

**Barriers faced by
indigenous and non-
indigenous patients
of Tuberculosis
during treatment**

**Barreiras enfrentadas por doentes
de Tuberculose indígenas e não
indígenas no tratamento**

ABSTRACT | Introduction: *Accessibility is a relevant dimension in studies assessing the performance and quality of health care services. Objective:* This study aims at analyzing access to tuberculosis treatment for indigenous and non-indigenous people. **Methods:** 109 patients were interviewed between 2009-2011 in accordance with the Primary Care Assessment Tool (PCAT), which was adapted to better assess tuberculosis care in Brazil. Accessibility to treatment was categorized into organizational, economical and geographical dimensions, and then analyzed according to the Kruskal Wallis Test. **Results:** 1) Organizational Dimension: availability of transport vouchers and food parcels was deemed unsatisfactory for both groups, HIV/AIDS tests were insufficient for the indigenous people, and the amount of home visits was unsatisfactory for the non-indigenous. 2) Economical Dimension: indigenous people spend more money on transport than the other group. 3) Geographical Dimension: the distance from their dwellings to Tuberculosis/HIV Reference Centers hinders the treatment for the indigenous population. **Conclusion:** The most significant barrier found for both populations is the indirect cost of treatment.

Keywords | Tuberculosis; Indigenous Population; Health Services Accessibility.

RESUMO | Introdução: A acessibilidade representa dimensão relevante nos estudos sobre a avaliação do desempenho de serviços de saúde e da qualidade da atenção. **Objetivo:** Analisar a acessibilidade dos pacientes indígena e não indígenas ao tratamento de tuberculose (TB). **Métodos:** Entrevistas com 109 pacientes de TB foram realizados entre 2009-2011, utilizando o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), adaptado para a atenção a Tuberculose no Brasil. A acessibilidade foi categorizada em dimensões: organizacional, geográfica e econômica. A análise foi realizada pelo teste Kruskal Wallis. **Resultados:** Na dimensão organizacional o oferecimento de vale-transporte e cesta básica, foi avaliado como insatisfatório, gerando custos indiretos aos doentes. Baixa oferta de teste para HIV/AIDS aos indígenas e número insuficientes de visitas domiciliar aos não indígenas. Na acessibilidade econômica, os não indígenas tendem a gastar mais dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde. Na dimensão geográfica, a distância entre o Centro de Referência de TB/HIV e os domicílios dos doentes indígenas é uma barreira ao tratamento. **Conclusão:** A barreira mais importante no acesso foram os custos indiretos, que ocorreram nas duas populações.

Palavras-chave | Tuberculose; População Indígena; Acesso aos Serviços de Saúde.

¹Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados/MS, Brasil.

²Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados/MS, Fundação Oswaldo Cruz. Campo Grande/ MS, Brasil.

³Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

A tuberculose (TB) é um problema de saúde mundial. O Brasil têm umas das maiores incidências de tuberculose, com uma taxa de 43 casos por 100 mil habitantes em 2010¹. Na América Latina, os estudos mostram uma alta incidência de tuberculose em populações indígenas, superior ao da população geral^{1,2,4,5,6}.

Dourados foi intencionalmente selecionada devido à sua situação epidemiológica e operacional da tuberculose, e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) considera o município prioritário para o controle da doença, que inclui na cidade, a maior população indígena do Estado de Mato Grosso do Sul, com uma alta incidência de TB.

Antes de 2000, o tratamento da TB para os doentes indígenas tinha como único recurso à hospitalização por vários meses. A taxa de abandono era de 20% e a taxa de incidência chegava a 700 casos por 100 mil habitantes^{7,8}. Um estudo retrospectivo, sobre desempenho dos serviços de saúde, realizado por Croda et al.⁹ na mesma região, entre o período de 2002 a 2008, mostraram um uma considerável redução na taxa de abandono para 2% e na taxa de incidência para 230 casos por 100 mil habitantes. Embora a redução seja considerável, a taxa de incidência permanece alta para esta população.

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância das dimensões organizacionais e de desempenho dos Serviços de Saúde (SS), afirmando que o problema não reside na detecção ou tratamento de TB, mas na forma

como os serviços de saúde estão organizados para detectar e tratar casos de TB¹⁰. A acessibilidade constitui elemento importante para explicar as variações no uso de serviços de saúde, e representa dimensão relevante nos estudos sobre a avaliação do desempenho de serviços de saúde e da qualidade da atenção¹¹. Por ora, a acessibilidade ao tratamento de TB não se restringe apenas a obtenção dos medicamentos, exames e diagnósticos gratuitos e acessíveis, mas sim, a todos os mecanismos e tecnologias que viabilizem a continuidade do seu tratamento.

Com intuito de conhecer as diferenças existentes entre os serviços de saúde indígenas e não indígenas no controle da TB em Dourados, foi proposto um estudo transversal, utilizando uma ferramenta padronizada no Brasil para atenção à tuberculose que viabiliza apreciar as variáveis da acessibilidade categorizadas entre organizacional, econômica e geográfica.

MÉTODOS |

O estudo integrou um projeto mais amplo denominada “Avaliação dos serviços de saúde indígenas e não indígenas no controle da tuberculose no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil”. Trata-se de um estudo avaliativo, de recorte quantitativo. De acordo com o referencial teórico utilizado, a dimensão acessibilidade foi categorizada em acessibilidade organizacional, econômica e geográfica¹². De acordo com essas categorias, foram construídos os indicadores, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Indicadores construídos a partir do instrumento aplicado.

Categoria		Indicadores
Acessibilidade Organizacional	Representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização serviços de saúde, como demora na obtenção de consulta, dificuldades na marcação de consultas. A garantia de continuidade da atenção também integra essa dimensão	Consulta médica no prazo de 1 dia.
		Espera média por consulta médica de retorno maior que 1 hora.
		Disponibilidade do profissional de saúde para atendê-lo.
		Recebimento de visita domiciliar durante o tratamento.
		É atendido pelos mesmos profissionais?
		Oferecimento de vale-transporte.
		Oferece consulta todo mês.
		Oferecimento de cesta básica.
		Teste de sorologia HIV.

* Continua

* Conclusão

Categoria		Indicadores
Acessibilidade Econômica	Inclui consumo de tempo, energia e recursos financeiros para obtenção de assistência, prejuízos por perda do dia de trabalho, custos com o tratamento.	Perda do dia de trabalho ou compromissos devido à consulta médica de TB.
		Despesa pelo transporte até a unidade de saúde.
Acessibilidade Geográfica	Relacionada à distância média entre a população e os serviços de saúde e pelos motivos que levam os indivíduos a procurar determinado serviço de saúde em determinado local	Realização do tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima de casa.

A população do estudo foi composta por 109 doentes de TB, indígenas (etnia Guarani- Kaiowá) e não indígenas, que foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), durante o período de 01 de junho de 2009 a 31 de julho de 2011, no município de Dourados, MS. Foram excluídos a população carcerária e pacientes que tiveram mudança de diagnóstico. Foram consideradas perdas no estudo aqueles que evoluíram a óbito ou abandonaram o tratamento antes da entrevista.

Nesse município, apresenta dois tipos de serviços de saúde que são organizados para atender pacientes indígenas e não indígenas com tuberculose. O serviço de saúde que atende a população indígena é a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), configura em sua organização: Unidades Básicas de Saúde (UBS), estrategicamente localizadas em reservas indígenas e o Hospital da Missão. Para a população em geral o serviço é ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde que dispõem de UBS e UBSF, serviços especializados e o Hospital Universitário.

O diagnóstico da TB é realizado por baciloscopia, cultura, e os raios-X¹³. A UBS oferece potes para os indígenas para coletar escarro e encaminha o doente para o Hospital da Missão, que está equipado para fornecer exames bacteriológicos e o raio-X. Os exames bacteriológicos dos doentes não indígenas são realizados pelo laboratório da Secretaria Municipal de Saúde, e os doentes são encaminhados aos serviços especializados/ ou hospital universitário para a realização de Raios-X.

O paciente com tuberculose não indígena recebe tratamento auto-administrado no município ou TDO (Tratamento Diretamente Observado) no ambiente de Atenção Primária de Saúde. Para os indígenas, o TDO é supervisionado pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) durante os seis meses do tratamento conforme o PNCT¹³.

Realizaram-se entrevistas com os indivíduos, por meio da aplicação do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida¹⁴, por meio da sua aplicação no município de Petrópolis/RJ. Também adaptado e validado por Villa e Ruffino Netto¹⁵ em Riberão Preto/SP, para avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose no Brasil. Contém questões sobre cada dimensão essencial da Atenção Primária à Saúde - APS (porta de entrada, acesso, vínculo, coordenação, enfoque na família, elenco de serviços).

Para análise da acessibilidade ao tratamento, foram consideradas questões apresentadas nas dimensões acesso e elenco de serviços.

O entrevistado ou seu representante legal respondeu cada pergunta do formulário segundo a escala de Likert, com valor entre um e cinco, variando entre: Nunca; Quase nunca; Às vezes; Quase sempre e Sempre. O valor zero foi atribuído para resposta “não sei” e o nove, para a resposta “não se aplica”.

O desempenho de cada indicador foi classificado como: valores médios próximos de 1 e 2 - desempenho insatisfatório, para valores próximos de 3 - regular e para valores próximos de 4 e 5 - desempenho satisfatório.

A distribuição de frequência e média foi usada para descrever o perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes. Para analisar os indicadores das variáveis descritas na escala de Likert foram utilizados média e desvio padrão e comparados com o teste estatístico não-paramétrico de Kruskal Wallis.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados (n° 002/2009) e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS 379 627/09).

RESULTADOS |

Entre os 109 pacientes com TB que foram entrevistados, os homens constituíam a maioria (60%). Os pacientes indígenas tinham uma idade média mais baixa, menor escolaridade, classe social mais baixa e menor renda per capita do que os não indígenas (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos doentes de TB indígenas e não indígenas, segundo informações sócio demográficas e econômicas, Dourados, MS, Brasil, junho 2009 a julho de 2011

Variáveis sóciodemográficas e econômicas dos doentes de TB		Indígenas (n=57)	Não Indígenas (n=52)	p valor
Sexo, Masculino	(%)	31(55)	34 (66)	0,07
Idade	Média±DP	30,29±25,60	42,02±37,58	<0,01*
Estado Civil, com companheiros	(%)	30(53)	21(40)	0,05
Sem Escolaridade	(%)	42(74)	14(27)	<0,01
Trabalha na Usina de álcool e açúcar	(%)	9(16)	0(0)	<0,01
Renda Mensal per capita (Dólar)	Média±DP	55,82±61,67	226,8±194,1	<0,01*
Classe Social (ABEP)**	Média±DP	5,03 ± 4,14 (E)	14,06 ± 5,26 (C2)	<0,01*

*Teste Kruskal-Wallis

**ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Em relação aos indicadores dos serviços de saúde, a acessibilidade organizacional mostrou-se que os serviços indígenas e não indígenas tiveram comportamentos semelhantes nos indicadores: 'consulta médica no prazo de um dia', 'Disponibilidade do profissional de saúde para atendê-lo', 'Atendido pelos mesmos profissionais' e 'Oferecimento de consulta mensal', sendo avaliado como satisfatório pelos doentes de TB. O indicador de 'espera média por consulta médica de retorno maior que 1 hora' foi avaliada pelos doentes como regular. Para os indicadores 'Oferecimento de vale transporte' e 'Oferecimento de cesta básica' ambos os grupos avaliaram insatisfatório, embora, melhor avaliados pelos indígenas. A oferta de 'teste para HIV/AIDS' aos indígenas foram menor (38% indígenas versus 85% não indígenas, $p < 0.01$). Os não indígenas ficaram a margem do Trata-

mento Diretamente Observado (TDO), sendo avaliado como insatisfatório neste grupo (4.57 ± 0.89 vs 1.68 ± 1.04 , $p < 0.01$) (Tabela 2).

A acessibilidade econômica mostrou-se satisfatório para os indígenas e não indígenas no indicador 'Gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde', embora melhor avaliado pelos indígenas (4.40 ± 1.79 vs 3.80 ± 1.76 , $p < 0.01$). Apresentou comportamento semelhante no indicador 'Perda do dia de trabalho ou compromissos devido à consulta médica de TB' sendo avaliado como regular. Para acessibilidade geográfica, o indicador 'Faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próximo de sua casa' foi avaliado como satisfatório em ambos os grupos (Tabela 2).

Tabela 2 – Valor médio e desvio padrão dos indicadores de acessibilidade organizacional, econômica e geográfica de pacientes de tuberculose, Dourados, junho/2009 a junho/2011.

Variáveis 1		Indígena		Não Indígena		p-valor
		n		n		
		1- sempre, 2-quase sempre, 3- as vezes, 4- quase nunca, 5 - nunca				
Demorou mais de uma hora para ser atendido?	Média ± DP	57	2,89 ± 1,99	50	2,40 ± 1,69	0,22*
Gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde?	Média ± DP	57	4,40 ± 1,79	51	3,80 ± 1,76	<0,01*
Perdeu período de trabalho ou compromisso para consultar?	Média ± DP	57	2,82 ± 2,19	51	3,39 ± 1,83	0,10*
Variáveis 2		1- nunca, 2- quase nunca, 3- as vezes, 4- quase sempre, 5 – sempre				
Oferece cestas básicas ou vale alimentação?	Média ± DP	57	2,19 ± 1,63	51	1,13 ± 0,49	<0,01*
Oferece vale transporte?	Média ± DP	57	1,45 ± 1,51	51	1,11 ± 0,65	0,41*
O profissional de saúde vai a sua casa para entregar a medicação TB?*	Média ± DP	56	4,57 ± 0,89	52	1,68 ± 1,04	<0,01*
Consegue uma consulta no prazo de 1 dia se passar mal	Média ± DP	57	3,70 ± 1,96	52	3,82 ± 2,18	0,72*
Oferece consulta todo mês de controle para o tratamento da TB?	Média ± DP	55	3,85 ± 1,55	51	3,90 ± 1,59	0,84*
O profissional da unidade de saúde sempre está disponível quando procura na unidade?	Média ± DP	57	4,68 ± 1,02	51	4,66 ± 1,69	0,72*
É atendido pelos mesmos profissionais?	Média ± DP	56	4,75 ± 0,82	51	4,65 ± 0,88	0,21*
Faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próximo de sua casa?	Média ± DP	57	4,28 ± 1,71	52	4,00 ± 1,65	0,11*
Variável 3		Sim ou Não				
Oferece exame para HIV/AIDS?	(%)	57	20(38)	52	37(85)	<0,01

*Teste Kruskal-Wallis

**1 = auto-administrada, 2 = a cada 15 a 30 dias, 3 = 1 a 2 vezes por semana, 4 = 3 a 4 vezes por semana, e 5 = diária.

DISCUSSÃO |

Os achados do presente estudo apontaram barreiras ao tratamento da tuberculose para indígenas e não indígenas de acordo com as dimensões acessibilidade organizacional, econômica e geográfica.

Os doentes indígenas e não indígenas tiveram pouco gasto com transporte, e avaliaram como satisfatório o indicador ‘gastou dinheiro com transporte para ir até o serviço de saúde’ (4,40 ± 1,79 vs 3,80 ± 1,76, p < 0,01), sendo melhor avaliado pelos indígenas. Dados levantados pelo indicador ‘Faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próximo de sua casa’, avaliados também como satisfatório (4,28 ± 1,71 vs 4,00 ± 1,65, p=0,11), talvez possa justificar o “pouco” gasto com transporte.

Pouco incentivo de oferecimento de ações que supram as necessidades sociais avaliadas pelos indicadores ‘oferecimento de vale-transporte e cesta básica’, como insatisfatório, ressalta a existência de deficiências no manejo dos custos indiretos, impostos ao indivíduo adoecido pela TB¹⁶. É importante salientar que o oferecimento de suporte como vale-transporte e cesta básica exige dos serviços de saúde articulação com outros equipamentos de serviço social, e exemplifica a inter-relação da acessibilidade organizacional e econômica^{17,18}.

A Baixa oferta de teste para HIV/AIDS, principalmente aos indígenas (38% indígenas vs 85% não indígenas, p < 0.01), não resultou em uma avaliação satisfatória. No Brasil, recomenda-se que a investigação de HIV deve ser fornecida a 100% dos pacientes com tuberculose¹³.

Barreiras geográficas para os indígenas foram identificadas, no que tange a realização do exame para HIV, onde é realizado somente nos serviços de referências de Doenças Sexualmente Transmissíveis do município, com nenhum serviço correspondente dentro das reservas indígenas. A execução do teste rápido de HIV nos serviços de Atenção Primária de Saúde facilitaria o acesso ao exame, como observado em outros estudos com populações negligenciadas^{19,20,21}.

A população não-indígena ficou à margem do TDO a proporção que não recebiam visitas domiciliares durante o tratamento, seja por outros motivos além da tuberculose ou para entrega de medicamentos, avaliados de forma insatisfatória ($4,57 \pm 0,89$ vs $1,68 \pm 4,1$, $p < 0,01$). Vale ressaltar que na população indígena as medicações são entregues diariamente nos domicílios, enquanto que em não-indígenas o tratamento tende a ser auto-administrado. Um estudo conduzido por Croda et al.⁹ observaram menores taxas de cobertura TDO para esta população, quando comparado com a população indígena (não-indígena 92 % vs 35% indígena, $p < 0,01$), ressaltando ainda as altas taxas de abandono entre essa população (17 % vs 2 %, $p < 0,01$)⁹.

O presente estudo tem limitações relacionadas às barreiras linguísticas, o que resultou em uma falta de compreensão de certos termos e frases para os indígenas, bem como dificuldade em responder de acordo com a escala de Likert. O instrumento é extenso e requer resposta de medidas de intensidade. A aplicação do PCAT para a população indígena pode não ser a melhor alternativa, embora seja o único instrumento validado no Brasil para a avaliação dos serviços de saúde primária para tuberculose.

Apesar destas limitações, este estudo mostrou semelhanças positivas em relação aos serviços de saúde, como a avaliação satisfatória da oferta de consultas e disponibilidade dos profissionais de saúde para a atenção a tuberculose. Contudo, evidenciaram-se barreiras enfrentadas por estes doentes nas três dimensões estudadas.

CONCLUSÃO |

Este estudo identificou a existência de deficiência no manejo dos custos indiretos em ambos os serviços, referente aos gastos com transporte até a chegada à unidade de saúde

e de pouco incentivo de oferecimento de ações que supram as necessidades sociais (cestas básicas e vale transporte).

É necessário que haja maior oferta de exames de HIV/AIDS, ou implantação de teste rápido nos cuidados da APS aos indígenas e expansão das visitas domiciliares aos pacientes não indígenas. O estudo reforça a necessidade de pesquisas avaliativas a modo reorientar o processo de trabalho para ampliar a detecção, monitoramento e adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS |

1. Romero-Sandoval NC, Flores-Carrera, D.E., Sánchez-Pérez, H.J., Pérez Sánchez-I, Mateo M.M. Tuberculose pulmonar em uma comunidade indígena nas montanhas do Equador. *Int J Tuberc Lung Dis* 2007, 11:550-555.
2. Maes M, Kremer K, van Soolingen D, Takiff H, de Waard JH: 24-locus MIRU-VNTR genotyping is a useful tool to study the molecular epidemiology of tuberculosis among Warao Amerindians in Venezuela. *Tuberculosis (Edinb)* 2008, 88:490-494.
3. Culqui DR, Trujillo, Omar V, Cave, Neptali Tuberculose na população indígena do Peru 2008. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 2010, 27:8-15.
4. Sanchez-Perez HJ, Diaz-Vazquez A, Najera-Ortiz JC, Balandrano S, Martín-Mateo M: Multidrug-resistant pulmonary tuberculosis in Los Altos, Selva and Norte regions, Chiapas, Mexico. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010, 14:34-39.
5. Hernandez Sarmiento JM, Davila Osorio VL, Martinez Sanchez LM, Restrepo Serna L, Grajales Ospina DC, Toro Montoya AE, et al: Tuberculosis in Indigenous Communities of Antioquia, Colombia: Epidemiology and Beliefs. *J Immigr Minor Health* 2012.
6. Melo TEMdP, Resendes APdC, Souza-Santos R, Basta PC: Distribuição espacial e temporal da tuberculose em indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil. [Spatial and temporal distribution of tuberculosis in indigenous and non-indigenous of Rondônia State, Western Amazon, Brazil]. *Cadernos de Saúde Pública* 2012, 28:267-280.

7. Marques AMCC, Rivaldo V.: A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiwá no Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. [Assisted treatment and tuberculosis cure and treatment dropout rates in the Guaraní-Kaiwá Indian nation in the municipality of Dourados, Mato Grosso do Sul, Brazil]. *Cadernos de Saúde Pública* 2003, 19:1405-1411.
8. Costa, DC: Política indiginista e assistência à saúde: Noel Nutels e o serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.4, p. 388-401, 1987
9. Croda MG, Trajber Z, Lima Rda C, Croda J: Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2012, 106:223-229.
10. WHO: World Health Organization. Tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO Report 1999. Geneva.
11. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual H. Care.* 1996;8:401- 7
12. Fekete MC. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: Santana JP, Santos I, Fekete MC, Galvão EA, Mandelli MJ, Penna MLF, et al., organizadores. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília (DF): OPS; 1997. p. 177-84.
13. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sá P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage.* 2004;19:303-17.
14. Villa TCS, Ruffino-Netto A: Questionário de Avaliação parágrafo desempenho de Serviços de Atenção Básica Controle da Tuberculose não no Brasil. *J Bras Pneumol* 2009, 35 (6) : . 610-612
15. Sagbakken M, Frich JC, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2008; 8:11.
16. Khan, JD Walley, SN Witter, SK Shah and S Javeed. Tuberculosis patient adherence to direct observation: results of a social study in Pakistan. *Health Pol Plann.* 2005;20(6):354-65
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011
18. Buchér JB, Thomas KM, Guzman D, Riley E, Dela Cruz N, Bangsberg DR: Community-based rapid HIV testing in homeless and marginally housed adults in San Francisco. *HIV Med.* 2007 Jan;8(1):28-31.
19. Pronyk PM, Kim JC, Makhubele MB, Hargreaves JR, Mohlala R, Hausler HP: Introduction of voluntary counselling and rapid testing for HIV in rural South Africa: from theory to practice. *AIDS Care.* 2002 Dec;14(6):859-65.
20. Kristina E. Bowles, Hollie A. Clark, Eric Tai, Patrick S. Sullivan, et al.: Implementing Rapid HIV Testing in Outreach and Community Settings: Results from an Advancing HIV Prevention Demonstration Project Conducted in Seven U.S. Cities.. *Public Health Rep.* 2008; 123(Suppl 3): 78–85.

Correspondência para/ Reprint request to:

Everton Lemos

Rua Pontalinam 171, Bairro Universitário,

Campo Grande, MS

CEP: 79060-540

Tel.: (67) 99392375

E-mail: tonufms@gmail.com

Recebido em: 01/04/2014

Aceito em: 03/07/2014