

Margareth Crisóstomo Portela^ISheyla Maria Lemos Lima^ICláudia Brito^IVanja Maria Bessa Ferreira^{II}Claudia Caminha Escosteguy^{III}Maurício Teixeira Leite de
Vasconcellos^{IV}

Programa de Controle da Tuberculose e satisfação dos usuários, Rio de Janeiro

Tuberculosis Control Program and patient satisfaction, Rio de Janeiro, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar fatores associados à satisfação de usuários do Programa de Controle de Tuberculose.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado com 295 pacientes ≥ 18 anos que tiveram duas ou mais consultas no Programa de Controle da Tuberculose em cinco municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, em 2010. Contemplando população estimada de 4.345 pacientes, o desenho da amostra incluiu 15 unidades com o programa, divididas em dois estratos: unidades da cidade do Rio de Janeiro, selecionadas com probabilidade proporcional à média de consultas mensais, e unidades dos outros quatro municípios, incluídas com certeza. Nas unidades, quatro conglomerados temporais com cinco pacientes cada foram selecionados com equiprobabilidade, totalizando 300 pacientes. Utilizou-se questionário que investigou variáveis clínicas e sociodemográficas dos usuários e aspectos dos serviços e do atendimento no programa relevantes na percepção de satisfação desses. Estatísticas descritivas e a satisfação com o programa foram obtidas e os efeitos dos fatores associados à satisfação foram estimados.

RESULTADOS: Predominaram pacientes do sexo masculino (57,7%), com média de 40,9 anos e baixa escolaridade. O tempo médio de tratamento foi 4,1 meses, majoritariamente do tipo autoadministrado (70,4%). Ainda, 25,8% já tinham realizado tratamento prévio de tuberculose. Houve elevado nível de satisfação, sobretudo com relação à provisão de medicamentos e respeito aos pacientes pelos profissionais de saúde. Mostraram-se mais insatisfeitos: pacientes mais jovens (≤ 30 anos), submetidos a tratamento autoadministrado e com nível superior. Sugestões de melhoria dos serviços incluíram aumento da quantidade de médicos (70,0%) e realização de exames no local do atendimento (55,1%).

CONCLUSÕES: A satisfação dos pacientes do Programa de Controle da Tuberculose mostrou-se, em termos gerais, elevada, mas é menor entre os mais jovens, aqueles com nível superior e aqueles submetidos ao tratamento autoadministrado. São necessárias mudanças estruturais e organizacionais no cuidado, e este estudo provê subsídios práticos para a sua melhoria.

DESCRITORES: Tuberculose. Antituberculosos, provisão & distribuição. Satisfação do Paciente. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Controle de Doenças Transmissíveis. Estudos Transversais.

^I Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e Defesa Civil. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{IV} Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Margareth C. Portela
Departamento de Administração e
Planejamento em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Sala 724
Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: mportela@ensp.fiocruz.br

Recebido: 23/2/2013

Aprovado: 3/2/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate factors associated with users' satisfaction in the Tuberculosis Control Program.

METHODS: A cross-sectional study of 295 patients aged ≥ 18 years, with two or more outpatient visits in the Tuberculosis Control Program, in five cities in the metropolitan region of Rio de Janeiro, RJ, Southeastern Brazil, in 2010. Considering an estimated population of 4,345 patients, the sampling plan included 15 health care units participating in the program, divided into two strata: units in Rio de Janeiro City, selected with probability proportional to the monthly average number of outpatient visits, and units in the other four cities. In the units, four temporal clusters of five patients each were selected with equal probability, totaling 300 patients. A questionnaire investigating the users' clinical and sociodemographic variables and aspects of care and service in the program relevant to user satisfaction was applied to the patients. Descriptive statistics about users and their satisfaction with the program were obtained, and the effects of factors associated with satisfaction were estimated.

RESULTS: Patients were predominantly males (57.7%), with a mean age of 40.9 and with low level of schooling. The mean treatment time was 4.1 months, mostly self-administered (70.4%). Additionally, 25.8% had previously been treated for tuberculosis. There was a high level of satisfaction, especially regarding medication provision, and respect to patients by the health professionals. Patients who were younger (≤ 30), those on self-administered treatment, and with graduate level, showed less satisfaction. Suggestions to improve the services include having more doctors (70.0%), and offering exams in the same place of attendance (55.1%).

CONCLUSIONS: Patient satisfaction with the Tuberculosis Control Program was generally high, although lower among younger patients, those with university education and those on self-administered treatment. The study indicates the need for changes to structural and organizational aspects of care, and provides practical support for its improvement.

DESCRIPTORS: Tuberculosis. Antitubercular Agents, supply & distribution. Patient Satisfaction. Program Evaluation. Communicable Disease Control. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Apesar de há décadas estar disponível tratamento altamente eficaz com reduções expressivas na carga da doença entre 1990 e 2010, a tuberculose (TB) ainda se constitui grave problema de saúde pública. Estimativas mundiais relativas a 2010 indicam 8,5-9,2 milhões de casos (aproximadamente 128 casos por 100.000 habitantes) e 1,2-1,5 milhão de mortes (incluindo mortes em pessoas infectadas com o HIV), sendo a tuberculose a segunda causa de morte, entre as doenças infecciosas.¹⁷ Na agenda global, esforços têm sido empreendidos e metas estabelecidas para a redução da doença, destacando-se a Estratégia Pare Tuberculose (*Stop TB Strategy*), que inclui seis componentes: expansão e fortalecimento do tratamento diretamente observado

(*directed-observed treatment strategy* – DOTS); enfrentamento dos desafios colocados pela tuberculose multirresistente e coepidemia – TB-HIV; fortalecimento dos sistemas de saúde; comprometimento dos provedores de cuidados de saúde no cuidado e controle da tuberculose; aumento do poder de pessoas com TB e comunidades através de parcerias; e investimento na pesquisa e desenvolvimento de novas formas de diagnóstico, medicamentos e vacinas.¹⁷

Atualmente, o Brasil ocupa a 19ª posição na lista dos 22 países responsáveis por 81,0% dos casos de tuberculose no mundo¹⁷ e coloca a doença na sua agenda estratégica, registrando reduções, entre 2001 e 2011,

nas taxas de incidência (42,8 para 36,0/100 mil hab.) e mortalidade (3,1 para 2,4/100 mil hab.).⁸ Em 2010, o País detectou 88,0% dos casos estimados, superando a meta de 70,0% proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁸ Entretanto, o percentual de cura observado, pouco superior a 70,0%, ainda é bem inferior à meta de 85,0% preconizada. A tuberculose constituiu-se na terceira causa de morte por doença infecciosa e na primeira causa de morte de pacientes com Aids. Observa-se ainda o aumento de casos de tuberculose multidrogarresistente (TB-MDR), entre 2008 e 2010, de 365 para 605 casos notificados. Essa situação representa um desafio para o enfrentamento da doença, uma vez que tais casos frequentemente referem-se a indivíduos com história de abandono prévio de tratamento, exigem tratamento por tempo prolongado, com drogas mais fortes e de maiores efeitos colaterais, e associam-se a resultados mais desfavoráveis.⁹

O estado do Rio de Janeiro apresentou a segunda maior taxa de incidência e a maior taxa de mortalidade por tuberculose no Brasil em 2011. Foram notificados 9.273 casos novos, correspondendo a uma taxa de incidência de 57,6 em 100.000 habitantes, e 889 óbitos, correspondendo à taxa de mortalidade de 5,6 em 100.000 habitantes, mais do que o dobro da taxa nacional.⁸

Diante do baixo nível de cura da tuberculose ainda registrado no Brasil, a adesão ao tratamento pelos pacientes coloca-se como um desafio, apontando a importância de se avaliar a satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido e identificar barreiras que levam ao abandono do tratamento.

Há compreensão de que a satisfação traduz-se na convergência entre as expectativas prévias e a percepção do cuidado que os pacientes têm dos serviços recebidos,^{4,10,15} podendo ser destacados os desejos de prontidão na oferta do cuidado, tratamento cordial e respeitoso pelos profissionais de saúde, acurácia do diagnóstico e esperança em bom prognóstico, continuidade e coordenação do cuidado, não incidência de despesas, onerando o orçamento pessoal e, por fim, cuidado médico de qualidade técnica.^{2,16} Adicionalmente, são também valorizadas pelos pacientes a estrutura física e organizacional dos serviços, a disponibilidade de recursos humanos e insumos, bem como a provisão de informações claras sobre a doença, o tratamento e, quando pertinente, a lógica de funcionamento do programa de cuidado.^{3,16}

Independentemente da variabilidade de conceitos e métodos empregados, os estudos de avaliação da satisfação de usuários de serviços de saúde tendem, predominantemente, a produzir um efeito de “elevação” das taxas de satisfação, que se mostram altas, mesmo quando as expectativas sobre os serviços são negativas.³ Se, por um lado, tal fato tem acarretado questionamentos quanto

à validade dos estudos, por outro, tem levado a especulações, contemplando, e.g., o acesso aos serviços em si ou o estabelecimento de vínculos com profissionais de saúde como fatores explicativos da satisfação indicada.^{3,7} A elevada satisfação observada também desperta questionamentos sobre possíveis gradientes na aparente homogeneidade da avaliação realizada.

A satisfação de pacientes com tuberculose em relação ao tratamento recebido tem sido alvo de alguns estudos,^{1,7,10} sendo os achados nacionais descritivos consonantes com a tendência de observação de elevada satisfação. Ainda que tais estudos nacionais sugiram explicações ou aspectos que influenciam a satisfação dos usuários, eles são restritos a contextos específicos, não se baseiam em amostras probabilísticas e carecem de abordagens analíticas capazes de diferenciar níveis de satisfação.

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores associados à satisfação de usuários de programa de controle de tuberculose.

MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal, tendo como população de pesquisa o conjunto dos usuários ≥ 18 anos, com pelo menos duas consultas no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), atendidos nos municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São João de Meriti e São Gonçalo, todos com elevada incidência da doença e, no conjunto, responsáveis por 86,0% dos novos casos de tuberculose da região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, em 2009.

A população de pesquisa, acessível por meio das unidades de saúde que atendem ao PCT, foi dimensionada em termos do total de consultas mensais do PCT nos referidos municípios, estimada em 4.345, conforme levantamento realizado em 2009, que permitiu selecionar a amostra e determinar as probabilidades de inclusão. Pressupondo uma consulta mensal por paciente no PCT, as estimativas sobre aquelas realizadas foram consideradas como *proxy* dos pacientes atendidos.

Para tanto, a população de pesquisa foi dividida em dois estratos geográficos: o município do Rio de Janeiro e o conjunto dos quatro demais municípios. Como este último estrato tinha apenas cinco unidades de saúde, todas foram incluídas com certeza na amostra, o que significa que cada unidade de saúde é um estrato de seleção. No estrato geográfico da capital, as unidades de saúde foram selecionadas com probabilidade proporcional a sua média de consultas por mês e, portanto, são unidades primárias de amostragem.

Nas unidades de saúde incluídas na amostra foram selecionados, com equiprobabilidade, conglomerados

⁹ Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Programa de controle de tuberculose. Informe epidemiológico. Rio de Janeiro; 2011.

temporais definidos por “dia-turno” de atendimento, se havia apenas um médico no “dia-turno”, ou por “dia-turno-médico”, se havia mais de um médico no “dia-turno”, pressupondo-se a marcação de aproximadamente o mesmo número de pacientes por médico, turno e dia. Assim, os conglomerados temporais foram as unidades secundárias de amostragem no estrato geográfico da capital e as unidades primárias de amostragem no outro estrato. Nos referidos conglomerados temporais, os pacientes também foram selecionados com equiprobabilidade.

O tamanho total da amostra foi calculado em 300 pacientes, com base na variância máxima de uma proporção, a fim de produzir estimativas com erro máximo de 5,66% para um nível de significância de 5% ou com erro máximo de 4,75% para um nível de significância de 10%.^b Para determinar o tamanho da amostra de conglomerados temporais e unidades de saúde, foram fixados os seguintes parâmetros: (i) cinco pacientes por conglomerado temporal; e (ii) quatro conglomerados temporais por unidade de saúde. Dessa forma, a amostra ficou com 20 pacientes por unidade de saúde de 15 unidades de saúde. Como o segundo estrato geográfico tinha cinco unidades de saúde incluídas na amostra, o estrato geográfico da capital ficou com uma amostra de dez unidades de saúde.

A seleção dos cinco pacientes em cada conglomerado temporal foi sistemática e feita em campo, tomando por base a relação de pacientes marcados e o início aleatório predefinido por unidade de saúde e conglomerado temporal. Por fim, o peso amostral foi calculado pelo inverso das probabilidades de inclusão em cada estágio da amostra.

Trata-se, portanto, de um desenho de amostra complexo com estratificação e conglomeração, selecionada, na capital, em três estágios (unidade de saúde, conglomerado temporal e paciente) e, no conjunto dos demais municípios, em dois estágios (conglomerado temporal e paciente).

As variáveis de estrato de seleção (estrato geográfico da capital ou unidade de saúde nos demais municípios) e de unidade primária de seleção (unidade de saúde na capital, e conglomerado temporal nos demais municípios) foram usadas juntamente com o peso amostral para produzir as estimativas de variância pelo método do conglomerado primário,¹¹ usando os procedimentos *surveyfreq*, *surveymeans*, *surveyreg* e *surveylogistic* do SAS versão 9.1.

A amostra final foi 295 pacientes, visto que uma unidade de saúde selecionada na capital tinha apenas três turnos de consulta a pacientes do PCT por semana.

Não houve perdas na seleção dos pacientes e as poucas recusas foram substituídas pelo paciente seguinte na ordem de marcação das consultas no conglomerado temporal selecionado.

Foi elaborado e aplicado questionário semiestruturado aos usuários selecionados por meio de entrevista individual, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário investigou variáveis clínicas e sociodemográficas dos usuários e aspectos dos serviços e do atendimento no PCT, relevantes sob o ponto de vista da percepção de satisfação dos usuários, e incorporou questões simples, amplamente validadas em estudos de satisfação de usuários, de elevada relevância no contexto do tratamento da tuberculose.¹ No início do trabalho de campo, procedeu-se à aplicação de alguns questionários com a perspectiva de “piloto”, visando detectar quaisquer problemas de entendimento para realizar ajustes no instrumento. As entrevistas para aplicação dos questionários foram realizadas por pesquisadores treinados e ocorreram nos centros de saúde de tratamento dos usuários, no período de fevereiro a julho de 2010, antes ou após o atendimento médico. A escolha dos usuários a serem entrevistados respeitou o desenho amostral.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Protocolo 125/2009) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio Janeiro (Protocolo 10/2010), respectivamente, em 9/12/2009 e 1/2/2010.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição das consultas mensais de tuberculose segundo variáveis demográficas e clínicas dos usuários. Do total de consultas, 57,7% foram pacientes do sexo masculino e a idade média foi de 40,9 e erro padrão de 0,7 ano, variando entre 18 e 78 anos. Quanto à escolaridade, quase 40,0% corresponderam a indivíduos sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto. Em relação ao tempo de tratamento no PCT no momento da entrevista, observou-se variação entre 1,0 e 24,0 meses, com média de 4,1 meses e erro padrão de 0,2 mês. Do conjunto total, 25,8% das consultas foram de pacientes que já tinham realizado tratamento para tuberculose em momento anterior, dos quais 32,0% não concluíram o tratamento prévio. Os pacientes que relataram tratamento prévio para tuberculose sem conclusão deste foram indagados, em pergunta aberta, sobre a motivação para esse abandono. Entre os motivos relatados, foram observados a crença de cura antes da finalização do tratamento, desconhecimento sobre a gravidade da doença, deficiências operacionais de manter o tratamento

^b Se $p = (1-p) = 0,05$ então $n = \frac{P(1-P) \times z_{\alpha/2}^2}{d^2} = \frac{0,25 \times z_{\alpha/2}^2}{d^2}$ ou $n = \frac{z_{\alpha/2}^2}{4d^2}$

Tabela 1. Distribuição das consultas mensais de tuberculose por características sociodemográficas e clínicas dos pacientes. Região Metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, 2010. (N = 4.345)

Variável	n	%	EP
Idade (em anos completos) ^a	40,9 (EP = 0,7); Mín = 18; Máx = 78		
Sexo			
Feminino	1.839	42,3	3,2
Masculino	2.506	57,7	3,2
Escolaridade			
Analfabeto	165	3,8	1,0
Sabe ler e escrever	237	5,5	1,8
Ensino básico incompleto (primário)	1.312	30,2	2,9
Ensino básico completo (ginasial, 1º grau)	1.144	26,3	2,0
Ensino médio (2º grau, técnico)	1.274	29,3	3,7
Ensino superior	213	4,9	2,0
Tempo de tratamento (meses) ^a	4,1 (EP = 0,2); Mín = 1,0; Máx = 24,0		
Tratamento anterior para tuberculose			
Não	3.210	73,9	3,7
Sim	1.120	25,8	3,7
Sem informação	15	0,3	0,3
Conclusão do tratamento anterior (N = 1.120)			
Não	359	32,0	5,4
Sim	709	63,4	5,9
Sem informação	52	4,6	2,7
Tipo de tratamento atual			
Autoadministrado	3.059	70,4	7,5
DOTS	1.286	29,6	7,5

EP: Erro padrão da estimativa; DOTS: *Directed-observed treatment strategy* (tratamento diretamente observado).

^a Valores expressos em média, erro padrão, mínimo e máximo.

por um período longo, incluindo dificuldades de acesso aos serviços de saúde e efeitos colaterais dos remédios.

A Tabela 2 apresenta a percepção da satisfação dos usuários do PCT e indica, de modo geral, alto grau de satisfação dos pacientes em relação às dimensões abordadas.

Aspectos da assistência com maiores índices de satisfação, considerando o somatório das categorias “ótimo” e “bom”, por ordem decrescente, foram: fornecimento de medicamento pela unidade; respeito por parte dos profissionais; esclarecimento sobre a doença e tratamento na primeira consulta; oportunidade dada pelo profissional para fazer perguntas e esclarecer dúvidas; forma de administração dos medicamentos do tratamento; disponibilidade do médico durante a consulta; e privacidade durante o atendimento. Esses aspectos obtiveram índice maior de 89,0% no somatório das respostas “ótimo” e “bom”.

Tempo de espera para consulta marcada, condições de limpeza da unidade e disponibilidade para realização de exames na unidade foram citados em mais de 50,0% das

avaliações nas categorias “ótimo” e “bom”, mas estiveram associados a mais respostas indicadoras de insatisfação.

A Tabela 3 apresenta as sugestões de melhoria dos serviços por parte dos pacientes, que se mostram consistentes com os resultados apresentados na Tabela 2. O aumento do quantitativo de médicos, marcação de consultas com hora pré-definida e a realização de exames no mesmo lugar do atendimento proporcionariam maior prontidão e eficiência ao processo do cuidado, enquanto a melhora do conforto e da limpeza da unidade responderiam expectativas acerca de condições estruturais básicas para serviços de saúde.

Houve predominância do tratamento autoadministrado, com seis das 15 unidades oferecendo exclusivamente esse tipo de tratamento e somente uma com uso exclusivo do tratamento supervisionado (DOTS). Em termos globais, estimou-se que 70,4% dos pacientes sob tratamento de tuberculose nas unidades básicas de saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro receberam tratamento na modalidade autoadministrada, contra 29,6% na modalidade DOTS.

Tabela 2. Distribuição das consultas mensais de tuberculose por grau de satisfação dos pacientes. Região Metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, 2010. (N = 4.345)

Variável	n	%	EP
Satisfação geral ^a	9,2 (EP = 0,2); Mín = 2,0; Máx = 11,0		
Esclarecimentos sobre a doença e tratamento na primeira consulta			
Ótimo	1.589	36,6	3,9
Bom	2.416	55,6	4,2
Regular	232	5,3	1,6
Ruim	58	1,3	0,8
Péssimo	50	1,2	0,4
Oportunidade para perguntas/dúvidas			
Ótimo	1.372	31,6	3,8
Bom	2.600	59,8	3,9
Regular	264	6,1	1,3
Ruim	59	1,4	0,6
Péssimo	50	1,1	0,5
Fornecimento de medicamentos pela unidade			
Ótimo	2.208	50,8	4,3
Bom	1.929	44,4	4,3
Regular	124	2,9	1,2
Ruim	27	0,6	0,4
Péssimo	48	1,1	0,7
Sem informação	9	0,2	0,2
Forma de administração dos medicamentos de seu tratamento			
Ótimo	1.519	35,0	3,9
Bom	2.405	55,3	4,3
Regular	225	5,2	1,4
Ruim	104	2,4	1,0
Péssimo	79	1,8	0,9
Sem informação	13	0,3	0,3
Privacidade durante o atendimento			
Ótimo	1.562	36,0	4,7
Bom	2.307	53,1	5,5
Regular	290	6,7	1,8
Ruim	76	1,7	0,7
Péssimo	83	1,9	0,9
Sem informação	27	0,6	0,4
Facilidade de marcação da primeira consulta			
Ótimo	1.725	39,7	5,1
Bom	1.914	44,1	5,4
Regular	423	9,7	3,0
Ruim	171	3,9	1,4
Péssimo	112	2,6	1,1
Tempo de espera para consulta marcada			
Ótimo	679	15,6	3,4
Bom	1.821	42,0	5,1
Regular	1.023	23,5	4,3
Ruim	467	10,7	2,2
Péssimo	318	7,3	1,9
Sem informação	37	0,9	0,6

Continua

Continuação

Condições de limpeza da unidade			
Ótimo	546	12,6	3,0
Bom	2.211	50,9	4,1
Regular	917	21,1	3,1
Ruim	287	6,6	1,7
Péssimo	370	8,5	1,5
Sem informação	14	0,3	0,3
Respeito por parte dos profissionais			
Ótimo	1.882	43,3	4,2
Bom	2.214	51,0	4,3
Regular	157	3,6	1,3
Ruim	66	1,5	0,8
Péssimo	26	0,6	0,4
Disponibilidade do médico durante a consulta			
Ótimo	1.764	40,6	4,7
Bom	2.154	49,6	5,2
Regular	248	5,7	1,7
Ruim	86	2,0	0,7
Péssimo	93	2,1	1,2
Disponibilidade para realização de exames na unidade			
Ótimo	784	18,0	3,2
Bom	2.242	51,6	4,6
Regular	605	14,0	2,5
Ruim	441	10,2	2,5
Péssimo	228	5,2	1,4
Sem informação	45	1,0	0,5

EP: Erro padrão da estimativa

^a Valor expresso em média, erro padrão, mínimo e máximo.

No que concerne à distribuição de pacientes pelas modalidades de tratamento (autoadministrado *versus* DOTS), não foram identificadas associações estatisticamente significantes com a realização de tratamento anterior

de tuberculose, sexo ou escolaridade. Por outro lado, não houve diferença entre a satisfação de pacientes sob tratamento autoadministrado e sob DOTS em relação à modalidade de tratamento especificamente.

Tabela 3. Distribuição das consultas mensais de tuberculose por sugestão de melhoria dos serviços. Região Metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, 2010. (N = 4.345)

Sugestão para melhoria do serviço	n	%	EP
Aumento do número de médicos	3.040	70,0	3,3
Aumento do número de enfermeiros	1.744	40,1	5,3
Ampliação do horário de funcionamento	1.626	37,4	5,3
Consulta com hora marcada	2.244	51,6	4,7
Ajuda para transporte	1.971	45,4	5,2
Incremento na segurança na unidade	1.065	24,5	4,9
Exames no mesmo lugar do atendimento	2.394	55,1	5,5
Redução do número de remédios	892	20,5	3,6
Melhoria no conforto da unidade	2.328	53,6	5,8
Melhoria na limpeza da unidade	2.268	52,2	6,7

EP: Erro padrão da estimativa

A Tabela 4 apresenta análises bivariadas cruzando a variável dicotômica definida em termos da diferenciação de pacientes mais e menos satisfeitos, considerando, respectivamente, nove ou mais e menos de nove respostas “ótimo” ou “bom”, entre os 11 itens avaliados (Tabela 2), e potenciais variáveis explicativas da variação na sua ocorrência. O nível de satisfação dos pacientes não se mostrou associado à variável indicadora de tratamento de tuberculose anterior, nem a sexo. Associações do nível de satisfação foram observadas com: idade – menor satisfação entre pacientes com até 30 anos; escolaridade – maior satisfação entre pacientes analfabetos ou que sabiam ler e escrever, mas sem escolaridade formal, e menor satisfação entre pacientes com nível superior de escolaridade; e modalidade de tratamento – maior satisfação entre pacientes sob DOTS.

A Tabela 5 ratifica resultados da Tabela 4, indicando que as chances de pacientes nas faixas etárias 31-40, 41-50, 51-60 e > 60 anos estarem entre os mais satisfeitos *versus* estarem entre os menos satisfeitos são, respectivamente, 2,3, 5,3, 4,5 e 4,1 vezes maiores do que aquelas observadas entre os pacientes entre 18 e 30

anos. Considerando a escolaridade, tendo como referência pacientes com até ensino fundamental, registrou-se tendência ($p = 0,0853$) de pacientes de nível médio terem mais chances ($OR = 2,1$) e, com significância estatística ($p = 0,0314$), de pacientes com nível superior terem menores chances ($OR = 0,3$) de estarem entre os mais satisfeitos. As chances de os pacientes sob tratamento supervisionado estarem entre os mais satisfeitos foram 1,9 vez aquelas observadas entre os pacientes no esquema autoadministrado.

DISCUSSÃO

De modo geral, a avaliação da satisfação dos usuários do PCT foi alta e poucas sugestões de melhoria do cuidado tiveram indicação mais expressiva, o que vai ao encontro da ideia de um efeito de “elevação” de taxas de satisfação medidas, independentemente da variabilidade de conceitos e métodos empregados.^{3,5,7,10}

Aspectos relativos à dimensão de comportamento interpessoal (respeito por parte dos profissionais, esclarecimento sobre a doença e tratamento, oportunidade dada pelo profissional para fazer perguntas e tirar

Tabela 4. Análises bivariadas entre grau de satisfação e características sociodemográficas e clínicas. Região Metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, 2010.

Variável	Mais satisfeito			Menos satisfeito			χ^2 (p)
	n	%	EP	n	%	EP	
Tratamento anterior para tuberculose							0,2739
Não	2.202	68,3	4,4	1.023	31,7	4,4	
Sim	850	75,9	5,6	270	24,1	5,6	
Sexo							0,6779
Feminino	1.267	68,9	4,7	572	31,1	4,7	
Masculino	1.785	71,2	4,5	721	28,8	4,5	
Idade (anos)							0,0025
18 a 30	672	53,3	6,8	589	46,7	5,8	
31 a 40	600	66,6	5,9	301	33,4	5,9	
41 a 50	853	83,5	4,6	169	16,5	4,6	
51 a 60	627	80,8	7,4	149	19,2	7,4	
61 a 70	235	78,6	8,4	64	21,4	8,4	
> 70	65	75,8	20,6	21	24,2	20,6	
Escolaridade							0,0086
Analfabeto/Sabe ler e escrever	338	84,1	8,3	64	15,9	8,3	
Ensino fundamental incompleto (primário)	912	69,5	4,1	400	30,5	4,1	
Ensino fundamental completo (ginásial, 1º grau)	776	67,9	6,9	368	32,1	6,9	
Ensino médio (2º grau, técnico)	968	76,0	5,3	306	24,0	5,3	
Ensino superior	58	27,4	9,8	155	72,6	9,8	
Tipo de tratamento							0,0253
Autoadministrado	2.036	66,6	4,3	1.023	33,4	4,3	
Supervisionado (DOTS)	1.016	79,0	4,6	270	21,0	4,6	

EP: Erro padrão da estimativa; DOTS: *Directed-observed treatment strategy* (tratamento diretamente observado)

Tabela 5. Análise de regressão logística dos fatores associados à satisfação mais elevada. Região Metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, 2010.

Variável	Intercepto	Erro padrão	p	Odds ratio	
				Estimativa	IC95%
Idade (ref: 18 a 30 anos)	-0,33	0,41	0,4233		
31-40 anos	0,84	0,41	0,0415	2,33	1,03;5,24
41-50 anos	1,66	0,46	0,0003	5,26	2,15;12,87
51-60 anos	1,51	0,59	0,0105	4,51	1,42;14,31
> 60 anos	1,42	0,65	0,0291	4,14	1,16;14,83
Escolaridade (ref: até nível fundamental)					
Nível médio	0,73	0,43	0,0853	2,08	0,9;4,8
Nível superior	-1,33	0,62	0,0314	0,27	0,08;0,89
Tipo de tratamento (ref: autoadministrado)					
Supervisionado - DOTS	0,64	0,32	0,0440	1,90	1,02;3,55

DOTS: *Directed-observed treatment strategy* (tratamento diretamente observado)

Percentual concordante: 68,5; c = 0,719.

dúvidas) foram considerados altamente satisfatórios,^{3,16} o que coincide com resultados de estudo em uma unidade de saúde de Itaboraí, município também localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, onde foram observadas boas avaliações sobre a confiança, disponibilidade e orientações da equipe de saúde.⁷ Contudo, pacientes em retratamento alegaram parte dessas razões para o abandono prévio do tratamento, revelando a existência de experiências negativas e disruptivas na referida dimensão.

As dimensões acessibilidade/conveniência (tempo de espera para consulta marcada, facilidade de marcação da primeira consulta), ambiente físico (condições de conforto e limpeza da unidade) e disponibilidade de recursos (disponibilidade para realização de exames na unidade) tiveram menores índices de satisfação. A não disponibilidade de exames como fator de insatisfação coincide, de certa forma, com resultado apresentado por Palha et al,¹⁰ constituindo-se em problema que necessita ser enfrentado no âmbito da atenção à tuberculose, independentemente de se basear no Programa de Saúde da Família ou em unidades ambulatoriais de referência.^{9,13} O acesso é um atributo bastante valorizado pelos usuários dos serviços públicos de saúde, que, especialmente em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, não dispõem de alternativas de atenção aos seus problemas de saúde.

Não foi identificada associação de nível de satisfação com tratamento anterior de tuberculose, nem tempo de tratamento e sexo, diferentemente de um estudo desenvolvido em Uganda, que encontrou maior satisfação entre pacientes há mais tempo em tratamento e entre mulheres.¹ Adicionalmente, observou-se que pacientes mais jovens e com nível superior de instrução reportaram menor satisfação, o que talvez possa ser relacionado a um padrão de exigência maior, e, surpreendentemente,

que a satisfação é maior entre pacientes com nível médio de instrução do que entre pacientes que não chegaram ao nível médio.

A satisfação geral foi maior entre os pacientes sob DOTS, o que sugere a possibilidade de maior adesão ao tratamento com o seu uso. Isso pode indicar também que outros aspectos organizacionais relacionados à oferta de DOTS proporcionam efeito positivo sobre a satisfação. Tal achado é consistente com o de outros estudos que associam o uso do DOTS ao de outras estratégias que melhoram a estrutura e processo do cuidado à tuberculose, bem como melhores resultados,^{5,14} reforçando a importância de incrementar a política e estratégias recomendadas internacionalmente para tratamento da tuberculose.

Alguns aspectos metodológicos podem ter influenciado os achados do presente estudo. A baixa adesão à sugestão de “menos remédio” pode ter sido resultante do receio de não receber todos os medicamentos necessários para o tratamento por economia de recursos. Além disso, a baixa valorização de subsídio para transporte pode ser atribuída ao baixo número de pacientes na modalidade de tratamento DOTS, que pressupõe a ida à unidade de saúde para tomar o medicamento.

Os pacientes que estavam em retratamento, cerca de 1/4 dos entrevistados, alegaram que o abandono ocorrido deveu-se à crença de cura antes da finalização do tratamento, ao desconhecimento sobre a gravidade da doença e às dificuldades operacionais de manter o tratamento por um período longo, incluindo dificuldades de acesso aos serviços de saúde e efeitos colaterais dos remédios. Tais resultados assemelham-se aos encontrados em estudo de Kaona et al,⁶ realizado em Ndola, Zâmbia, que identificou fatores que contribuíram para a não adesão ao tratamento de pacientes com

tuberculose, com base em inquérito de base domiciliar conduzido em seis áreas selecionadas aleatoriamente, incluindo 400 pacientes recrutados, de 726 pacientes em tratamento nos seis meses antecedentes. Os resultados aqui apresentados relativos à região metropolitana do Rio de Janeiro ratificam uma tendência de maior incidência da tuberculose entre homens relativamente jovens (média de aproximadamente 41 anos) e de escolaridade baixa, conforme outros estudos realizados em municípios brasileiros.^{7,10}

Entretanto, mais de 70,0% dos tratamentos ainda foram pela forma autoadministrada, o que é incongruente com as recomendações para o tratamento da tuberculose. O DOTS é preconizado como principal estratégia de tratamento, em especial nos casos de retratamento, os quais correspondem a pouco mais de 25,0% dos pacientes no presente estudo. Tal resultado é um contraponto ao estudo de Palha et al,¹⁰ em que predominaram pacientes em tratamento supervisionado, ainda que com necessidades de adequações às especificidades contextuais dos pacientes, a saber: considerar o custo do transporte, a relevância da proximidade do serviço e o tempo de deslocamento.

Sublinha-se, por fim, certa dificuldade na identificação de trabalhos na literatura que oferecessem parâmetros de comparação compatíveis para os resultados aqui encontrados, o que sugere a necessidade de realização de mais estudos de satisfação em relação à assistência à tuberculose em contextos menos localizados e com base em métodos científicos mais rigorosos.

Estudos de satisfação de usuários em serviços públicos podem aproximar esses serviços das necessidades, percepções e expectativas dos usuários,¹⁵ ainda que por muito tempo os serviços de saúde tenham se mantido distantes da possibilidade de avaliação pelos usuários, sob alegação de que esses seriam desprovidos de conhecimento técnico e, portanto, despreparados para avaliação.¹² Do presente estudo apreende-se que a necessidade de melhorias no âmbito estrutural (limpeza, conforto, disponibilidade de exames na unidade, aumento do número de médicos) e organizacional do cuidado (diminuição do tempo de espera para consulta marcada) devem ser consideradas, o que também se constitui em subsídio prático para o aprimoramento do PCT com vistas ao aumento da sua efetividade.

REFERÊNCIAS

- Babikako HM, Neuhauser D, Katamba A, Mupere E. Patient satisfaction, feasibility and reliability of satisfaction questionnaire among patients with pulmonary tuberculosis in urban Uganda: a cross-sectional study. *Health Res Policy Syst.* 2011;9:6. DOI:10.1186/1478-4505-9-6
- Detsky AS. What patients really want from health care. *JAMA.* 2011;306(22):2500-1. DOI:10.1001/jama.2011.1819
- Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cienc Saude Coletiva.* 2005;10(Suppl):303-12. DOI:10.1590/S1413-81232005000500031
- Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica.* 2006;22(6):1267-76. DOI:10.1590/S0102-311X2006000600016
- Ferreira VMB, Brito C, Portela MC, Escosteguy CC, Lima SML. DOTS in primary care units in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):40-8. DOI:10.1590/S0034-89102010005000055
- Kaona FAD, Tuba M, Siziya S, Sikaona L. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health.* 2004;4:68. DOI:10.1186/1471-2458-4-68
- Lafaiate RS, Motta MCS, Villa TCS. Satisfação dos usuários no programa de controle de tuberculose de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011;19(3):508-14. DOI:10.1590/S0104-11692011000300009
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial Tuberculose. *Bol Epidemiol.* 2012;43:1-12
- Motta MC, Villa TC, Golub J, Kritski AL, Ruffino-Netto A, Silva DF, et al. Access to tuberculosis diagnosis in Itaboraí City, Rio de Janeiro, Brazil: the patient's point of view. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13(9):1137-41
- Palha PF, Silva LMC, Wysocki AD, Andrade RLP, Protti ST, Scatena LM, Villa TCS. Acesso aos serviços de atenção à tuberculose: análise da satisfação dos doentes. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(2):342-8. DOI:10.1590/S0080-62342012000200011
- Pessoa D, Silva PLN. Análise de dados amostrais complexos. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística; 1998.
- Santos SR, Lacerda MCN. Fatores de satisfação e insatisfação entre os pacientes assistidos pelo SUS. *Rev Bras Enfermagem.* 1999;52(1):43-53.
- Scatena LM, Villa TC, Ruffino Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TM, Vendramini SH, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnoses in Brazilian municipalities. *Rev Saude Publica.* 2009;43(3):389-97. DOI:10.1590/S0034-89102009005000022
- Thiam S, LeFevre AM, Hane F, Ndiaye A, Ba F, Fielding KL, et al. Effectiveness of Strategy to improve adherence to Tuberculosis treatment in a resource-poor setting: a cluster randomized controlled trial. *JAMA.* 2007; 297(4):380-5. DOI:10.1001/jama.297.4.380
- Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.

- Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):599-613.
DOI:10.1590/S1413-81232005000300017
16. Ware Jr JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):247-63.
DOI:10.1016/0149-7189(83)90005-8
17. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: WHO Report 2011. Geneva; 2011.

Trabalho subvencionado pelo Fundo Global por contrato com a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC), Processo ENSP-039-LIV-08.

Trabalho apresentado na ISQua's 29th International Conference, Genebra, Suíça, em 2012.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

DESTAQUES

O objetivo do estudo foi conhecer a satisfação dos usuários do Programa de Controle de Tuberculose, identificando fatores associados à variação no nível de satisfação e sugestões para a melhoria do cuidado prestado.

Apesar de reduções nas taxas de incidência e mortalidade da doença e do aumento da capacidade de detecção de casos nos últimos anos, o percentual de cura observado ainda é bem inferior à meta de 85,0% preconizada. A tuberculose constitui-se, no País, na terceira causa de morte por doença infecciosa e na primeira de morte de pacientes com aids. Frente ao baixo nível de cura ainda registrado, a adesão ao tratamento pelos pacientes coloca-se como um desafio, apontando a importância de se avaliar a satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido e identificar barreiras que levam ao abandono do tratamento.

O tempo médio de tratamento foi 4,1 meses, majoritariamente do tipo autoadministrado (70,4%). Ainda, 25,8% já tinham realizado tratamento prévio de tuberculose. Houve elevado nível de satisfação, sobretudo com relação à provisão de medicamentos e respeito aos pacientes pelos profissionais de saúde. Mostraram-se mais insatisfeitos: pacientes mais jovens (≤ 30 anos), submetidos a tratamento autoadministrado e com nível superior.

O aumento do quantitativo de médicos, marcação de consultas com hora pré-definida e a realização de exames no mesmo lugar do atendimento proporcionariam maior prontidão e eficiência ao processo do cuidado, enquanto a melhoria do conforto e da limpeza da unidade responderiam às expectativas acerca de condições estruturais básicas para serviços de saúde.

Prof^ª. Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica / Scientific Editor