratamento devem ser desenvolvidas para que o PCT alcance suas metas. Ao abordar sobre as atividades de prevenção ofertada aos contatos, esta

apresentou-se como parcialmente implantada, pois alguns portadores de TB relataram que apenas um contato da família foi convocado para realizar o exame, embora estes residissem com mais pessoas. Ao realizar a análise dos prontuários das unidades verificou-se que a maioria possui registro dos contatos, no qual contém informações sobre nome, idade, grau de parentesco, no entanto, destes poucos foram examinados conforme o registro que se tem nas fichas, tal ação discorda das informações descritas pelos profissionais de que todos os contatos foram examinados. Resultados similares foram encontrados de Oliveira e Natal (2007) e de Hartwig *et al.* (2008), que constataram problemas na proporção de contatos registrados e examinados, correspondendo abaixo do indicado pelo PCT.

Desta forma, torna-se de suma importância que os contatos dos doentes sejam avaliados a fim de prevenir este agravo e monitorar a vigilância de novos casos. Em relação ao diagnóstico, a demora entre 1 a 2 meses e a falta específica de um local para a coleta foi relatada entre os pacientes. O MS preconiza que o diagnóstico deve ocorrer a partir de pelo menos, duas amostras de escarros, sendo a primeira no momento da consulta e a segunda coletada no dia seguinte (Brasil, 2011). Uma pesquisa desenvolvida por Machado *et al.* (2011), observou que a mediana do tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 68 dias o que se caracteriza como diagnóstico tardio. Estudos corroboram que um dos fatores que agravam a problemática da tuberculose contribuindo para as altas incidências, transmissão e mortalidade é o diagnóstico tardio (Costa *et al.*, 2012; Machado *et al.*, 2011; Pinheiro *et al.*, 2012). A análise da taxa de cura esteve abaixo do estabelecido pelo PNCT, no entanto, as taxas de abandono e óbitos encontraram-se de acordo com o programa, similaridades sobre a taxa de cura foram encontradas por Heufemann, Gonçalves e Garnelo (2013) ao avaliar a implantação do PCT, no entanto houve divergências sobre os outros indicadores de efetividade do programa. Ressalta-se a importância de monitorar e realizar cada vez mais ações de controle da tuberculose com a finalidade de aumentar a taxa de cura melhorando o desempenho do programa e promovendo saúde para todos.

Conclusão

Esta pesquisa, permitiu avaliar o PCT no município de Caxias, Maranhão, nos contextos técnico e de efeito que compõe e interfere na operacionalização, pautada na percepção de profissionais, usuários e normas preconizadas pelo MS sobre as ações realizadas para a atenção ao agravo da TB. O contexto técnico está implantado (80,0%), no qual observou-se condições limitantes na realização da prevenção, diagnóstico e assistência destacando-se obstáculos em relação ao diagnóstico precoce, avaliação de contatos e preenchimento dos registros específicos. Quanto ao contexto de efeito este foi considerado implantado (81,4%), evidenciado pelos indicadores e satisfação dos usuários. O PCT no município de Caxias- MA é considerado implantado (80,6%) e sua execução é satisfatória, embora haja limitações que comprometem o desenvolvimento do programa, observou-se que as metas em relação as taxas de abandono e de óbito em decorrência da TB foram alcançadas. No entanto, torna-se necessário uma maior efetivação das ações de prevenção, diagnóstico e assistência, para melhorar a efetividade da qualidade de atenção, diminuindo a incidência da doença e aumentando a taxa de cura.

REFERÊNCIAS

- Andrade, HS, *et al.* 2017. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde debate.* 41spe, pp. 242-258.
- Bezerra, BBL., Saito, RXS 2010. Visita Domiciliária: lócus privilegiado para a construção de um projeto de promoção para a saúde bucal. In: Ohara, ECC., Saito, RXS Org.. *Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade.* 2. ed, São Paulo: Martinari, pp. 377-396.
- Brasil 2011. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: DF.
- Brasil 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais. Brasília: DF.
- Brasil 2015. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: DF.
- Brasil 2019. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, DF.
- Caxias 2016. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório de Gestão da Atenção Básica do Município de Caxias. Caxias, Maranhão.
- Costa, PV. *et al.* 2012. Demora no diagnóstico da tuberculose pulmonar em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil, 2009–2010. *Cad. Saúde Colet.* 202, pp.195-202.
- Gutiérrez, SE 2012. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010. Dissertação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Hartwig, SV. *et al.* 2008. Avaliação da vigilância de contatos de casos novos de tuberculose no Estado de Mato Grosso - Brasil. *J. bras. Pneumol.* 345, pp. 298-303.
- Heufemann, NEC., Gonçalves, MJF., Garnelo, ML 2013. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. *Acta Amazônica.* 431, pp. 33–42.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2012. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2016. Cidades. [s.l.:s.n.].
- Machado, ACFT. *et al.* 2011. Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro. *J. bras. pneumol.* 374, pp. 512-520.
- Marcolino, ABL. *et al.* 2009. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux - PB. *Rev. bras. epidemiol.* 122, pp. 144-157.
- Oliveira, LGD., Natal, S 2007. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. *RevBrasPneumolSanit.* 151, pp. 29–38.
- Oliveira, MF. *et al.* 2009. O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto – SP 2007. In: Villa, TCS., Ruffino Netto, A. *Tuberculose: pesquisas operacionais.* 1ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora.
- Oliveira, SAC. *et al.* 2009. Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 173, pp. 361-367.
- Oliveira, SMVL. *et al.* 2011. Teste tuberculínico: pesquisa operacional no Mato Grosso do Sul. *J. bras. pneumol.* 375, pp. 646-654.
- Pinheiro, PGOD. *et al.* 2012. Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios e o Diagnóstico Tardio da Tuberculose. *Rev Rene.* 133, pp. 578-81.
- Sidegum, DSV. *et al.* 2015. Avaliação do atendimento laboratorial a sintomáticos respiratórios para tuberculose que procuraram serviços de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 24, pp. 695-700.
- Vieira, AA., Ribeiro, AS 2008. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estratégias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, São Paulo, Brasil. *J. bras. pneumol.* 343, pp. 159-166.
- Wysocki, AD. *et al.* 2017. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Rev. bras. epidemiol.* 201, pp. 161-175.
- Yin, RK 2010. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 4. ed. São Paulo: Bookman.
