

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EVERTON FERREIRA LEMOS

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS
NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM DOURADOS**

DOURADOS

2014

EVERTON FERREIRA LEMOS

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS
NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM DOURADOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados para obtenção do título de Mestre junto ao programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Área de concentração: Doenças Crônicas e Infecto-Parasitárias. Linha de pesquisa: Epidemiologia da Tuberculose.

Orientador: Prof. Dr. Julio Henrique Rosa Croda

DOURADOS

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

L557a	Lemos, Everton Ferreira. Avaliação dos serviços de saúde indígenas e não indígenas no controle da tuberculose. / Everton Ferreira Lemos. – Dourados, MS : UFGD, 2014. 82f. Orientador: Prof. Dr. Julio Henrique Rosa Croda. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Grande Dourados. 1. Tuberculose. 2. Indígenas. 3. Serviços de Saúde. I. Título. CDD – 616.995
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central – UFGD.

©Todos os direitos reservados. Permitido a publicação parcial desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me guiar nos caminhos e me suprir em todas as minhas necessidades.

A Virgem Maria, por interceder e proteger-me sempre com seu manto sagrado.

Aos meus pais, pelo dom da vida, por estar presente em toda minha trajetória.

A minha querida família (Zélia, Ellen, Rômulo, Sofia e Andrei), pela força, união e compreensão nesta longa jornada (amo vocês).

Ao meu Orientador Dr Julio Croda pela confiança depositada, incentivo, oportunidade de trabalhar em seus projetos, e por ter contribuído para meu crescimento profissional e pessoal.

A UFGD e ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, pelo acolhimento e pela oportunidade ofertada para que eu pudesse desenvolver meu trabalho.

Ao Grupo de Tuberculose que me receberam de braços abertos, e contribuíram fundamentalmente para construir este trabalho.

As meninas, Marcela, Aline, Giovana e Natália, companheiras e co-autoras da saga de um ano e dois meses para aprovação do nosso artigo, obrigado pelas contribuições e parceria nessa árdua jornada.

Ao seu Anastácio, Dona Maria e seus filhos (Luciane, Lucélia, Emerson e Eder), que gentilmente abriram as portas de sua casa para além de uma hospedagem durante a minha estadia em Dourados, muito obrigado pelo carinho.

A minha grande amiga e orientanda Luciane Negrete, pelo apoio e por estar presente em minha vida sempre somando.

Aos familiares e amigos que fizeram parte desses momentos, sempre me ajudando e incentivando.

Aos órgãos de fomento que financiaram esta pesquisa.

As secretarias e os profissionais de saúde/administração do município de Dourados, onde direta/indiretamente contribuíram para a consolidação deste produto.

A querida professora, orientadora e grande amiga Dulce Ribas, pelo seu carinho e força dada desde a realização da seleção do mestrado. Estendo os agradecimentos a todos os membros do GEPPI/UFMS que sempre estiveram apoiando e torcendo pelas minhas conquistas.

A Sandra Leone, Ana Maria, Adriana Negri, Angelita e toda a equipe do Hospital Dia Esterina Corsini – HU de Campo Grande/MS, pelo conhecimento compartilhado e a boa relação de amizade e trabalho.

A consolidação deste trabalho não seria possível sem a ajuda e contribuição de inúmeras pessoas, por isso, gostaria de expressar minha eterna gratidão e apreço a todos que fizeram a diferença para que esse projeto se tornasse realidade. Muito obrigado a todos.

DEDICATÓRIA

Com gratidão, dedico este trabalho a todos, indígenas e não indígenas, que aceitaram participar do presente estudo.

Tudo que um sonho precisa para ser realizado é você acreditar que é capaz de torná-lo possível.

Everton Lemos

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iii
Dedicatória.....	iv
Epígrafe.....	v
Lista de abreviaturas.....	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 Tuberculose.....	13
2.1.1 Epidemiologia global e regional.....	14
2.2 Organização dos Serviços de Saúde no Brasil.....	16
2.3 Atenção à Tuberculose no Brasil.....	17
2.3.1 Atenção a Tuberculose e Dourados.....	18
2.4 Avaliação: Conceitos e métodos.....	20
2.4.1 Avaliação de Serviços de Saúde.....	21
2.4.1.1 Capacidade de um Sistema de Serviços de Saúde.....	25
2.4.1.2 Desempenho de um Sistema de Serviços de Saúde.....	25
2.4.1.3 Medição: Capacidade-desempenho.....	26
2.4.2 Estudos de avaliação para controle da TB.....	28
3 OBJETIVOS.....	39
3.1 Objetivo geral.....	39
3.2 Objetivos específicos.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE 1- Termo de consentimento livre e esclarecido.....	46
APÊNDICE 2 -. Formulário de pesquisa.....	47
ANEXO 1 – Artigo BMC –Health Services Research.....	55
ANEXO 2 – Artigo Cuba Salud.....	65
ANEXO 3 – Abstract Congresso Granada/Espanha.....	76
ANEXO 4 - Abstract Congresso Internacional Medicina Tropical.....	78
ANEXO 5 – Abstract Congresso Internacional de Saude/ Leiria/Portugal...	80
ANEXO 6 – Autorização CEP.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
HU	Hospital Universitário
SESAI	Secretaria de Saúde Indígena
TB	Tuberculose
Mtb	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
DOTS	<i>Direct Observed Therapy Short Course</i>
TDO	Tratamento Diretamente Observado
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose

RESUMO

Introdução: Estudos de avaliação de serviços de saúde são fundamentais para propor intervenções e garantir melhorias na qualidade da saúde. O presente estudo avalia o desempenho dos serviços de saúde para as populações indígenas e não-indígenas no que diz respeito ao controle da tuberculose (TB). **Métodos:** Este estudo transversal foi realizado em Dourados, Mato Grosso do Sul (MS). Esta cidade tem 196.035 habitantes, incluindo 12.602 indígenas (etnia Guarani-Kaiowá) que residem nas reservas indígenas de Bororó e Jaguapiru, a segunda maior população indígena do país. Entrevistas com pacientes com tuberculose que realizaram tratamento entre 2009 e 2011 foram realizados usando o Primary Care Assessment Tool adaptado para o cuidado da TB no Brasil. Para análise dos resultados foi aplicado o teste estatístico não-paramétrico de Kruskal Wallis para as variáveis descritas na escala de Likert apresentadas em médias e desvio padrão. **Resultados:** Atenção Primária de Saúde (APS) foi o primeiro serviço procurado para a maioria dos pacientes no início dos sintomas, e os diagnósticos foram em sua maioria realizados por serviços especializados. Muitos pacientes tiveram o diagnóstico de TB em atraso que exigiam mais de três consultas médicas (51% e 47% para as populações indígenas e não-indígenas, respectivamente). Os povos indígenas receberam apoio social, como cesta básica ($2,19 \pm 1,63$ vs $1,13 \pm 0,49$ para as pessoas não-indígenas, $p < 0,01$) e visitas domiciliares de profissionais de saúde, com ênfase no desempenho de estratégias de tratamento diretamente observado (TDO; $4,57 \pm 0,89$ vs $1,68 \pm 1,04$ para as pessoas não-indígenas, $p < 0,01$). **Conclusões:** Independentemente das diferenças entre as populações indígenas e não-indígenas, o tempo necessário para receber um diagnóstico de TB foi insatisfatório para ambos os grupos. Para as pessoas não-indígenas, melhorias no acesso ao diagnóstico e tratamento são necessários, especialmente no que diz respeito a maior cobertura de TDO.

Palavras-chave: tuberculose , indígenas , prevenção, controle , serviços de saúde

ABSTRACT

Introduction. Health-service evaluation studies are fundamental for proposing interventions and ensuring improvements in healthcare quality. **Objectives.** The present study assesses the performance of health services for indigenous and non-indigenous populations with regard to tuberculosis (TB) control. **Methods.** This cross-sectional study was conducted in Dourados, Mato Grosso do Sul (MS). This city has 196,035 inhabitants, including 12,602 indigenous people (Guarani-Kaiowá ethnicity) who reside in the indigenous reserves of Bororó and Jaguapiru, the second largest indigenous population of the country. Interviews with TB patients who underwent treatment between 2009 and 2011 were conducted using the *Primary Care Assessment Tool* adapted for TB care in Brazil. **Results.** Primary healthcare (PHC) was the first treatment for most patients at symptom onset, and the diagnoses were typically performed by specialized services. Many patients experienced delayed TB diagnoses that required more than three medical appointments (51% and 47% for indigenous and non-indigenous populations, respectively). Indigenous people received social support, such as basic-needs grocery packages (2.19 ± 1.63 vs. 1.13 ± 0.49 for non-indigenous people, $p < 0.01$) and home visits from health professionals, with an emphasis on the performance of directly observed treatment strategies (DOT; 4.57 ± 0.89 vs. 1.68 ± 1.04 for non-indigenous people, $p < 0.01$). **Conclusions.** Regardless of the differences between indigenous and non-indigenous populations, the time needed to receive a TB diagnosis was unsatisfactory for both groups. For non-indigenous people, improvements in access to diagnosis and treatment are necessary, especially as concerns greater coverage of TDO.

Keywords: tuberculosis, indigenous, prevention, control, health services

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um problema de saúde mundial. Um terço da população no mundo pode estar infectado com o *Mycobacterium tuberculosis*. O Brasil está entre os 22 países com as maiores incidências de tuberculose, com uma taxa de 43 casos por 100 mil habitantes em 2010 (WHO, 2011). No mundo e principalmente na América Latina, os estudos mostram uma alta incidência de tuberculose em populações indígenas, superior ao da população geral (ROMERO-SANDOVAL *et al.*, 2007; MAES *et al.*, 2008; SANCHEZ-PEREZ *et al.*, 2010; CULQUI *et al.*, 2010; HERNANDEZ SARMIENTO *et al.*, 2012; MELO *et al.*, 2012)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou em 1993, a implantação da estratégia *Direct Observed Therapy Short Course* (DOTS) versando cinco objetivos principais, a saber: comprometimento público com o programa, detecção de casos novos por baciloscopia, tratamento supervisionado e de curta duração, distribuição de medicamentos e manutenção de um sistema de informação (WHO, 2011). O Brasil foi pioneiro, incorporando a proposta no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), e um dos signatários do plano STOP-TB (WHO, 2006, RAVIGLIONE, 2007) que organizou recomendações adicionais na estratégia de controle de TB.

O contexto organizacional dos sistemas de saúde tem importância no processo diagnóstico para detecção dos casos de TB. No Brasil, o PNCT sistematizou ações que visam o incremento da detecção precoce de casos e Tratamento Diretamente Observado (TDO), reconhecendo a importância de descentralizar as ações de controle da TB para a Atenção Primária de Saúde (APS) (RUFFINO NETTO, 2001; IGNOTTI *et al.*, 2007).

Apesar de o país ter reconhecidos avanços em relação ao tratamento da TB, cujo percentual de cura é de ordem 77% (WHO, 2011), os números em relação à detecção de casos expressam que os indivíduos continuam adoecendo sem serem identificados pelos serviços de saúde, transmitindo continuamente a doença a outras pessoas e dificultando o efetivo controle da TB (DYE, 2003; WHO, 2006).

Embora 50 % dos brasileiros terem cobertura de APS (HEUFEMANN *et al.*, 2013), a maioria dos diagnósticos de tuberculose ainda é realizada nos serviços de emergência ou em hospitais secundários e terciários (OLIVEIRA *et al.*, 2011; BRUNELLO *et al.*, 2013). Além disso, o aumento da cobertura da atenção não resultou

numa melhoria da taxa de conclusão de tratamento (VILLA; RUFFINO NETTO, 2011; AUGUSTO *et al.*, 2013).

A APS, por sua vez, apresentou o maior tempo e menor proporção para diagnósticos (VILLA *et al.*, 2013). É importante destacar que o diagnóstico tardio contribui para elevada carga e transmissão da TB na maioria dos países em desenvolvimento e a identificação das fontes e fatores de riscos que causam o atraso podem colaborar na melhoria do controle da doença (HABIBULLAH *et al.*, 2004; MESFIN *et al.*, 2009; ODUSANYA *et al.*, 2004).

Os estudos operacionais são importantes porque fornece informações que irão ajudar os serviços centrar a sua prática de forma mais precisa e eficiente (DONALDSON, 2013). Embora diversos estudos tenham avaliado os serviços de saúde no controle da tuberculose no Brasil (BRUNELLO *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2011; VILLA *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2006; PONCE *et al.*, 2013; BERALDO *et al.*, 2012), nenhum estudo avaliou a descentralização da saúde no contexto da população indígena.

Neste contexto, Dourados foi intencionalmente selecionada devido à sua situação epidemiológica e operacional da tuberculose, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose considera o município prioritário para o controle da doença, onde reside 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 era hospitalização por vários meses, a taxa de abandono era de 20% e a taxa de incidência chegava a 700 casos por 100 mil habitantes (MARQUES e CUNHA 2003; COSTA, 1983). Um estudo retrospectivo sobre desempenho dos serviços de saúde, realizado por Croda *et al.* (2012) na mesma região, entre o período de 2000 a 2008, revela uma considerável redução no 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.

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 e levanta as variáveis como características sociais, tabagismo, desnutrição, condições de moradia, uso de drogas intravenosas, perfil socioeconômico e de acesso aos serviços de saúde e tempo de diagnóstico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Tuberculose

A TB é uma doença infectocontagiosa, causada por bactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, descrita em 1882, por Robert Koch, e é uma das enfermidades que provocou mais mortes na história da humanidade (KONEMAN *et al.*, 2001).

A doença pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas. A apresentação da TB na forma pulmonar, além de ser mais frequente é também a mais relevante para a saúde pública, pois é esta forma, especialmente a bacilífera, a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011a).

Barreira e Grangeiro (2007) destacam que a tuberculose foi equivocadamente considerada controlada nos anos 1980, especialmente nos países desenvolvidos, ressurgindo com advento da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). O impacto da epidemia de SIDA sobre a evolução e tendência da tuberculose deve-se ao fato da infecção pelo HIV comprometer o sistema imunológico, favorecendo a multiplicação do bacilo de Koch e o surgimento da doença em decorrência de uma exposição primária e/ou secundária ao bacilo de Koch, ou ainda pela reativação de infecção latente (SANTOS; BECK, 2008).

Consideram-se fatores responsáveis pelo aumento da TB no mundo, a idade, a infecção pelo HIV, o uso de drogas injetáveis, o aumento da pobreza, o aumento do número de desabrigados, hábitos e estilos de vida (alcoolismo, tabagismo), a migração, a má nutrição, a urbanização, habitação inadequada e família numerosa, e a perda da qualidade dos programas de controle da doença (TORRES FILHO, 2007; MARQUES; CUNHA, 2003; MENEZES *et al.*, 1998).

A tuberculose é uma doença curável em praticamente 100% dos casos novos, sensíveis aos medicamentos anti-TB, desde que obedecidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento (BRASIL, 2011a).

O esquema terapêutico utilizado com associação de fármacos anti-TB (quatro nos primeiros dois meses e dois fármacos durante quatro meses) não é suficiente para eliminar a doença, em razão da baixa proporção de cura em condições de rotina,

principalmente em populações vulneráveis. O tratamento medicamentoso não é suficiente para eliminar a doença, porque os indivíduos com tuberculose latente ultrapassam o número de indivíduos com doença ativa, e a tuberculose latente pode evoluir para a doença a qualquer tempo (LAWN *et al.*, 2011).

A multidrogaresistência (MR) na TB é um problema crescente e estima-se a ocorrência de 650.000 casos de TB-MR usualmente associada a maiores taxas de mortalidade/morbidade e maior custo de tratamento (SHAH *et al.*, 2008). Nos últimos anos tem sido descrito o aumento de casos de TB extensivamente resistente (TBXR) em vários países, com maior frequência nas regiões africanas (WHO, 2009).

2.1.1 Epidemiologia global e regional

Em nível mundial, estima-se que no ano de 2010, tenha ocorrido entre 8,8 a 9,2 milhões de casos novos de tuberculose (TB), equivalente a incidência de 128/100.000 habitantes (WHO, 2009; 2011; CDC, 2005). A estimativa de mortalidade encontra-se em torno de 1,1 milhões de mortes em casos de TB com sorologia negativa para HIV, o que equivale a 15 óbitos por 100.000 habitantes. Esta doença é uma das dez principais causas de morte no mundo.

O Brasil ocupa o 19º lugar entre os 22 países com a maior carga de tuberculose no mundo. Estima-se uma incidência de 37,2/100.000 habitantes, tendo em números absolutos notificados 71 mil casos de tuberculose no SINAN. A taxa de incidência no país vem apresentando queda de cerca de 1,5% ao ano, desde 1990 (51,7/100.000 hab.) (BRASIL, 2011b). A meta para 2015 é alcançar uma incidência de 25,9/100.000 habitantes.

No município de Dourados, 561 casos de tuberculose foram notificados entre 2002 a 2008 sendo que metade dos casos ocorreu na população indígena (SINAN, 2009) (Figura 1) com taxa de incidência anual de 44,04 casos por 100.000 habitantes. Na população indígena essa incidência é pelo menos 7 a 8 vezes maior que na população não indígena (Figura 2).

Figura 1. Número de casos de Tuberculose, segundo raça/cor. Dourados/MS, de 2002 a 2008. (N=561)

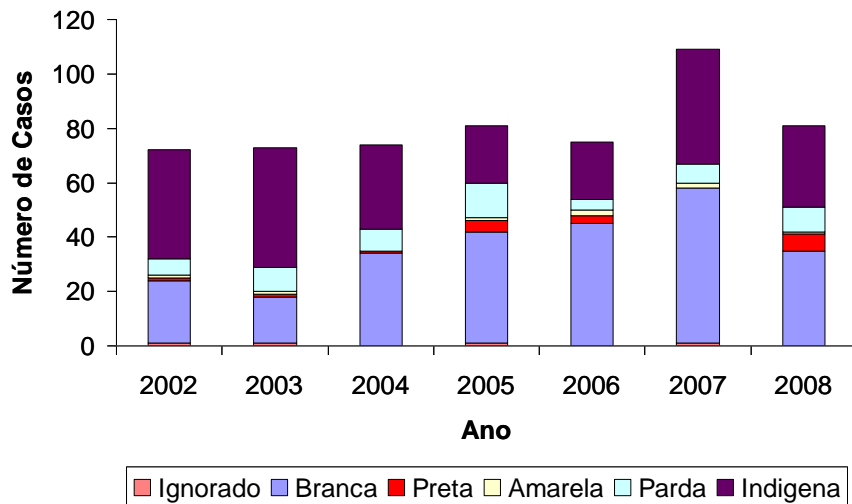
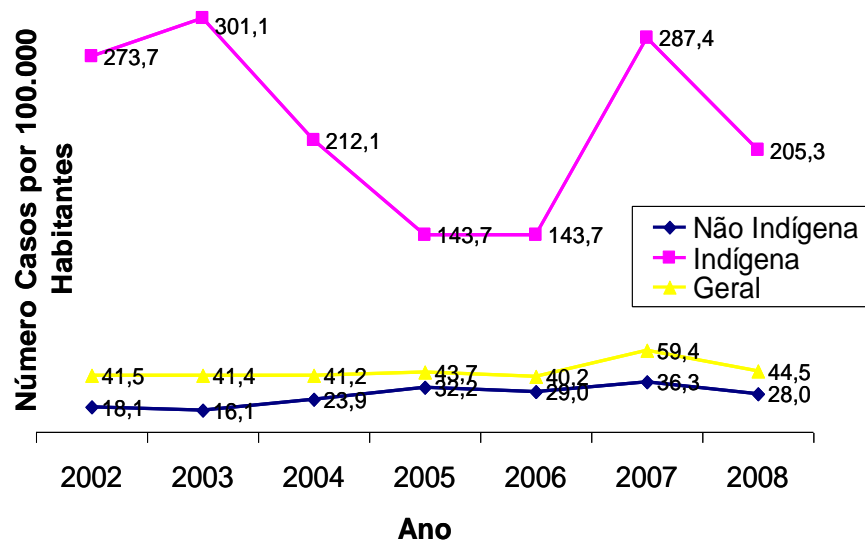


Figura 2. Taxa de incidência dos casos de Tuberculose, segundo raça/cor. Dourados/MS, de 2002 a 2008. (N=561)



2.2 Organização dos Serviços de Saúde no Brasil

Os Serviços de Saúde (SS) fazem parte do meio social onde vivem as pessoas, sendo um dos elementos que podem alterar a frequência e a distribuição dos agravos à saúde, e melhorar a qualidade de vida da população (PEREIRA, 2007).

Com vistas a atingir a necessária racionalização da atenção a saúde, vem sendo recomendado a ordenação, em níveis diferentes de complexidade, de modo oferecer a facilidade ao acesso das pessoas aos diversos tipos de serviços, divididos pelas características de atenção, como primária, secundária e terciária à saúde (PEREIRA, 2007; VILLA; RUFFINO NETO, 2011a).

Os serviços que englobam a atenção primária, são, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF), a qual atende uma demanda espontânea e programada da população adscrita a uma unidade de saúde e em um território definido (VILLA; RUFFINO NETO, 2011a). Para Bárbara Starfield este nível de atenção é fundamental na prevenção e promoção da saúde, destacando que este serviço:

[...] oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições [...]. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária [...] compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento, e a reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p. 28).

A atenção secundária é caracterizada pelo atendimento de casos que procuram espontaneamente a unidade de saúde em situações agudas ou crônicas degenerativas, sua lógica, está no atendimento na queixa-conduta e funciona 24 horas por dia, ou seja, por serviços de Pronto-atendimento (VILLA;RUFFINO NETO, 2011a). A atenção secundária também compreende serviços ambulatoriais especializados ou de referências, nos quais o usuário necessita ser encaminhado por carta de referência (Ibdem).

Já os serviços terciários são os hospitais, serviços especializados que garantem um atendimento de média/alta densidade tecnológica e equipes especializadas (VILLA; RUFFINO NETO, 2011a).

2.3 Atenção à Tuberculose no Brasil

A tuberculose está incluída na Portaria n. 4.052, de 23 de dezembro de 1998, do Ministério da Saúde, que define as Doenças de Notificação Compulsória em todo território nacional, estabelecendo como mecanismo de notificação o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). O SINAN tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por uma rede informatizada.

Com o Plano Nacional de Controle de Tuberculose (BRASIL, 2002), houve introdução de novas possibilidades de intervenção ao doente de TB contando com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), pois apresentam uma concepção focalizada no contexto da família e na comunidade, com práticas que estabelecem um envolvimento dos profissionais de saúde com as famílias e o território.

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), está integrado na rede de Serviços de Saúde, neste âmbito fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) na resposta às doenças emergentes e endemias. Esta missão está prevista no Pacto pela Vida: cumprir as metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro, de detectar 70% dos casos de tuberculose estimados, curar pelo menos 85% dos casos novos de tuberculose bacilífera e redução de abandono para 5% (BRASIL, 2006).

Os casos bacilíferos são a principal fonte de disseminação da doença, e a descoberta precoce por meio da busca ativa do Sintomático Respiratório (SR) é importante medida para interromper a cadeia de transmissão, desde que acompanhada pelo tratamento oportuno. Nessa perspectiva, a busca ativa do SR deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (níveis primário, secundário e

terciário) e tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente (BRASIL, 2011; GOLUB *et al.*, 2005; TOMAN, 1980; CDC, 2005).

A todo doente com diagnóstico de tuberculose confirmado, deve ser oferecido o teste sorológico anti-HIV. O profissional de saúde deve conversar com o doente sobre a possibilidade de associação das duas infecções e dos benefícios do diagnóstico precoce e tratamento da infecção pelo HIV. O doente deve assinar o termo de consentimento para realização do exame (BRASIL, 2002).

Estudo realizado por Cheade *et al.* (2009) no município de Campo Grande, MS, reforça a necessidade do diagnóstico precoce da tuberculose em soropositivos para HIV, devido a alteração da evolução clínica da tuberculose em comorbidade com a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida.

Esforços operacionais vêm sendo realizados para a realização da adesão e vínculo do paciente ao tratamento prolongado da TB no país. Nesta perspectiva o Tratamento Diretamente Observado (TDO) é um elemento chave da estratégia DOTS que visa o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento e a prevenção do aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos, reduzindo os casos de abandono e aumentando a probabilidade de cura (BRASIL, 2011a).

A busca de estratégias para aumentar a efetividade do TDO, a melhoria do acesso, o aumento do diagnóstico e da efetividade do tratamento de casos de TB, TB/HIV e TB Multidrogaresistentes são essenciais para o sucesso das metas a serem alcançadas pelos programas de controle de TB e deve ser realizado na APS (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado em duas regiões do Brasil por Villa e Ruffino Netto (2011a), mostra que a expansão da Estratégia de Saúde da Família por si só não garante a sustentabilidade das ações no controle da TB na APS, onde comprovou que altas taxas de cobertura de Programa de Saúde da Família não influenciou o desempenho das cidades na atenção a TB, havendo uma necessidade de comprometimento político dos gestores.

2.3.1 Atenção à Tuberculose em Dourados

Dourados está localizado na região sul do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil, a 100 km da fronteira com o Paraguai, possui uma população de 196.035 habitantes,

desses 12.602 são indígenas da etnia Guarani-Kaiowá que residem nas reservas indígenas Bororó e Jaguapiru pertencentes a macro região deste município.

Quanto à organização da atenção a TB, o município de Dourados 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) com foco na família, 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 (atenção à família), serviços especializados e o Hospital Universitário.

O diagnóstico da TB é realizado por baciloscopia, cultura, e os raios-X (BRASIL, 2011a). 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 PNCT (BRASIL, 2011a).

O município vem apresentando percentual de cura em torno de 71% e taxa de abandono de 8,5% (SINAN, 2011), mostrando que a meta proposta pela Organização Mundial da Saúde de curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados e manter o abandono de tratamento em percentuais considerados aceitáveis 5% não está sendo alcançada (WHO, 2011; BRASIL, 2011a).

2.4 Avaliação: conceitos e métodos

A avaliação é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções (Brousselle et al., 2011).

Na evolução histórica contemporânea da avaliação destiguem-se, em geral, quatro “gerações” (Figura 3).

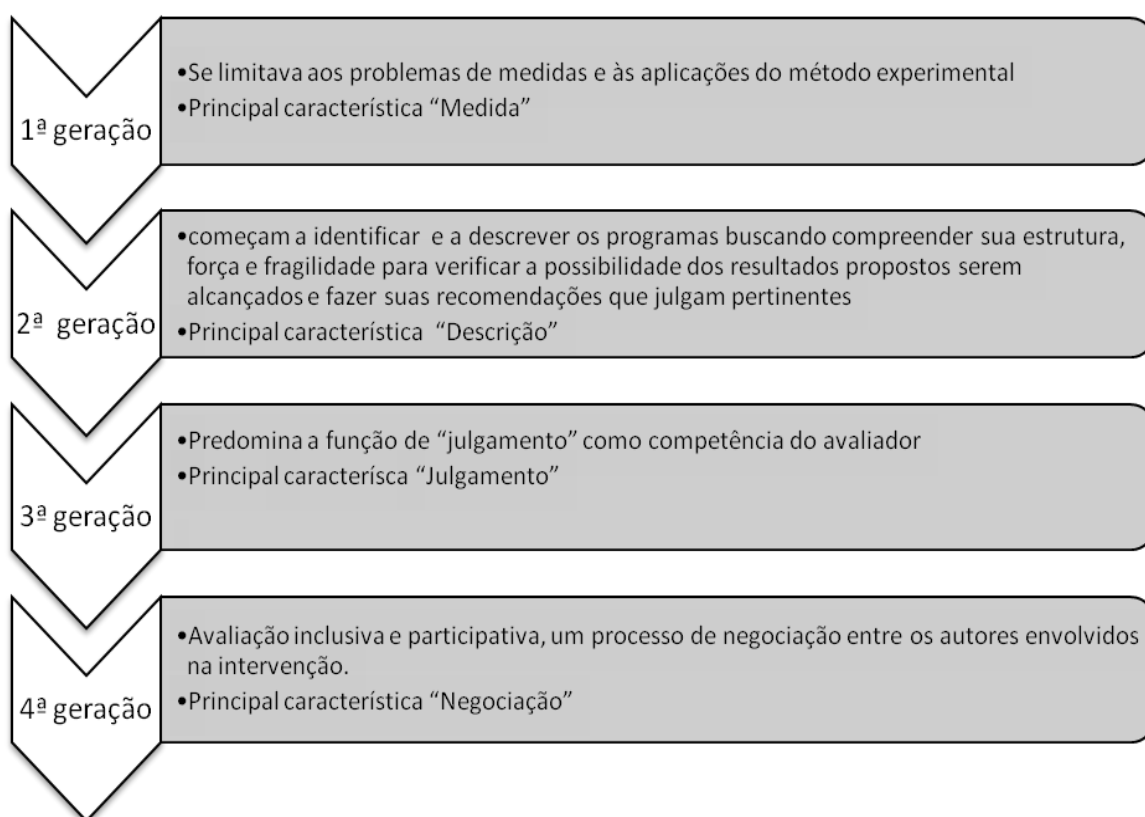


Figura 3. Etapas marcantes da avaliação segundo gerações e características. Adaptado de Madaus; Stoffebem; Scriven, 1989; Guba;Lincoln, 1989.

De acordo com Champagne (2011), o verbete “avaliar” indica “emitir um julgamento sobre o valor, o preço”. Pereira (2007) e Patton (1997) destacam que a avaliação pode ser entendida como um componente das práticas de saúde pública, sendo uma forma sistemática de atribuir valor, obter e proporcionar informações estratégicas,

julgar o mérito de algo abordando as atividades, características e resultados das ações de saúde. Embora estes autores conceituem a avaliação como forma de valor e julgamento, existem na literatura muitas definições de avaliação (SUCHMAN, 1967; WEISS, 1972; BEEBY, 1977).

Quando o julgamento é realizado pela aplicação de normas e critérios, diz-se que se trata de uma avaliação normativa, e nos casos de ser elaborado a partir de procedimentos científicos, intitula-se pesquisa avaliativa. Determinada intervenção pode sofrer ainda ambos os tipos de avaliação, e por outro lado, existe a categoria de pesquisas não avaliativas, demonstrando que a pesquisa e a avaliação possuem campos parcialmente sobrepostos (Figura 4) (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

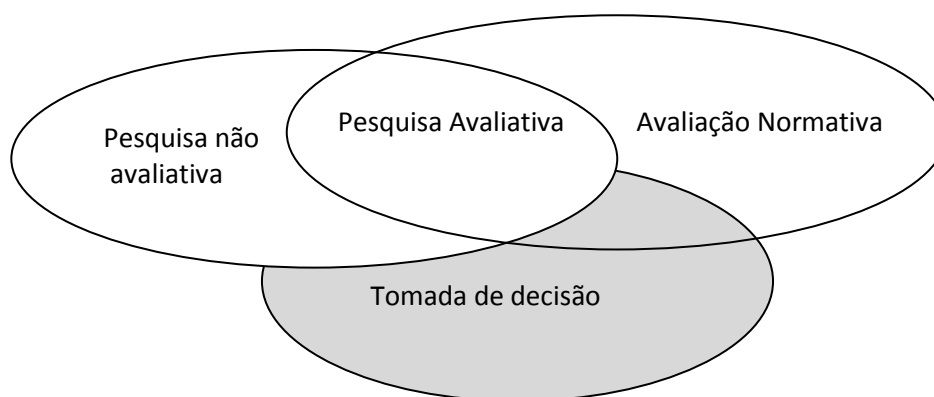


Figura 4. Pesquisa e avaliação. Adaptado de Champagne et al., 2011.

2.4.1 Avaliação de Serviços de Saúde

O sistema de saúde é complexo, impregnado pela incerteza. A avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores, que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes (DRUMMOND *et al.*, 1998).

Uma pesquisa que utilize o processo de avaliação gera conhecimento científico, por isso o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), se utiliza destes estudos para dar resolubilidade nas ações desenvolvidas relacionadas à saúde da população, além de incentivar a cultura avaliativa dos gestores; ser instrumento de

apoio à gestão do SUS; aferir satisfação do usuário do SUS; identificar oportunidades e possibilidades de melhoria; disponibilizar os resultados para conhecimento público; entre outros (BRASIL, 2011a).

Para Patton (1997, pag. 23), a “avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informação sobre atividades, as características e os resultados desses programas a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia esclarecer as decisões relacionadas a novos programas”.

O modelo proposto por Donabedian, separa os componentes básicos, para uma avaliação sobre a qualidade. É definida em três categorias, estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1966). No quadro 1, apresenta as categorias, definição e as características para uma avaliação de acordo com a qualidade.

Quadro 1. Avaliação de qualidade segundo categorias, definição e características

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE		
Categorias	Definição	Características
Estrutura	A avaliação estrutural baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infraestrutura de que dispõe; com os recursos existentes ou aplicados para fazer a estrutura funcionar (PEREIRA, 2007).	São características que possibilitam a oferta dos serviços abrangendo pessoal, instalação, equipamentos, variedades de serviços, gerenciamento e comodidade, continuidade e sistema de informação, acesso, financiamento, população efetiva e administração (DONABEDIAN, 1966).
Processo	A questão central neste enfoque, versa sobre a utilização dos recursos empregados (PEREIRA, 2007).	É caracterizada pelo seu desempenho, entendido como a oferta de serviços pelos profissionais de saúde, também designado atenção proporcionada, a qual envolve o reconhecimento das necessidades que existem tanto na comunidade quanto nos doentes, o qual abarca: o reconhecimento do problema, diagnóstico, manejo e reavaliação, considerando as questões culturais e comportamentais (DONABEDIAN, 1966).
Resultados (ou impacto)	Avaliar os resultados significa observar o estado de saúde após o recebimento da atenção (longevidade, desconforto, percepção de bem estar, enfermidade, alcance, riscos, capacidade de recuperação) considerando ambiente social, político, econômico e físico (DONABEDIAN, 1966).	Segundo Pereira (2007) dois aspectos têm sido principalmente pesquisados na busca da mensuração dos resultados da ações levadas a efeito nos serviços de saúde, relacionados respectivamente: à satisfação do usuário e; aos níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade.

Adaptado Donabedian, 1966; Pereira, 2007.

Para a medição da Atenção Primária de Saúde com base na estrutura e processo (DONABEDIAN, 1966), Bárbara Starfield (2002) destaca que comumente os serviços de saúde são designados como capacidade e o desempenho. Assim, medir os aspectos principais envolve a medição de uma característica comportamental e da característica estrutural da qual ela depende.

A partir desta definição, podemos conceituar os quatro atributos essenciais (STARFIELD, 2002) dos serviços de APS:

- ✓ Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.
- ✓ Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
- ✓ Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.
- ✓ Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2002):

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

2.4.1.1 Capacidade de um Sistema de Serviço de Saúde

A capacidade de um serviço de saúde é o que propicia a prestação deste serviço. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços, tais como: Pessoal; instalações e equipamentos; gerenciamento; variedades de serviços; organização dos serviços; mecanismos para continuidade da atenção; acesso ao atendimento; Arranjos de financiamento; Delineamento da população eletiva e Administração do sistema de saúde (STARFIELD, 2002).

2.4.1.2 Desempenho de um Sistema de Serviço de Saúde

Os processos de um sistema de serviços de saúde são ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços. Assim existem dois componentes: aqueles que representam atividades por parte de quem oferece atenção e aqueles que representam atividades da população. Este aspecto é conhecido como o reconhecimento de um

problema (ou necessidade) e é uma consideração importante em relação à atenção primária (STARFIELD, 2002).

2.4.1.3 Medição: Capacidade-Desempenho

Tanto o potencial como o alcance dos aspectos cruciais da Atenção Primária de Saúde podem ser medidos pela abordagem capacidade-desempenho. Quatro elementos estruturais do sistema de saúde definem o potencial, sendo (STARFIELD, 2002):

- ✓ **Acessibilidade:** envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.
- ✓ **Variedades de Serviços:** é o pacote de serviços disponíveis para a população.
- ✓ **Definição de população eletiva:** inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.
- ✓ **Continuidade:** consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos.

Para avaliar os atributos da atenção primária, nos pressupostos elencados por Bárbara Starfield (2002), um instrumento de coleta de dados, Primary Care Assessment Tool (PCAT) criado por Starfield et al. (STARFIELD et al, 2000) na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), o PCAT mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS. O instrumento originalmente desenhado para ser usado com informantes-chaves, contém perguntas específicas sobre cada dimensão essencial da atenção básica. O Instrumento apresenta originalmente

versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde.

Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida (2003), por meio da sua aplicação no município de Petrópolis/RJ. Também adaptado e validado por Villa e Ruffino Netto (2009) em Riberão Preto/SP, para avaliar o desempenho dos serviços de saúde na atenção à tuberculose no Brasil e avalia as seguintes dimensões:

- ✓ Acesso (Ao diagnóstico e ao tratamento): Envolve a localização da unidade de saúde da população a qual atende, os horários e dias que está para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso;
- ✓ Porta de Entrada: Implica acesso e uso do serviço de atenção Básica (AB) a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como o primeiro atendimento procurado, exceto nos casos de urgência.
- ✓ Vínculo: Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim o serviço de AB deve ser capaz de identificar os indivíduos dessa população.
- ✓ Elenco de serviços: Implica que as unidades de AB devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessita.
- ✓ Coordenação: Pressupõe alguma forma de continuidade, seja, por parte do atendimento pelo mesmo profissional, ou por meio dos prontuários médicos, ou seja por ambos. Além disso, o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.

- ✓ Enfoque familiar, orientação para comunidade e formação profissional: Considerando aspecto do indivíduo em seu ambiente cotidiano, além do reconhecimento das necessidades de saúde da população que ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração

2.4.2 Estudos de avaliação para controle da TB

Estudos realizados na China, Espanha, Colômbia, Etiópia, Rússia, Noruega e o Brasil mostraram que atrasos no tempo de diagnóstico e tratamento da tuberculose podem estar relacionados: ao tipo de serviço de saúde procurado pelo doente de TB, acolhimento realizado de forma inadequado ao usuário, baixa prioridade na busca de Sintomático Respiratório (SR), contatos intra domiciliares, pouca atenção para o diagnóstico diferencial de TB extra pulmonar quando não resolvível, e ainda meios diagnósticos disponíveis nos serviços de saúde (DÍEZ et al., 2005; YIEMER et al., 2005; SANTOS, 2005; WANG, 2007; MOHAMED et al., 2006; MESFIN et al., 2009; CÁCERES; OROZCO, 2008; JAMAL et al., 2006; SCATENA et al., 2009, KUZNETSOV *et al.*, 2014).

A preocupação em relação ao diagnóstico tardio da doença se dá pela elevada carga e transmissão da TB na maioria dos países em desenvolvimento, e a identificação das fontes e fatores de riscos que causam o atraso podem colaborar na melhoria do controle da doença (HABIBULLAH et al., 2004; MESFIN et al., 2009; ODUSANYA et al., 2004).

Para realizar uma melhor compreensão sobre os estudos de avaliação para o controle de Tuberculose no mundo, o quadro 2 apresentado abaixo, expressa dos artigos fichados um recorte de estudos publicados entre 2002 a 2014 conforme o tipo de estudo, objeto de avaliação, principais achados e o país de origem.

Quadro 2. Estudos de avaliação para controle da tuberculose no mundo

Autor /ano	Título artigo	Tipo de estudo	Objeto de avaliação	Principais achados	País de origem
Kironde e Nasolo, 2002	Combating tuberculosis: barriers to widespread non-governmental organisation involvement in community-based tuberculosis treatment in South Africa.	Qualitativo: entrevistas, observação participante e análise documental	Informantes-chaves em organização não governamentais	Foram identificados quatro grandes barreiras. A falta de financiamento adequado foi o tema central ligado à maioria das outras barreiras identificadas, que incluíram a falta de colaboração adequada, a concorrência, e uma escassez de recursos humanos. Governo e outros financiadores externos também precisam aumentar seu compromisso com a garantia de uma maior participação dessas organizações em áreas de alta incidência de TB.	Africa do Sul
Newel et al., 2004	Control of tuberculosis in an urban setting in Nepal: public-private partnership.	Experiência pública-privado. Retrospectivo (registro)	Serviços ofertados por médicos público-privado	Taxas de sucesso do tratamento foram > 90 % e <1 % dos abandono pacientes. Notificação de casos de pacientes de escarro positivo na área de estudo aumentou de 54 por 100 000 / 102 por 100 000	Nepal
Yimer, S et al., 2005	Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study	Estudo transversal	Análise da gestão de unidades que atendem Tuberculose.	O atraso total médio foi de 80 dias. Os atrasos médios entre a busca do serviço de saúde e o diagnóstico foram 15 e 61 dias, respectivamente. Atrasos dos pacientes estavam fortemente associados com a primeira visita a fornecedores não-formais de saúde e auto-tratamento (P<0.001). Atendimento antes de um posto de saúde / clínica foi associada com atraso aumentou dos sistemas de saúde (p < 0,0001).	Etiópia

Santos et al., 2005	Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil	Coorte prospectiva	Pacientes diagnosticado com TB.	Dos 1.105 pacientes, 62% tiveram um atraso de mais de 60 dias. Idade, sexo, alcoolismo e dificuldade de acesso não foram associados com atrasos, mas as associações foram encontradas em caso de desemprego, depois de ter desistido de fumar , tendo perdido peso e sendo tratados em dois dos seis distritos sanitários	Brasil
Mesfin et al., 2005	Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross sectional study of 10 DOTS districts of Ethiopia	Coorte prospectiva	Pacientes diagnosticado com TB.	Antes de sua primeira consulta em uma unidade de saúde pública, os pacientes receberam tratamento de uma variedade de fontes informais: a Igreja Ortodoxa , onde foram tratados com água benta (24%) ; médicos privados (13%) ; fornecedores de drogas rurais (7%) e curandeiros tradicionais (3%). A mediana de atraso geral do paciente foi de 30 dias (média = 60 dias), foi significativamente associada com fatores tanto do paciente - relacionados e relacionados com o tratamento .	Etiopia
Sengupta et al., 2006	Social impact of tuberculosis in southern Thailand: views from patients, care providers and the community	Qualitativa – Grupo focal	Doentes de Tuberculose	Das respostas informadas pelos entrevistados, foi identificado dois marcos conceituais sobre o estigma e de apoio social. O primeiro modelo dicotomizado o significado da TB em ' bons ' e ' maus ' fatores relacionados ao apoio social e estigma , respectivamente. O segundo modelo identificou três temas - de gravidade da doença , religião e conhecimento de TB - ligados a um ou outro estigma , apoio social, ou ambos.	Tailândia

Farah Mohamed et al., 2006	Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway	Estudo Retrospectivo	Registros sistema de informação do Programa de Tuberculose, caso clínico	Uma alta proporção de pacientes tiveram atrasos totais em início de tratamento da TB superior a dois meses . Este estudo enfatiza a necessidade de conscientização da tuberculose na população em geral e entre os profissionais de saúde. TB extra -pulmonar deve ser considerada como diagnóstico diferencial em casos não resolvidos , especialmente para os imigrantes de países com alta prevalência de tuberculose	Noruega
Wang et al., 2007	Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: descriptive study of delay in diagnosis.	Transversal	Entrevistas com, doentes de Tuberculose	Os resultados deste estudo indicam que fatores do paciente e médico-relacionados contribuem significativamente para os atrasos no diagnóstico de pacientes com tuberculose não residentes em cidades chinesas.	China
Jamal; Moherdai, 2007	Tuberculosis and HIV infection in Brazil: magnitude of the problem and strategies for control.	Revisão de Literatura	Propor estratégias para minimizar o impacto epidemiológico de AIDS sobre a tuberculose no Brasil , com base em uma análise do cenário atual e da interação entre uma doença sobre a	A maneira pela qual as políticas de saúde voltadas para o controle da epidemia de HIV / AIDS é analisado - como o acesso a medicamentos anti-retrovirais e campanhas para a detecção precoce da infecção pelo HIV e para estimular a adesão ao tratamento - e seu impacto sobre o alcance das metas relacionadas à controle da tuberculose. A implementação de medidas para prevenir o aparecimento da tuberculose em indivíduos infectados pelo HIV, detecção precoce da doença tuberculose, e garantir a adesão ao tratamento.	Brasil

			outra		
Ignotti et al., 2007	Analysis of the Tuberculosis Control Program in the city of Cáceres, Brazil, prior to and after the implementation of a Family Health Program.	Quantitativa	Programa de Controle de Tuberculose de Cáceres MT	A incidência de tuberculose foi reduzida de 99,4 para 49,8 (por 100.000 habitantes) entre 1999 e 2004 . Os pacientes acompanhados pelo Programa de Saúde da Família apresentaram uma taxa de cura 16,4% menor do que os pacientes atendidos na unidade de referência , assim como ser mais propensos a abandonar o tratamento (OR = 2,93 , IC 95%: 1,15-7,46) e morrer (OR = 5,71 , 95% CI : 1.8518.1). A descentralização dos serviços de tratamento para unidades de saúde da família não resultou em melhoria no atendimento e acompanhamento dos casos de tuberculose na cidade de Cáceres.	Brasil
Varma et al., 2007	Evaluating the potential impact of the new Global Plan to Stop TB: Thailand, 2004-2005.	Quantitativo	Estratégia de controle de TB na Tailândia	Na Tailândia, a nova estratégia da OMS aumentou a detecção de casos e de colaboração com o setor privado, e melhoria dos serviços de HIV para pacientes com TB e diagnóstico da MDR -TB . É necessária uma análise mais aprofundada dos resultados do tratamento e custos para avaliar o impacto deste programa e relação custo-eficácia	Tailândia
Bassili et al., 2008	Diagnostic and Treatment Delay in Tuberculosis in 7 Countries of the Eastern Mediterranean Region	Quantitativo	Estudo transversal realizado em sete países do mediterraneo	Tempo médio de atraso entre o início dos sintomas até o tratamento com drogas antituberculose variou de 1,5 a 4 meses em diferentes países.	Paquistão

Cáceres-Manrique; Orozco-Vargas, 2008	Demora en a diagnóstico de tuberculosis pulmonar en una región de Colombia	Transversal	Doentes de TB.	O tempo médio de atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar foi de 120 dias. Este foi mais elevada do que em outros estudos que relataram atraso como sendo 42-119 dias.	Colômbia
Murcia et al., 2008	Evaluación de a indicadores operacionales a programa de a tuberculosis.	Quantitativo	Programa de controle de Tuberculose em Cuba	Sob as condições de organização dos serviços de APS , não é um todo alcançado pela equipe de saúde médico e enfermeiro de família pode garantir o diagnóstico precoce a esse nível de cobertura de cuidados , que está localizado dentro do comunidade que está permanentemente em estreito contato com ele. No entanto, um número significativo de casos são diagnosticados tardiamente em nossos serviços gerais hospitalares em nossos hospitais	Cuba
Zerbini et al., 2008	Delay in tuberculosis diagnosis and treatment in four provinces of Argentina	Retrospectivo (revisão de prontuário e entrevistas de pacientes)	Doente de tuberculose na Argentina	Atraso no diagnóstico é um problema importante nas áreas estudadas. Atraso do paciente foi associada com idade > 50 anos, a dependência do transporte para a assistência técnica mais próxima de saúde pública devido à distância e presença de tosse.	Argentina
Mauch et al., 2010	Structure and management of tuberculosis control programs in fragile states—Afghanistan, DR Congo, Haiti, Somalia.	Inventário estruturado	Doze unidades de atenção ao controle da Tuberculose: Afeganistão, Republica Democrática do Congo, Haiti e	Notificações de caso e os resultados do tratamento têm aumentado em todos os quatro países desde 2003 (as taxas de sucesso de tratamento de 81-90%). O acesso aos cuidados e detecção de casos no entanto mantiveram-se insuficiente (taxas de detecção de casos 39-62%). Apesar dos desafios na gestão, coordenação, segurança, logística e financiamento, os programas de controle da TB	Afeganistão, Republica Democrática do Congo, Haiti e Somália

			Somália	pode funcionar em Estados frágeis, mas enfrentam problemas consideráveis no acesso ao diagnóstico e tratamento e, portanto, a detecção de casos.	
Belay et al., 2010	Diagnostic and treatment delay among Tuberculosis patients in Afar Region, Ethiopia: a cross-sectional study.	Estudo Transversal	Doentes de Tuberculose em Afar	O atraso total médio foi de 70,5 dias , com uma média de atraso de tratamento de 1 dia. Há uma longa demora no diagnóstico e início do tratamento e este foi principalmente atribuível ao sistema de saúde.	Etiópia
Ponce et al., 2013	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil	Quantitativa - Estrutura e processo	Doente de Tuberculose de São José do Rio Preto SP.	Quase a metade dos pacientes inicialmente veio para departamentos de atendimento de emergência (49,4%), e a maioria dos diagnósticos de tuberculose foram feitas em hospitais (39,5%) e serviços de cuidados primários (30,9%). Serviços especializados foram associados com o melhor desempenho diagnóstico , ao contrário de serviços de emergência , com o pior desempenho.	Brasil
Villa et al., 2013	Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil	Quantitativa, transversal	Dados secundários e entrevistas com pacientes em regiões diferentes do país.	Atenção Primária à Saúde (APS) apresentou o maior tempo de diagnóstico e a menor proporção de diagnósticos . Os serviços associados ao diagnóstico na primeira consulta foram os serviços especializados e os Programas de Controle da Tuberculose , que oferecem consultas e exames no local.	Brasil

Seddiq et al., 2014	Implementing a successful tuberculosis programme within primary care services in a conflict area using the stop TB strategy: Afghanistan case study	Estudo de caso	Informantes-chaves envolvidos com o tratamento de TB nos cuidados de atenção básica	Incidência de TB e mortalidade por 100.000 diminuiu de 325 para 92 e de 189 para 39, respectivamente, enquanto o sucesso de notificação e tratamento caso melhorou durante a década em estudo. A implementação desta estratégia no Afeganistão é um exemplo de que os programas de saúde pública pode ser efetivamente implementado em Estados frágeis. Compromisso político e forte liderança local são fatores essenciais para tais programas.	Afeganistão
Kuznetsov et al., 2014	A comparison between passive and active case finding in TB control in the Arkhangelsk region.	Estudo transversal	Doente de Tuberculose relacionado ao atraso no diagnóstico	Na Rússia, a busca ativa de casos (BAC) para determinados grupos populacionais tem sido praticada de forma ininterrupta durante muitas décadas, mas há estudos comparando BAC e caso passiva encontrar (BPC) se aproxima na Rússia foram publicados. Pacientes diagnosticados através BAC tende a subestimar os sintomas da tuberculose e mostrou baixa atenção à sua própria saúde. No entanto, a BAC permitiu descobrir os pacientes de TB antes do BPC, e esse foi também o caso de pacientes com abuso de álcool. Sistemas BPC deve ser complementada com estratégias BAC.	Rússia

No Brasil, a Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (REDE-TB) incluiu a investigação de serviços de saúde (SS), com o objetivo de avaliar os SS, os resultados e o processo pelo qual a assistência é prestada. O Grupo de estudos Operacionais (GEOTB) realiza avaliações de saúde quantitativa e qualitativa do serviço, bem como estudos epidemiológicos observacionais.

Um estudo multicêntrico desenvolvido por este grupo, organizado por Villa e Ruffino Netto (2009) teve por objetivo avaliar as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em Centros Urbanos de diferentes regiões do Brasil. O grupo vivenciou diferentes cenários para seleção da amostra, na qual foi constituída por cinco categorias de informantes como Doente de TB, Profissionais de saúde, Agentes Comunitário de Saúde, Gestores e Sociedade Civil.

Os dados fornecem informações necessárias sobre os fatores socioculturais, organizacionais, geográficos que levam a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente a um tempo maior de diagnóstico da TB. Não obstante a isso, espera-se contribuir com os gestores no planejamento, organização, gerência, monitoramento e avaliação das ações de controle da TB inseridos no SUS.

No estudo conduzido por Oliveira *et al.* (2009a) ao avaliar o acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto – SP (2007) destacam que grande parte dos diagnósticos de TB foram realizados em níveis secundários e terciários de atenção em saúde (12% APS, 48% serviços especializados, 20% hospitais), enquanto que a atenção básica foi pouco representativa na realização dos diagnósticos, o contrário do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica.

Villa e Ruffino Netto (2011a) salientam que os pacientes em seu primeiro contato com a unidade de pronto atendimento e os serviços de atenção básica, não foram efetivos para a suspeição e/ou solicitação de exames de apoio ao diagnóstico, o que reflete negativamente nos pressupostos elencados pelo Ministério da Saúde, de que a APS seja a porta de entrada ao doente, sendo capaz de diagnosticar 70% e curar 85% dos casos de TB.

No estudo sobre barreiras econômicas na acessibilidade do doente ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto-SP (2007), Arcênio *et al.* (2011) mostram as dificuldades enfrentadas pelo doente na acessibilidade ao tratamento, como grandes distâncias ao serviço e assim despesas com transporte ou atrasos no emprego,

acarretando prejuízos ao orçamento familiar. Identificou-se medidas por parte dos serviços de saúde que atenuam os gastos do doente, tais como: oferecimento de vale transporte ou alimentação, entretanto restringe-se a um número reduzido de doentes.

Na investigação de Assis *et al.* (2009) sobre coordenação da assistência à tuberculose em SS de Ribeirão Preto-SP na perspectiva do doente em 2007, destacam deficiência na continuidade da assistência, tendo em vista a necessidade do desenvolvimento de ações articuladas e integradas a outros serviços para a continuidade e integralidade da assistência dos doentes, estejam eles situados em programas de saúde pública ou qualquer nível do sistema de saúde.

Ao avaliar o acesso ao diagnóstico de tuberculose em Itaboraí - RJ, Motta *et al.*, (2009) observaram larga cobertura de DOTS (100%) e reduzido abandono (taxa anual inferior a 4%), um percentual de 52,73% dos entrevistados do PSF e 62,01% da Unidade de Referência consideraram adequado o acesso ao diagnóstico de TB, o que os leva a questionar qual seria a estratégia inovadora a ser adotada para melhorar a fornecimento deste serviço.

Estudo realizado na região nordeste do país, avaliou as características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde no município de Campina Grande/PB, Brasil (2007), destaca a barreira geográfica como dificuldade encontrada, sugerindo a necessidade de uma efetiva intervenção dos gestores e profissionais de saúde, de modo a identificar os fatores que estão influenciando na demanda de tratamento da TB em locais não próximos ao domicílio do doente (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

Nogueira *et al.* (2007), em seu estudo sobre busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da TB na percepção do Agente Comunitário de Saúde, em Ribeirão Preto-SP, observaram lacunas nos canais de informação o que aponta fragmentação dos SS. Os diferentes pontos de atenção são isolados, apresentam falhas na comunicação e no fluxo de informação, dificultando a continuidade da atenção iniciada, o que impede uma ação de integralidade na assistência.

Para Moroe *et al.* (2008), no estudo realizado com os coordenadores do Programa de Controle de TB de nove municípios prioritários do estado de São Paulo apontaram o descompasso entre a transferência de responsabilidades das ações de controle da TB para a atenção básica e a inadequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos para o manejo da doença no sistema de saúde.

Já nos achados de Oliveira *et al.* (2009b), que avaliaram o desempenho dos serviços de saúde no controle da TB com enfoque na família e orientação para comunidade na percepção do doente, consideraram importante a ampliação da visão epidemiológica dos profissionais de saúde cuja a atenção está focalizada intimamente no doente, o que evidenciou poucas ações preventivas a família/comunidade, havendo maior necessidade de aproximação dos profissionais de saúde no contexto profissional-doentes-familiares-comunidade.

Villa e Ruffino Netto (2011b), ao analisar o desempenho dos serviços de saúde das diferentes regiões do Brasil, destacam dois tipos de obstáculos existentes, sendo estrutural e organizacional, principalmente no nordeste. O qual foi caracterizado por dificuldade no acesso ao serviço de saúde e a integração entre os níveis de atenção.

Em síntese, os estudos avaliativos são importantes para a identificação de deficiências na gestão, na assistência e na operacionalização dos serviços corroborando para melhoria na assistência a população, investimento adequado de recursos com efetividade nos programas de atenção e dentre outros. Com vista à tuberculose, fomenta a identificação das fragilidades e potencialidades do acesso ao diagnóstico e tratamento da doença e consequente resposta rápida para intervenção de problemas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o desempenho dos serviços de saúde no controle da tuberculose do município de Dourados MS.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar os serviços de saúde indígena e não indígena em Dourados/MS;
- ✓ Identificar diferenças no acesso ao diagnóstico e tratamento entre os diferentes serviços de saúde.

REFERENCIAS

1. Arcêncio RA, Villa TCS, Arakawa TO, Oliveira MF, Gonzales RIC, Scatena LM, Ruffino Netto. Barreiras econômicas na acessibilidade do doente ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto-SP (2007). In: **Tuberculose: pesquisas operacionais** / organizadores Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino Netto. 1. ed. -- Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2009.
2. Assis EG, Villa TCS, Gonzales RIC, Scatena LM, Beraldo AA, Andrade RLP, Monroe AA. Coordenação da Assistência à tuberculose em Serviços de Saúde de Ribeirão Preto-SP na perspectiva do doente, 2007. In: **Tuberculose: pesquisas operacionais** / organizadores Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino Netto. 1.ed. Ribeirão Preto, SP : FUNPEC Editora, 2009.
3. Augusto CJ , Carvalho Wda S , Gonçalves AD , Ceccato Md , de Miranda SS: Características da tuberculose no estado de Minas Gerais, Brasil: 2002-2009. [Characteristics of tuberculosis in the state of Minas Gerais, Brazil: 2002-2009]. **J Bras Pneumol.** junho 2013, 39 (3):357-64.
4. Barreira D, Granjeiro, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol.41 suppl.1 São Paulo Sept. 2007
5. Beeby CE. **The meaning of evaluation. Current Issues in Education, 4: Evaluation.** Wellington: Department of Education, 1977.
6. Beraldo AA, Arakawa T, ES Pinto , Andrade RL , AD Wysocki , da Silva Sobrinho RA , Scatolin BE , Orfão NH , Ponce MA , Monroe AA , Scatena LM , Villa TC: Atraso na busca por serviços de saúde para o diagnóstico da tuberculose em Ribeirão Preto, São Paulo. **Cien Saude Colet.** 2012 Nov; 17 (11):3079-86
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. – 6. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à descentralização. Coordenação Geral de Apoio à gestão. **Descentralização: Diretrizes operacionais dos países pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
9. _____. 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 a.
10. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015.** Brasília: Ministério da Saúde. 2011(b)
11. Brunello ME , de Paula Andrade RL , Monroe AA , Arakawa T , Magnabosco GT , Orfão NH , Scatena LM , Villa TC: Tuberculosis diagnostic pathway in a municipality in south-eastern Brazil. **Int J Tuberc Lung Dis** 2013 Oct, 17 (10 Suppl 1) :41-7.
12. Cáceres-Manrique; Orozco-Vargas. Demora en a diagnostico de tuberculosis pulmona en una región de Colombia, 2008.

13. CDC. Center For Disease Control And Prevention. **Guidelines for preventing the transmission of Mycobacterium tuberculosis in health-care settings**. Center for Disease Control and prevention MMWR: Recommendations and Reports 2005;54 (RR17):1-141.
14. Brousselle et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
15. Cheade MFM, Ivo ML, Siqueira PHGS, Sá RG, Honer MR. Caracterização da Tuberculose em portadores de HIV/AIDS em um serviço de referência de Mato Grosso do Sul. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2009, vol.42, n.2, pp. 119-125.
16. Contandriopoulos AP et al., Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cadernos de Saúde Pública**, 15(2): 253-256, 1997
17. Costa, DC: Política indigenista 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.
18. 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.
19. Culqui DR, Trujillo, Omar V, Cave, Neptalí Tuberculose na população indígena do Peru 2008. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública** 2010, 27:8-15.
20. Champagne et al. **A avaliação no campo da Saúde: conceitos e métodos**. In: Brousselle et al., **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
21. Diez M, Bleda MJ, Alcaide J, Castells C, Cardenal JI, Dominguez A, Gayoso P, Guitierrez G, Huerta C, Lopez MJ, et al: Determinants of health system delay among confirmed tuberculosis cases in Spain. **Eur J Public Health** 2005, 15:343-349.
22. Donabedian A. **Evaluating the Quality of Medical Care**. Milbank Mem. Fund. Q. 44:166, Part 2, 1966.
23. Donabedian, Avedis. **Evaluating the quality of medical care**. The Milbank Quarterly, v.83, n.4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/Eval.%20Quality%20of%20Med.%20Care.pdf>
24. Donaldson AE. Is operational research true science? What should it be used for?. **Public Health Action**. 2013, 3(3):189
25. DRUMMOND MF *et al.* **Méthodes d'Évaluation Économique des Programmes de Santé**. 2. Ed. Paris: Economica, 1998.
26. DYE C. **Epidemiology**. In: Daves PDO, London, ed. Clinical tuberculosis. p. 21-42, 2003.
27. Wang W, Jiang Q, Abdullah AS, Xu B. Barriers in accessing to tuberculosis care among non-residents in Shanghai: descriptive study of delay in diagnosis. **Eur J Public Health**. 2007 Oct;17(5):419-23. Epub 2007 Apr 4
28. Figueiredo TMRM, Villa TCS, Ruffino Netto A, Scatena LM. Acesso ao tratamento de tuberculose: avaliação das características organizacionais e de desempenho dos serviços de saúde – Campina Grande/PB, Brasil (2007). . In: **Tuberculose : pesquisas operacionais** / organizadores Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino Netto. -- 1. ed. -- Ribeirão Preto, SP : FUNPEC Editora, 2009
29. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Tuberculose – **guia de vigilância epidemiológica**/elaborado pelo Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. – Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002

30. Golub JE, Mohan CI, Comstock GW, Chaisson RE. Active case finding of tuberculosis: historical perspective and future prospects [Review Article]. **Int J Tuberc Lung Dis** 2005; 9(11): 1183-203.
31. Guba EG, **Lincoln YS. Fourth Geration Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
32. Habibullah S, Sadiq A, Anwar T, Sheikh MA. Diagnostic delay in tuberculosis and its consequences. **Pakistan Journal of Medical Science**, Karachi, v. 20, n.3, p. 266-269, 2004.
33. Hernandez Sarmiento JM, Davila Osorio VL, Martinez Sanchez LM, Restrepo Serna L, Grajales Ospina DC, Toro Montoya AE, Arango Urrea V, Vargas Grisales N, Estrada Gomez M, Lopera Valle JS, et al: Tuberculosis in Indigenous Communities of Antioquia, Colombia: Epidemiology and Beliefs. **J Immigr Minor Health** 2012.
34. Heufemann NEC, Maria Jacirema Ferreira Gonçalves JFC, Garnelo ML: Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari[Evaluation of a tuberculosis control program in an Amazonian scenario: challenges in Coari] **Acta Amaz.** 2013. Manaus, 43(1):33
35. Ignotti E, Oliveira BFA, Hartwing S, Oliveira GC, Scatena JHG. Análise do programa de controle de tuberculose em Cáceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 287-294, 2007.
36. Jamal LF, Moherdaui F. Tuberculosis and HIV infection in Brazil: magnitude of the problem and strategies for control. 2006
37. KONEMAN *et al.* **Diagnóstico Microbiológico** - Texto e Atlas Colorido. 5ª Ed. / MEDSI, 2001.
38. Kuznetsov VN, Grijbovski AM, Mariandyshev AO, Johansson E, Bjune GA. A comparison between passive and active case finding in TB control in the Arkhangelsk region. **Int J Circumpolar Health**. 2014 Feb 14;73.
39. Law Sd, Wood R, Wilkinson R. Changing concepts of "latent tuberculosis infection" in patients living with HIV infection. **Clinical and Developmental Immunology**, v. 2011, 9p, 2011.
40. Madaus G, Stuffebem D, Scriven M. **Program evaluation: a historical overview**. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1989.
41. 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.
42. 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.
43. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**. 2003; 27(65): 243-256.
44. 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.

45. Menezes AMB, Costa JDd, Gonçalves H, Morris S, Menezes M, Lemos S, Oliveira RK, Palma E: Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. [Incidence and risk factors for tuberculosis in Pelotas, a city in the south of Brazil]. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 1998, 1:50-60.
46. Mesfin MM, Newell JN, Walley JD, Gessesew a, Madeley RJ. Delayed consultation among pulmonary tuberculosis patients: a cross seccitional study of 10 DOTS districts of Ethiopia. **BMC Public Health, London**, v. 9. N.53, p. 1-10, 2009.
47. Motta MCS, Villa TCS, Kritski AL, Ruffino Netto A, Silva DF, Griep RH, Scatena LM, Palha P. Acesso ao diagnóstico de tuberculose em Itaboraí: PSF vs Unidade de Referência. In: **Tuberculose : pesquisas operacionais** / organizadores Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino Netto. -- 1. ed. -- Ribeirão Preto, SP : FUNPEC Editora, 2009.
48. Farah MG, Rygh JH, Steen TW, Selmer R, Heldal E, Bjune G. Patient and health care system delays in the start of tuberculosis treatment in Norway. **BMC Infect Dis.** 2006 Feb 24;6:33.
49. Nogueira JA, Ruffino Netto A, Monroe AA, Cardoso Gonzales RI, Villa TCS. Busca ativa de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose na percepção do Agente Comunitário de Saúde. **Rev. Eletrônica de Enfem. Goiania**, v. 9, n. 1, p. 106-18, 2007.
50. Odusanya OO, Babafemi JO. Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria. **BMC Public Health, London**, v. 4, n.18, p. 1-5, 2004.
51. Oliveira MF, Villa TCS, Arcenio RA, Scatena LM, Ruffino Netto. O acesso ao diagnóstico da TB nos serviços de saúde do município Ribeirão Preto – SP (2007). In: **Tuberculose: pesquisas operacionais** / organizadores Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino Netto. -- 1. ed. -- Ribeirão Preto, SP : FUNPEC Editora, 2009a.
52. Oliveira, SA da C, Ruffino Netto A, Tereza TCS, Vendramini SHF, Andrade RL de P, Scatena LM. Serviços De Saúde No Controle Da Tuberculose: Enfoque na família e orientação para a comunidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.17 No.3 Ribeirão Preto May/June 2009b.
53. Patton MQ. **Comparing evaluation models**. In: PATTON, M.Q. Utilization focused evaluation: the news century text. 3rd ed; Thousand Oaks: Sage, 1997. P.1-22
54. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e prática. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.
55. Ponce MA, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RL , Arakawa T , Ruffino Netto A , AA Monroe , Scatena LM , SH Vendramini , Villa TC: O diagnóstico de tuberculose e avaliação do primeiro serviço de saúde utilizado por pacientes em São José do desempenho do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. [Tuberculosis diagnosis and performance assessment of the first health service used by patients in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil]. **Cad Saude Publica**. 2013 maio; 29 (5):945-54.
56. Raviglione MC. **The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015**. Bulletin of the Word Health Organization. Geneva, v.85, n.5, p.327-327, 2007.
57. 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.
58. Ruffino-Netto A: Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do Sus** 2001, 10:129-138.
59. Sanchez-Perez HJ, Diaz-Vazquez A, Najera-Ortiz JC, Balandrano S, Martin-Mateo M: Multidrug-resistant pulmonary tuberculosis in Los Altos, Selva and Norte regions, Chiapas, Mexico. **Int J Tuberc Lung Dis** 2010, 14:34-39.

60. Santos JS, Beck ST. A coinfeção tuberculose e HIV: um importante desafio - Artigo de revisão. **RBAC**, vol. 41(3): 209-215, 2008
61. Scatena LM et al. Dificuldades de acesso a services para diagnostic de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, p.389-97, 2009.
62. Shah Ns, Pratt R, Armstrong L, Robison V, Castro Kg, Cegielski Jp. Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in the United States, 1993-2007. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**. 2008 November 12, 2008;300(18):2153-60.
63. Sistema de Informação Agravos de Notificação (SINAN). 2009
64. Soares CE , Pacheco AG , Mello FC , Durovni B , Chaisson RE , Cavalcante SC: Improvements in treatment success rates with directly observed therapy in Rio de Janeiro City. **Int. J. Tuberc Lung Dis**. 2006 Jun, 10 (6):690-5.
65. Starfield, B. et al. **Measuring consumer experiences with primary care**. *Pediatrics*, United States, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.
66. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília (DF): Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002
67. Suchman E. **Evaluative Research: principles and practice un public service and social action program**, New York: Russel Sage, 1967.
68. Toman K. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis Deteccion de casos y quimioterapia. Publicacion Científica 1980; 392.
69. Torres Filho SR. **Tuberculose**. In: Tavares W, Marinho LAC. (ed.). Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, p.977 – 993, 2007.
70. Villa TCS, Ruffino Netto A. **Diagnóstico da Tuberculose: Avaliação dos serviços de saúde em municípios de diferentes regiões do Brasil**. Ribeirão Preto,SP: FUNPEC editora, 2011a.
71. Villa TCM, Ruffino Netto A et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a Cross-sectional study. **BMC: Health Services Research**, 2011b. 11:214
72. Villa TCS, Ruffino-Netto A: Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da TB no Brasil. [Questionnaire for evaluating the performance of primary care services for TB control in Brazil]. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 2009, 35:610-612.
73. Villa TC, Ponce MA , Wysocki AD , Andrade RL , Arakawa T , Scatolin BE , Brunello ME , Beraldo AA , Scatena LM , Monroe AA , Sobrinho RA , de Sá LD ,Nogueira JDE A , Assis MM , Cardozo-Gonzales RI , Palha PF : O diagnóstico precoce da tuberculose nos serviços de saúde em diferentes regiões do Brasil [Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil]. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2013 Jan-Feb; 21 Spec no :190-8.
74. Weiss CH. **Evaluating educational and social action programs: a treeful of owls**. Boston Inc. 1972.
75. WHO. **The Stop TB strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals**. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2006.
76. _____WORD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report**. Geneva,Switzerland:World Health Organization; 2009.

77. _____ World Health Organization. **Global tuberculosis control**. WHO report 2011 In *Book World Health Organization. Global tuberculosis control. WHO report 2011*.
78. Yimer S, Bjune G, Alene G. Diagnostic and treatment delay among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Infect Dis**. 2005 Dec 12;5:112.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

História natural da tuberculose no município de Dourados (MS).

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa . Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados pelo telefone 34110361..

O Senhor foi selecionado para participar dessa pesquisa. Essa doença acomete grande parcela da população do município de Dourados. O objetivo desse estudo e tentar determinar os locais onde ocorre a maioria dos casos para que possamos melhorar o atendimento dos pacientes com essa doença.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com perguntas relacionadas à sua doença e os serviços de saúde que são prestados ao senhor. Iremos coletar uma amostra de escarro. A sua participação acarretará riscos mínimos a sua saúde. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. **Se durante a aplicação do questionário ou coleta do material o senhor apresentar algum problema ou detectarmos que o senhor precisa de acompanhamento especializado encaminharemos para atendimento médico ambulatorial no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Nossa equipe estará disponível nesse estabelecimento toda quinta-feira no período da tarde.**

Se o(a) sr(a) aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida o sr.(a) poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados pelo telefone 34110361.

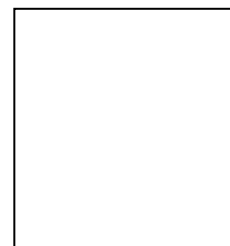
Julio Henrique Rosa Croda

Universidade Federal da Grande Dourados, Faculdade de Ciências da Saúde.
Rodovia Dourados Itaum Km 12, 79804-970 - Dourados, MS - Brasil - Caixa-Postal: 322


Telefone: (067) 34102327

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome:



APÊNDICE 2

Universidade Federal da Grande Dourados Faculdade de Ciências da Saúde História natural da tuberculose no município de Dourados (MS). Estudo T1 - CASO		
BLOCO A – INFORMAÇÕES GERAIS		
1. O Entrevistado é caso ou controle? (1) Caso (2) Controle 2. O médico já te disse que o Sr.(a) teve ou tem Tuberculose? (1) Sim (2) Não (3) NSA 3. Número do questionário _____ 4. Responsável pela coleta de dados: _____ 5. Data da coleta de dados: ____/____/____ 6. Digitador: _____ 7. Data da digitação: ____/____/____ 8. Número no SINAN: _____ 9. Prontuário: _____ 10. Nome do paciente: _____ 11. Endereço: _____ 12. Número da unidade de saúde de notificação: _____ 13. Número da unidade de saúde de acompanhamento: _____ 14. Data da notificação: ____/____/____ 15. Data do diagnóstico: ____/____/____ 16. Faz tratamento Supervisionado: __ (1) Sim (2) Não (8)-Ignorado 17. Forma Clínica da Tuberculose: __ (1) Pulmonar (2) Extrapulmonar (8)-Ignorado 18. Data do início do tratamento: ____/____/____ 19. Sexo: __ 20. Data de Nascimento: ____/____/____ 21. Tipo de entrada: __ (1) Caso novo (2) Recidiva (3) Reingresso após abandono (4)-Não sabe (5) Transferência 22. Se extrapulmonar: __ (1)-Pleural (2) Ganglionar, 3-Genito-urinária, 4-Óssea, 5-Ocular, 6-Miliar, 7-Meningite, 8-Outras, 9-NSA) 23. Realizou exame de escarro? __ (1) Positiva (2) Negativa (3) Não realizada 24. Realizou exame de outro material: __ (1) Positiva (2) Negativa (3) Não realizada 25. Realizou Cultura de escarro: __ (1) Positiva (2) Negativa (3) Em andamento (4) Não realizada (5) Não sabe 26. Realizou Cultura de outro material: __ (1) Positiva (2) Negativa (3) Em andamento (4) Não realizada (5) Não sabe 27. Realizou biopsia? __ (1) BAAR positivo (2) Sugestivo de TB (3) Não sugestivo de TB (4) Em andamento (5) Não realizado (6)-Não sabe 28. HIV positivo: __ (1) Positivo (2) Negativo (3) Em andamento (4) Não realizado	1. __ 2. __ 3. _____ 4. ____ 5. ____/____/____ 6. _____ 7. ____/____/____ 8. _____ 9. _____ 12. _____ 13. _____ 14. ____/____/____ 15. ____/____/____ 16. __ 17. __ 18. ____/____/____ 19. __ 20. ____/____/____ 21. __ 22. __ 23. __ 24. __ 25. __ 26. __ 27. __ 28. __	
BLOCO B – INFORMAÇÕES SÓCIO DEMOGRÁFICAS		
29. O senhor nasceu em que cidade? _____ 30. E em qual Estado? ____ 31. Qual a sua cor ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena 32. (Se indígena) Qual a sua etnia? __ (1) Guarani-Kaiwá (2) Guarani-Nhandeva (3) Terena (4) Kadiwéu (5) Guató (6) Kinikinaw (7) Ofaié (8) Outros (_____) 33. Qual o número do seu telefone de casa? _____ 34. Qual o número do seu telefone celular? _____ 35. O(a) Sr.(a) poderia nos informar algum endereço de um parente? 36. O(a) Sr.(a) poderia nos informar algum telefone de um parente? _____ 37. O(a) Sr.(a) é?	30. ____ 31. __ 32. __ 33. _____ 34. _____ 36. _____ _____	

- (1) Casado ou vive com companheiro(a)
 (2) Viúvo(a)
 (3) Separado(a)/divorciado(a)
 (4) Solteiro(a)

37. ___

38. O senhor estava trabalhando quando descobriu que tinha tuberculose? ___
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

38. ___

Se responder NÃO, pular para a questão 41

39. O senhor precisou parar de trabalhar por causa da tuberculose? ___
(1) Sim (2) Não (3) NSA

39. ___

Se responder Não, pular para a questão 41

40. Por quanto tempo o Sr. está (ficou) afastado? (dias) ___ ___ ___ (000) nenhum

40. ___ ___ ___

41. Qual o seu trabalho? _____ (000) nenhuma

41. ___ ___ ___

42. Quantas pessoas moram em sua casa? ___ ___

42. ___ ___

43. Quantos maiores de 60 anos? ___ ___

43. ___ ___

44. Quantas crianças menores de 12 anos? ___ ___

44. ___ ___

Quanto cada pessoa da sua casa ganhou no mês passado? Há algum aposentado?

45. Pessoa 1 R\$ _____ por mês

45. _____

46. Pessoa 2 R\$ _____ por mês

46. _____

47. Pessoa 3 R\$ _____ por mês

47. _____

48. Pessoa 4 R\$ _____ por mês

48. _____

49. Pessoa 5 R\$ _____ por mês

49. _____

50. No mês passado, a família teve outra fonte de renda como aluguel, pensão ou algum dinheiro extra?

50. _____

(1) Não (2) Sim

51. **Se sim**, Quanto? R\$ _____ por mês

51. ___

52. Recebe benefício do governo?

(0) Não recebe

(1) LOAS

(2) Bolsa Família

(3) Outros _____

52. ___

53. Qual foi a última série escolar que o(a) Sr.(a) cursou e foi aprovado (a)?

53. ___

(0) Sem escolaridade

(1) 1-4 Serie. 1ª fase do ensino fundamental (incompl)

(2) 1-4 Serie. 1ª fase do ensino fundamental (compl)

(3) 5-8 Serie. 2ª fase do ensino fundamental (incompl)

(4) 5-8 Serie. 2ª fase do ensino fundamental (compl)

(5) Ensino Médio (incompleto)

(6) Ensino médio (completo)

(7) Ensino superior (incompleto)

(8) Ensino superior (completo)

54. Qual foi a última série escolar que o(a) <.....> cursou e foi aprovado(a)?

54. ___

(0) Sem escolaridade

(1) 1-4 Serie. 1ª fase do ensino fundamental (incompl)

(2) 1-4 Serie. 1ª fase do ensino fundamental (compl)

(3) 5-8 Serie. 2ª fase do ensino fundamental (incompl)

(4) 5-8 Serie. 2ª fase do ensino fundamental (compl)

(5) Ensino Médio (incompleto)

(6) Ensino médio (completo)

(7) Ensino superior (incompleto)

(8) Ensino superior (completo)

55. A casa onde o(a) Sr.(a) vive é:

(1) Próprio

- (2) Alugada
 (3) Cedida ou emprestada
(4) Asilar ou abrigo
(5) Não tem moradia
(6) Presídio
(7) Outra (_____)

Se responder que NÃO tem moradia, mora em asilo ou presídio, ir para a questão 68

56. De qual tipo de material é construída a sua casa? 55. ___
 (1) Tijolo e cimento
 (2) Madeira
 (3) Material Reciclável (plásticos, lonas, papelão, etc)
 (4) Outros (_____)
57. Quantos cômodos têm na sua casa, incluindo o banheiro? ___ 56. ___
 (1)um (2)dois (3)três (4)quatro (5)cinco (6) 6 ou mais peças
- O(a) Sr.(a) possui ?
58. Água Encanada: **(1) Sim (2) Não** 61. Máquina de Lavar **(1) Sim (2) Não** 57. ___ 60. ___
 59. Luz Elétrica: **(1) Sim (2) Não** 62. Vídeo cassete / DVD **(1) Sim (2) Não** 58. ___ 61. ___
 60. Geladeira: **(1) Sim (2) Não** 63. Freezer ou geladeira duplex **(1) Sim (2) Não** 59. ___ 62. ___
- O(a) Sr.(a) tem quantas (os)?
64. Televisão em cores ___ 67. Carro próprio ___ 62. ___ 65. ___
 65. Rádio ___ 68. Empregada mensalista ___ 63. ___ 66. ___
 66. Banheiro com vaso sanitário ___ 64. ___

BLOCO C –PORTA DE ENTRADA E SAÚDE DO CASO CONFIRMADO

- Qual foi o primeiro serviço de saúde que o(a) Sr.(a) procurou quando começou a ter os sintomas da TB como tosse ou febre ou emagrecimento?
69. Nome: _____
70. Com que frequência o(a) Sr.(a) passa mal por causa da tuberculose? 69. ___
 (1) Sempre (2) Quase Sempre (3) Às vezes (4) Quase Nunca (5) Nunca (0) **NSA**
71. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem problemas relacionados ao tratamento ou remédios da TB? 70. ___
 (1) Sempre (2) Quase Sempre (3) Às vezes (4) Quase Nunca (5) Nunca (0) **NSA**
72. O(A) sr(a) fuma? 71. ___
(1) Sim (2) Não
- Se responder Não, pular para a questão 74**
73. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia? ___ 72. ___
(1) 1-4 cigarros
(2) 5-9 cigarros
(3) 10-14 cigarros
(4) 15-19 cigarros
(5) 20-29 cigarros
(6) 30-39 cigarros
(7) 40 ou + cigarros
74. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar ? ___ 73. ___
- Se o entrevistado fuma, pular para a questão 77**
75. O(a) sr(a) já fumou? ___ 74. ___
(1) Sim (2) Não
76. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? ___ 75. ___
77. Tem alguém em sua casa que fuma? 76. ___
(1) Sim (2) Não
78. O(a) Sr(a) toma bebidas alcoólicas: 77. ___
(1)Sim (2) Não

Se responder não, pular para a questão 82

79. Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1)Sim (2) Não (3) NSA	78. ___
80. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (1)Sim (2) Não (3) NSA	79. ___
81. O(A) senhor(a) se sente chateado(a) consigo(a) mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica? (1)Sim (2) Não (3) NSA	80. ___
82. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (1)Sim (2) Não (3) NSA	81. ___
83. O(a) sr(a) já usou algum tipo de droga? (1)Sim (2) Não (3) NSA	82. ___
84. Se sim: Quais? _____	83. ___
85. Algum médico já lhe disse que o(a) sr. (a) tem diabetes? (1)Sim (2) Não (3) NSA	84. ___
86. Algum médico já lhe disse que o(a) sr.(a) tem AIDS? (1)Sim (2) Não (3) NSA	85. ___
87. O(a) sr(a) tem ou teve alguma vez problema de nervos? ___ (1)Sim (2) Não (3) NSA	86. ___
Se responder não, pular para a questão 87	87. ___
88. Já consultou com psiquiatra ou psicólogo por causa deste problema? (1)Sim (2) Não (3) NSA	
89. Já internou no hospital por causa deste problema? (1)Sim (2) Não (3) NSA	

BLOCO D – ACESSO AO DIAGNÓSTICO

Qual foi o serviço de saúde que descobriu que o(a) Sr.(a) estava com tuberculose?	
90. Nome: _____	
Qual o serviço de saúde que o senhor faz o tratamento da tuberculose?	
91. Nome: _____	
92. Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), <u>quanto tempo levou para descobrir que tinha TB?</u> (1) 5 ou mais semanas (2) 4 semanas (3) 3 semanas (4) 2 semanas (5) 1 semana (0) NSA (9) Não sabe	90. ___
93. Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento), <u>quantas vezes precisou procurar o serviço de saúde para descobrir que tinha TB?</u> (1) 5 ou mais vezes (2) 4 vezes (3) 3 vezes (4) 2 vezes (5) 1 vez (0) NSA (9) Não sabe	91. ___

Quando o(a) Sr.(a) começou a ter os sintomas da TB (tosse, febre, emagrecimento)	
94. Procurou o serviço de saúde mais perto da sua casa? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase Nunca (5) Nunca (0) NSA (9) Não Sabe	92. __
95. Demorou mais de 1 hora para ser atendido? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase Nunca (5) Nunca (0) NSA (9) Não Sabe	93. __
96. Teve dificuldade para ir ao serviço de saúde? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase Nunca (5) Nunca (0) NSA (9) Não Sabe	94. __
97. Gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase Nunca (5) Nunca (0) NSA (9) Não Sabe	95. __
98. Perdeu o período de trabalho ou compromisso para consultar ? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Quase Nunca (5) Nunca (0) NSA (9) Não Sabe	96. __
BLOCO E – ACESSO AO TRATAMENTO	
99. Se o Sr.(a) passar mal por causa dos remédios ou da TB, consegue uma consulta médica no prazo de um dia na unidade de saúde que faz tratamento? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	97. __
100. Os profissionais da unidade de saúde que acompanham seu tratamento de TB costumam visitá-lo em sua casa? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	98. __
101. O(A) Sr.(a) faz o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima da sua casa? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	99. __
BLOCO F – ADESÃO/VÍNCULO	
102. Quando o(a) Sr.(a) vai à unidade de saúde para a consulta de TB, é atendido pelos mesmos profissionais? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	100. __
103. Se o(a) Sr.(a) tem alguma dúvida sobre o seu tratamento, consegue falar com os mesmos profissionais da unidade de saúde que o atende? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	101. __
104. Quando o(a) Sr.(a) faz alguma pergunta aos profissionais do(a) <.....> sente que é compreendido? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	102. __
105. Os profissionais da unidade de saúde que o(a) Sr.(a) está fazendo o tratamento respondem às suas perguntas de maneira clara? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	103. __
106. Os profissionais da unidade de saúde dão tempo suficiente para que o(a) Sr.(a) tire suas dúvidas ou preocupações? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	104. __
107. Durante o atendimento na unidade de saúde, os profissionais conversam sobre outros problemas de saúde que o(a) Sr.(a) tem? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	105. __
108. Os profissionais da unidade de saúde explicam sobre os remédios utilizados para o tratamento de TB? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	106. __
109. Os profissionais da unidade de saúde perguntam sobre todos os remédios que o(a) Sr.(a) está utilizando? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	107. __
110. O senhor sente algum tipo de preconceito? (1) Sim (2) Não Se responder não, pular para a questão 110	108. __
111. Sente preconceito por parte?	109. __

(1) Da família (2) Dos amigos (3) Dos profissionais de saúde da unidade (4) de outras pessoas	
112. Qual é sua opinião sobre a equipe de saúde que o atende. Dê uma nota: 1; 2; 3; 4 ou 5.	110. __
BLOCO G – ELENCO DE SERVIÇOS	
113. A equipe que o acompanha no tratamento da tuberculose, oferece exame para HIV/AIDS? (1) Sim (2) Não (0) NSA (9) Não Sabe	111. __
114. A equipe que o acompanha no tratamento da tuberculose, oferece pote para exame de escarro todo mês para controle da TB? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	112. __
115. A equipe que o acompanha no tratamento da tuberculose, oferece consulta todo mês de controle para o tratamento da TB? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	113. __
116. A equipe que o acompanha no tratamento da tuberculose, oferece cestas básicas ou vale alimentação? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	114. __
117. Oferece vale transporte? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	115. __
118. Explica sobre os sintomas da TB? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	116. __
119. Explica sobre a transmissão da TB? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	117. __
120. Explica sobre o tratamento da TB? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	118. __
121. Explica sobre outros temas de saúde? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	119. __
122. Realiza visitas domiciliares durante o tratamento? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	120. __
123. Realiza visitas domiciliares por outros motivos além da TB? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	121. __
124. O profissional da unidade de saúde sempre esta disponível quando o Sr. (a) o procura na unidade? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	122. __
125. Tem grupos de doentes que discutem a tuberculose na unidade de saúde que o(a) Sr.(a) faz tratamento? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	123. __
126. Com que frequência o profissional de saúde vai a sua casa entregar as medicações para o tratamento da tuberculose? (1) Nunca (Auto-administrado) (2) Quase Nunca (a cada 15 a 30 dias) (3) Às vezes (1-2 vezes por semana) (4) Quase sempre (3-4 vezes por semana) (5) Sempre (Todos os dias)	124. __
BLOCO H – ENFOQUE A FAMÍLIA	
127. Os profissionais da unidade de saúde perguntam se as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família têm tosse, febre ou emagrecimento? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	125. __
128. As pessoas que moram com o(a) Sr.(a) e/ou sua família foram avaliadas com exame de escarro ou raio-X ou PPD pelos profissionais da unidade? (1) Sim (2) Não (0) NSA (9) Não Sabe	126. __
129. Os profissionais da unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a) ou com a sua família sobre a TB e seu tratamento? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Quase sempre (5) Sempre (0) NSA (9) Não Sabe	127. __
130. As pessoas que trabalham e/ou estudam com o Sr(a) foram avaliadas com exame de escarro ou raio x ou PPD pelos profissionais da unidade?	128. __

(1) Sim (2) Não **(0) NSA (9) Não Sabe****BLOCO I – TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Quais os remédios que o Sr.(a) está usando ou usou para o tratamento da Tuberculose, poderia ver a receita das medicações ou os remédios?

131. Rifampicina:	(1) Sim (2) Não	134. Isoniazida:	(1) Sim (2) Não	129. __ 132. __
132. Etambutol:	(1) Sim (2) Não	135. Estreptomicina:	(1) Sim (2) Não	130. __ 133. __
133. Pirazinamida (Branco):	(1) Sim (2) Não	136. Etionamida:	(1) Sim (2) Não	131. __ 134. __
137. Outras: (1) Sim (2) Não				135. __
138. Se outras , quais? _____				
139. O(A) Sr.(a) apresentou algum mal estar relacionado aos remédios? (1) Sim (2) Não				137. __
140. Se sim , quais? _____				
141. O Sr.(a) faz uso de outros remédios? (1) Sim (2) Não (0) NSA (9) Não Sabe				138. __
142. Se sim . Quais? _____				
143. O Sr(a) já teve TB antes? (1) Sim (2) Não (3) NSA				141. __
144. O Sr(a). conhece alguém com TB? (1) Sim (2) Não (3) NSA				142. __
145. Se sim , o Sr(a) tem contato com essa pessoa? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) As vezes (4) Quase nunca (5) Nunca				143. __
146. O Sr(a) tem a marca da vacina BCG no braço direito? Posso ver? (1) Sim (2) Não (3) NSA				144. __
147. O Sr(a) está ou já esteve preso? (1) Sim (2) Não (3) NSA				145. __
148. O Sr(a) tem contato com alguém que esteve ou está na prisão? (1) Sim (2) Não (3) NSA				146. __
149. Qual seu peso? _____				147. __ __ __
150. Qual sua altura? _____				148. __ __ __
151. Localização do GPS - _____				149. _____
152. Ponto A (__ __ __)				150. _____
	153. Coordenadas do eixo 1: _____			151. _____
	154. Coordenadas do eixo 2: _____			152. _____
155. Ponto B (__ __ __)				153. _____
	156. Coordenadas do eixo 1: _____			154. _____
	157. Coordenadas do eixo 2: _____			155. _____
158. Tipo de evolução: __ __ (01) Cura (02) Abandono (03) Óbito por tuberculose (04) Óbito por outras causas (05) Transferência para o outro município (06) Transferência para outro estado (07) Transferência para outro país (08) Mudança Esquema Intolerância (09) Mudança de Esquema por Falência (10) Ignorado				156. __ __
159. Data da evolução: __/__/__				157. __/__/__
Observações do entrevistador:				158. __ __
				159. __/__/__

160. Se mulher, a Sra. está grávida?	(1)Sim (2)Não			
EFEITOS ADVERSOS (informar data provável do início e do fim do efeito adverso)	0-15 dias	1º mês	2º mês	6º mês
Sistêmicos				
O Sr.(a) teve febre?	161.	162.	163.	164.
Dermatológicos (pele)				
O Sr.(a) sentiu coceira? (Prurido cutâneo, coceira sem lesão na pele)	165.	166.	167.	168.
A pele do Sr.(a) ficou amarelada? (Icterícia)	169.	170.	171.	172.
O Sr.(a) teve alguma alergia ou a pele ficou vermelha? (Exantema, vermelhidão com ou sem lesão na pele)	173.	174.	175.	176.
Gastrointestinais				
O Sr.(a) sentiu falta de apetite? (Anorexia)	177.	178.	179.	180.
O Sr.(a) sentiu alguma dor na região da barriga? (Dor abdominal, epigastria)	181.	182.	183.	184.
O Sr.(a) sentiu vontade de vomitar? (Náusea)	185.	186.	187.	188.
O Sr.(a) vomitou?	189.	190.	191.	192.
Neurológicos				
O Sr.(a) teve queimação ou fraqueza nos braços ou pernas? (Neuropatia periférica queimação nas extremidades e/ou fraqueza neuromuscular)	193.	194.	195.	196.
O Sr.(a) teve dor de cabeça? (Cefaléia)	197.	198.	199.	200.
O Sr.(a) teve alguma alteração na visão? (Neurite óptica, redução do campo visual, ou da acuidade ou da visão de cores)	201.	202.	203.	204.
O Sr.(a) sentiu tontura?	205.	206.	207.	208.
O Sr.(a) teve alguma diminuição na audição?(Hipoacusia, diminuição da capacidade auditiva)	209.	210.	211.	212.
Músculo-esqueléticos				
O Sr.(a) sentiu dores nas articulações? (Artralgia)	213.	214.	215.	216.
O Sr.(a) teve inchaço nas articulações? (Artrite, dor nas articulações, com edema e hipertermia local)	217.	218.	219.	220.
Genitourinários:				
O Sr.(a) sentiu que estava urinando menos? (Oligúria, redução do volume urinário diário)	221.	222.	223.	224.
Data da coleta:	0-15 dias 225. ___/___/___	1º mês 226. ___/___/___	2º mês 227. ___/___/___	6º mês 228. ___/___/___
Resultado:				
TGO	229.	230.	231.	232.
TGP	233.	234.	235.	236.
Fosfatase Alcalina	237.	238.	239.	240.
Gama GT	241.	242.	243.	244.
Bilirrubina Total	245.	246.	247.	248.
Bilirrubina Direta	249.	250.	251.	252.
Bilirrubina Indireta	253.	254.	255.	256.
Albumina	257.	258.	259.	260.
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:				
Antecedentes de:				
261. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem problemas nos rins? (1)Sim (2)Não (3)Não sabe				
262. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem problema no fígado? (1)Sim (2)Não (3)Não sabe				
263. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem ou teve hepatite? (1)Sim (2)Não (3)Não sabe				
264. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem ou teve pressão alta? (1)Sim (2)Não (3)Não sabe				
265. Você faz ou fez uso de plantas medicinais para o tratamento da sua doença? Quais? Quando?				
266. Data de início do tratamento: ___/___/___.				
267. Data de término do tratamento: ___/___/___.				

ANEXO 1

Artigo

Health-service performance of TB treatment for indigenous and non-indigenous populations in Brazil: A cross-sectional study

Everton F Lemos, Aline M S Alves, Giovana de C Oliveira, Marcella P Rodrigues, Natália D G Martins and Julio Croda

ANEXO 2

Texto completo publicado no caderno de Saúde Pública – Cuba Salud.

Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8

Publicação: ACESSIBILIDADE AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PARA INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS NO MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS, BRASIL

Cuba Salud, La Habana, (congresso), diciembre de 2012. ISBN 978-959-212-811-8

ANEXO 3**CONGRESO IBEROAMERICANO DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA**

XXXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología XV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias VIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia La ciencia y la práctica de las políticas de salud: “La inteligencia de la salud pública”

Granada, 4-6 de septiembre de 2013

Publicação: **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO INDÍGENA E NÃO INDÍGENA DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL**

Gac Sanit, Granada/Espanha, vol. 27 (especial congreso), p. 129 - 350, 02 set. 2013.
ISSN 0213-9111

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO INDÍGENA E NÃO INDÍGENA DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL

E.F. Lemos, A.M. Alves Silva, G.C. Oliveira, M.P. Rodrigues, N.D. Garoni Martins, J. Croda
UFGD.

Antecedentes/Objetivos: No mundo e na América Latina, estudos demonstram que a incidência da tuberculose (TB) na população indígena é superior a da população geral. Em Dourados, a incidência para população geral apresenta 40 casos por 100 mil, já para a população indígena essas taxas chegam a 230/100 mil habitantes. Desta forma este estudo objetivou analisar o perfil clínico-epidemiológico da tuberculose entre indígenas e não indígena do município de Dourados, Brasil, entre os anos de 2009-2011.

Métodos: Foi conduzido um estudo transversal, que integrou um projeto mais amplo de Avaliação dos Serviços de Saúde no controle da Tuberculose no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. A população do estudo foi composta por 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. Foi utilizado um instrumento que inclui questões sobre aspectos sócio-demográficos, clínicos e epidemiológicos; local e tipo de tratamento além da avaliação de serviço de saúde para TB.

Resultados: Entre os anos de 2009-2011, foram notificados 186 casos novos de tuberculose em Dourados, MS. Destes, 109 casos foram incluídos no estudo (57 indígenas; 52 não indígena). Os homens eram maioria (60%). Em relação à média de idade, pacientes indígenas tiveram uma menor média de idade do que na população não indígena, respectivamente ($30,29 \pm 25,60$ vs $42,02 \pm 37,58$; $p < 0,01$). Evidenciou-se que os pacientes indígenas com TB apresentavam baixa escolaridade (74% vs 27%; $p < 0,01$), classe social ($5,03 \pm 4,14$ vs $14,06 \pm 5,26$; $p < 0,01$) e renda per capita inferior ($55,82 \pm 61,67$ vs $226,8 \pm 194,1$; $p < 0,01$). A média/desvio padrão de aglomeração por cômodo apresentou-se maior aos indígenas ($2,23 \pm 1,69$ vs $0,99 \pm 1,67$; $p < 0,01$). Dos casos de TB, a sua maioria era na forma pulmonar (90% vs 85%). Evidenciou-se que os indígenas tiveram maior número de visitas de profissionais de saúde em casa, destacando a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) ($4,35 \pm 1,44$ vs $3,38 \pm 1,88$, $p < 0,01$).

Conclusão: É necessário que haja expansão das visitas domiciliares aos pacientes não indígenas. Importante priorizar medidas e ações de controle da tuberculose articuladas com diversos setores e segmentos sociais, no que tange aos indígenas, levar em consideração o modelo diferenciado da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, para que se possa melhor definir e compreender o processo saúde-doença-cuidado de cada grupo étnico.

ANEXO 4

XVIII ICTMM and XVIII - Congress of the Brazilian Society for Tropical – Rio de Janeiro, Brazil.

Publicação: Comparing indigenous and non-indigenous health care against tuberculosis in Dourados

Tb006- Comparing indigenous and non-indigenous health care against tuberculosis in Dourados

Rodrigues, M. P.¹ · Croda, J. H.¹ · Martins, N. G.¹ · Estevan, A. O.¹ · Ota, M. M.¹ · Oliveira, G. C.¹ · Maldonado, V. C.¹ · Cazanti, R. F.¹ · Pardins, J. P.¹ · Lemos, E. F.¹

¹Faculty of Health Sciences, Federal University of Grande Dourados, Dourados, Brazil;

Introduction: Several studies have demonstrated the impact of Directed Observed Treatment (DOT) implementation on the reduction of treatment default and case fatality. In Dourados, the National Health Foundation (FUNASA) is responsible for monitoring and treating tuberculosis (TB) at the indigenous reservation. The municipal service is responsible for the treatment and monitoring of non indigenous patients with TB, performing the self-administered treatment or DOT. The aim of this study was evaluate and compare the health care of indigenous and non-indigenous against TB. **Methods:** Prospective cohort study was performed from June/2009 to June/2011, in Dourados. Inclusion criteria were: Patients diagnosed with tuberculosis, notified by the epidemiological surveillance (SINAN) and residing in this city. Participants were interviewed at home using the Primary Care Assessment Tool (PCAT), prepared by Villa & Ruffino-Netto/2009. Data were entered in duplicate in Epidata3.1, and analyzed by SAS 9.1. The chi-square test and Fisher exact tests were used for categorical variants. The t-test or Kruskal-Wallis test was used for continuous variants. The non parametric variants were measured by the Likert scale. **Results:** 124 participants were included. The sample profile was: 62.1% were male and 37.9% female; 50.8% were indigenous and 49.2 non-indigenous and mean age was 30.1 and 41.6 years, respectively. In the indigenous, the illiterate and monthly per capita rent was 37.9% and \$ 56.07 dollars, respectively. In non indigenous, these rates were 12.9% and \$ 252.6 dollars, respectively. Comparing indigenous and non-indigenous, the results were: indigenous does not spend money to arrive in the Primary Care Units (PCU) (4.37 ± 1.79 in indigenous versus 3.80 ± 1.75 in non-indigenous, $p = 0.018$); they usually miss commitment or work due to consults (2.81 ± 2.17 versus 3.50 ± 1.80 , $p = 0.03$). In addition, this population always tend to receive visits from health professionals at home (4.35 ± 1.45 versus 1.96 ± 3.17 , $p = 0.0004$) and to be treated at the nearest PCU (4.26 ± 1.73 versus 3.76 ± 1.80 , $p = 0.04$). Furthermore, health professionals ordinarily deliver the daily medications in the home of indigenous, while non-indigenous practice self-administered treatment (4.58 ± 0.89 versus 1.69 ± 1.9 , $p < 0.0001$). **Conclusion:** Although the diagnosis access was similar for both populations, treatment success was better in the indigenous. The improvement of diagnosis access could ensure better prognosis. In addition, the quality of treatment should be improved in non-indigenous comparing to indigenous. E-mail: donaestoica@hotmail.com

ANEXO 5

Congresso 2nd International Health Congress of the Polytechnic Institute of Leiria, Portugal.

Publicação: **COMPARING INDIGENOUS AND NON-INDIGENOUS HEALTH CARE AGAINST TUBERCULOSIS BRAZIL**

Title: **COMPARING INDIGENOUS AND NON-INDIGENOUS HEALTH CARE AGAINST TUBERCULOSIS BRAZIL**

Category: Ethnicity and Health

Groups: Oral Communication

Author: tuberculosis

keywords: indigenous
health services

Abstract: Introduction. Health-service evaluation studies are fundamental for proposing interventions and ensuring improvements in healthcare quality. Objectives. The present study assesses the performance of health services for indigenous and non-indigenous populations with regard to tuberculosis (TB) control. Methods. This cross-sectional study was conducted in Dourados, Mato Grosso do Sul (MS). This city has 196,035 inhabitants, including 12,602 indigenous people (Guarani-Kaiowá ethnicity) who reside in the indigenous reserves of Bororó and Jaguapiru, the second largest indigenous population of the country. Interviews with TB patients who underwent treatment between 2009 and 2011 were conducted using the Primary Care Assessment Tool adapted for TB care in Brazil. Results. Primary healthcare (PHC) was the first treatment for most patients at symptom onset, and the diagnoses were typically performed by specialized services. Many patients experienced delayed TB diagnoses that required more than three medical appointments (51% and 47% for indigenous and non-indigenous populations, respectively). Indigenous people received social support, such as basic-needs grocery packages (2.19 ± 1.63 vs. 1.13 ± 0.49 for non-indigenous people, $p < 0.01$) and home visits from health professionals, with an emphasis on the performance of directly observed treatment strategies (DOT; 4.57 ± 0.89 vs. 1.68 ± 1.04 for non-indigenous people, $p < 0.01$). Conclusions. Regardless of the differences between indigenous and non-indigenous populations, the time needed to receive a TB diagnosis was unsatisfactory for both groups. For non-indigenous people, improvements in access to diagnosis and treatment are necessary, especially as concerns greater coverage of TDO.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Dourados, 1 de junho de 2009

Senhor Pesquisador:

Prof. Dr. Julio Henrique Rosa Croda

O Projeto de Vossa autoria – Protocolo nº 02/2009 intitulado “**Tuberculose no município de Dourados (MS): Distribuição espacial e desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose**” foi integralmente APROVADO pelo CEP-UFGD e poderá ser conduzido.

Ressaltamos que os relatórios semestrais devem ser apresentados ao Comitê de Ética para acompanhamento e que alterações em seu projeto devem ser avisadas previamente ao Presidente.

Atenciosamente,

Prof. Dr. CLÁUDIO FREIRE DE SOUZA
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa - UFGD
