



Maíra Guazzi

**Tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro no ano de  
2015**

Rio de Janeiro  
2017

Maíra Guazzi

**Tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro no ano de  
2015**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia Aplicada aos Serviços.

Orientador: Prof. Dr. Andrey Moreira Cardoso.

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Basta.

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

G919t Guazzi, Maíra.

Tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro no ano de 2015 / Maíra Guazzi. -- 2016.  
68 f.; tab.; mapas

Orientador: Andrey Moreira Cardoso.

Coorientador: Paulo Cesar Basta.

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Tuberculose - epidemiologia. 2. Pessoas em Situação de Rua. 3. Incidência. 4. Desigualdades em Saúde. 5. Condições Sociais. I. Título.

CDD – 22. ed. – 616.995098153

Maíra Guazzi

**Tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro no ano de  
2015**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia aplicada aos Serviços.

Aprovada em: 06 de dezembro de 2016.

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque  
Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Luiza Bierrenbach  
Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Andrey Moreira Cardoso (Orientador)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2017

## AGRADECIMENTOS

Agradeço o fato de na minha trajetória profissional como assistente social ter começado a trabalhar com tuberculose, em um hospital de referência estadual (Hospital Estadual Santa Maria), onde me deparei com as questões sociais que envolvem o adoecimento por tuberculose. O cotidiano do trabalho com profissionais (como Fátima Matias) que me ajudaram nessa caminhada e foram muito relevantes.

Reconheço que em 2009 ter participado como entrevistadora de uma pesquisa sobre Tuberculose e População em Situação de Rua, foi um marco para que eu me envolvesse com essa temática e fez com que eu reencontrasse e conhecesse pessoas importantes e parceiras até hoje (Carolina Cruz e Regina Zuim).

Desde então estou trabalhando nos Programas Estadual e Municipal de Controle da Tuberculose do Rio de Janeiro, o que me faz ter a tuberculose 24h por dia em minha vida. Agradeço a todos os companheiros com quem trabalhei e trabalho nesses locais, pois além de me ensinarem muito, formamos um grupo que acredita na saúde pública e tem compromisso com a população. (PCT SES - Ana Alice, Geraldo, Kátia, Cláudia, Osvaldina, Marneili, Regina, Jaqueline e do PCT-SMS- Jorge, Elizabeth, Raquel, Luciane, Ana Paula, Mariana).

Além da minha parceira de várias empreitadas Claudia Meneses da Silva e às equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro.

Não posso deixar de agradecer o apoio incondicional do meu companheiro (Marcus Vinicius), meu filho (Enzo), meus pais (Paulo e Neusa) e irmãos (Camila e Carlos Eduardo).

Agradeço aos amigos que fiz nesse percurso, fizemos juntos o curso de Especialização em Pneumologia Sanitária, e sonhávamos com um Mestrado como esse (Suzanne Leite), aos coordenadores do Mestrado Profissional em Epidemiologia e Controle da Tuberculose (Jesus Ramos e Paulo Basta) e aos Professores do curso.

Aos amigos que reencontrei e aos novos amigos que fiz, em uma turma de 23 pessoas misturando Rio de Janeiro e Pernambuco, todos marcaram e me ajudaram nesse processo de dois anos. Em especial agradeço à Ana Lourdes, Marneili, Rosangela, Janine e Patrícia.

Além de reconhecer o papel fundamental do meu orientador Andrey Moreira Cardoso, que em todo o tempo esteve ao meu lado me apoiando cientificamente, acreditando no meu potencial e sendo um parceiro na construção desse trabalho.

*Essa população, historicamente visibilizada como marginal, dificilmente consegue acessar os serviços de saúde, tornando-se invisível ao próprio Sistema Único de Saúde.*

HALLAIS; BARROS, 2015, p. 1497.

## RESUMO

A Tuberculose (TB) persiste como um importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil. A relação da tuberculose com a pobreza se expressa claramente em sua distribuição mundial, onde a carga da doença está ligada diretamente às condições de vida da população. No Brasil, o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (2011) identifica as populações consideradas vulneráveis para o adoecimento por tuberculose, e inclui nesse grupo a população em situação de rua (PSR). Em pesquisa realizada com PSR na cidade do Rio de Janeiro, os agravos transmissíveis mais referidos foram a tuberculose, o HIV, as hepatites e a hanseníase. Este estudo tem como objetivo descrever aspectos clínicos, epidemiológicos, sociodemográficos e os indicadores operacionais de tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro, explorando potenciais desigualdades em relação à população geral. Foi realizado um estudo descritivo a partir da base de dados estadual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET de Tuberculose versão 5.0, dos casos notificados na população em situação de rua e na população geral no município do Rio de Janeiro, no período de Janeiro a Dezembro de 2015, a fim de explorar desigualdades nos indicadores entre esses grupos populacionais. Verificou-se diferenças estatisticamente significativas nas distribuições de frequência das variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas entre a população em situação de rua e a população geral. A taxa de incidência de TB encontrada na PSR foi de 1.273 casos/100.000 hab., uma taxa 18 vezes maior que na população geral. Os indicadores operacionais de cura e abandono são piores na PSR. Observa-se que a desigualdade presente no adoecimento na PSR necessita de estratégias diferenciadas para esse grupo, como atuação dos Consultórios na Rua, a construção de Projeto Terapêutico Singular além de articulação intra e intersetorial.

Palavras-chave: Tuberculose. Epidemiologia. Pessoas em Situação de Rua. Desigualdades em Saúde.

## ABSTRACT

Tuberculosis (TB) persists as an important public health problem in the world and in Brazil. The relationship between tuberculosis and poverty is clearly expressed in its worldwide distribution, where the burden of the disease is directly linked to the living conditions of the population. In Brazil, the Manual of Recommendations for Tuberculosis Control (2011) identifies populations considered to be vulnerable to tuberculosis illness, and includes in this group the homeless persons (HP). In a study carried out with HP in the city of Rio de Janeiro, the most common communicable diseases were tuberculosis, HIV, hepatitis and leprosy. This study aims to describe clinical, epidemiological, sociodemographic and operational indicators of tuberculosis in the homeless persons in the city of Rio de Janeiro, exploring potential inequalities in relation to the general population. A descriptive study was carried out from the state database of the SINAN NET Tuberculosis Notification Aggravation Information System, version 5.0, of the cases reported in the HP and in the general population in the city of Rio de Janeiro, in the period From January to December 2015, in order to exploit inequalities in indicators among these population groups. There were statistically significant differences in the frequency distributions of sociodemographic and clinical-epidemiological variables between the HP and the general population. The incidence rate of TB found in HP was 1,273 cases / 100,000 hab., a rate 18 times higher than in the general population. The operational indicators of cure and default are worse in HP. It is observed that the inequality present in the disease in the HP requires different strategies for this group, such as the practice of the “Consultórios na Rua” (CNAR), the construction of Singular Therapeutics Project, beyond intra and interresetorial articulation.

Keywords: Tuberculosis. Epidemiology. Homeless persons. Health inequalities.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis em comparação ao risco da população geral	16
Mapa 1-	Município do Rio de Janeiro dividido pelas 10 Áreas de Planejamento de Saúde e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família	30
Quadro 2-	Indicadores Epidemiológicos e Operacionais de Tuberculose	33
Quadro 3-	Descrição das variáveis utilizadas para análise de não completitude do SINAN – TB	35
Figura 1-	Análise da duplicidade de registro de casos de Tuberculose no SINAN-TB no município do Rio de Janeiro	39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Frequência de não-completitude das variáveis do SINAN-TB segundo grupos populacionais (População total, População em Situação de Rua e População Geral), Grau de Qualidade do preenchimento no ano de 2015 no município do Rio de Janeiro	41
Tabela 2	Frequência de não-completitude das variáveis essenciais do SINAN-TB 2015 do município do Rio de Janeiro, segundo grupos populacionais (População total, População em Situação de Rua e População Geral) e grau de qualidade do preenchimento	42
Tabela 3	Características sociodemográficas dos casos de tuberculose no Município do Rio de Janeiro em 2015	43
Tabela 4	Características clínico-epidemiológicas dos casos de tuberculose no Município do Rio de Janeiro em 2015	45
Tabela 5	Condições de saúde e agravos associados à tuberculose no município do Rio de Janeiro 2015	46
Tabela 6	Indicadores epidemiológicos e operacionais de Tuberculose na PSR e na PG no município do Rio de Janeiro de 2015	47
Tabela 7	Situação de encerramento da População em Situação de rua por unidades de saúde	48

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS tabela**

CAP – Coordenação de Atenção Primária

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CDS – Coordenadoria de Desenvolvimento Social

CF – Clínica da Família

CMS- Centro Municipal de Saúde

CNAR - Consultório na Rua

CREAS- Centro de Referência Especializado em Assistência Social

EUA – Estados Unidos da América

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IETS - Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade

ILTB- Infecção latente de tuberculose

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS - Ministério da Saúde

PCT- Programa de Controle da Tuberculose

PG – População Geral

PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PPL- População Privada de Liberdade

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSR - População em Situação de Rua

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PVHA – Pessoa vivendo com HIV/AIDS

OMS - Organização Mundial de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMDS- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

TB – Tuberculose

TBDR – Tuberculose Drogarresistente

TDO – Tratamento diretamente observado

TRM-TB – Teste Rápido Molecular de Tuberculose

TSA- Teste de Sensibilidade aos antibióticos

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UBS\_CCNAR – Unidade Básica de Saúde com Consultório na Rua

UBS\_SCNAR- Unidade Básica de Saúde sem Consultório na Rua

CDC – *Centers for disease control e preventions*

HP- *Homeless person*

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
2	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	17
2.1	População em Situação de Rua: que fenômeno social é esse?.....	17
2.2	Tuberculose na População em Situação de Rua.....	21
3	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	27
4	<b>OBJETIVOS</b> .....	28
4.1	Objetivo Geral.....	28
4.2	Objetivos Específicos.....	28
5	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	29
5.1	Desenho do Estudo.....	29
5.2	Caracterização da área de Estudo.....	29
5.3	Fonte de dados.....	31
5.4	População de estudo.....	32
5.5	Critério de exclusão.....	32
5.6	Definição de Variáveis e indicadores do estudo.....	32
5.7	Análise dos Dados.....	36
6	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	37
7	<b>RESULTADOS</b> .....	38
8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	49
9	<b>CONCLUSÃO</b> .....	57
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	59
	<b>ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE</b> .....	64
	<b>ANEXO B-INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO</b> .....	65
	<b>ANEXO C- BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE</b> .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) persiste como um importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 10,4 milhões de pessoas no mundo adoeceram por tuberculose e cerca de 1,4 milhão de pessoas morreram em decorrência da doença em 2015 (WHO, 2016).

A relação da tuberculose com a pobreza se expressa claramente em sua distribuição mundial, onde a carga da doença está ligada diretamente às condições de vida da população. Tendo a pobreza como pano de fundo, observa-se que os mais pobres são os que possuem menos educação, mais moradias insalubres, menor acesso aos serviços de saúde, mais alimentação inadequada, entre outros. Identificar que esses sujeitos são mais suscetíveis a adoecer por tuberculose nos demanda pensar em estratégias, para o cuidado desses grupos levando em conta esses determinantes sociais (MACIEL, 2012).

Em artigo da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde, as iniquidades em saúde são abordadas como problemas de extrema relevância no sistema de saúde brasileiro, sendo alguns grupos mais atingidos por determinadas doenças, agravos e condições relacionados à pobreza. Identificar essas populações mais vulneráveis e os possíveis caminhos a serem percorridos no sentido de garantir o princípio da equidade, tão amplamente preconizado pelo Sistema Único de Saúde permanece como um desafio (<http://www.determinantes.fiocruz.br>).

A importância da discussão dos determinantes sociais da saúde no campo da tuberculose garante uma atenção ampliada ao usuário, e pode se configurar como uma estratégia para enfrentar a tuberculose, principalmente em grupos vulneráveis. Pensar nesse conceito mais abrangente da saúde busca superar um “modelo de atenção biologicista, medicalizante e prescritivo” (FONSECA, 2007).

A Frente Parlamentar pela Luta contra a Tuberculose do Congresso Nacional, reconhecendo a determinação social da tuberculose, conseguiu pautar na Comissão de Seguridade Social e Família a criação da “Subcomissão especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza”.

Esta subcomissão teve o objetivo de diagnosticar as políticas voltadas para as doenças determinadas pela pobreza, em um contexto em que ocorreram grandes investimentos para diminuição da pobreza no país. Para isso, ficou responsável por elaborar um relatório a partir de dados e de políticas governamentais relacionadas a essas doenças, incluindo nesse rol a tuberculose.

O relatório considera que a tuberculose é talvez, a doença relacionada à pobreza mais negligenciada no mundo. No decorrer do documento, em apresentação da representante do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome sobre a atuação desta pasta junto à população que vive em situação de extrema pobreza, ela declara que:

O combate à miséria apresenta relação direta e reciprocidade com o combate às doenças relacionadas à pobreza, pois age na diminuição das vulnerabilidades das populações mais expostas ao risco de adoecerem por essas moléstias. (BRASIL, 2013, p.17)

As iniquidades em saúde estão presentes em todos os países, e não se resumem à desigualdade de renda e riqueza, mas também se refletem nas oportunidades distintas que os sujeitos possuem a depender das suas características e de determinados aspectos, como gênero, cor da pele e etnia, classe social, escolaridade, entre outros.

Neste sentido, o desenvolvimento global deve levar em consideração caminhos que busquem a redução da vulnerabilidade de grupos sociais específicos e de países, adotando-se estratégias intersetoriais, visando à redução das desigualdades sociais e de saúde, como por exemplo, o controle da tuberculose (PILLER, 2012).

O Brasil é o 18º país em número de casos de tuberculose, com cerca de 70.000 casos novos anuais. Em 2014, a incidência de tuberculose no país foi de 30,9/100.000 hab. e a mortalidade específica pela doença foi de 2,2/100.000 hab. Os percentuais de cura e abandono de tratamento foram de 74% e 11,2%, respectivamente (BRASIL, 2016).

No estado do Rio de Janeiro, após análise dos dados de 2014 foi encontrada incidência de 54,5/100.000 hab. A taxa de mortalidade foi de 5,1/100.000 hab., o primeiro estado do país em mortalidade por tuberculose. Os percentuais de cura e abandono foram de 68,4% e 13%, respectivamente (BRASIL, 2016).

Nesse mesmo ano no município do Rio de Janeiro a incidência foi de 66,8/100.000 hab.. No ranking da incidência por capitais do país, a cidade encontra-se em 5º lugar. A taxa de mortalidade específica pela doença foi de 7,0/100.000 hab., constituindo-se na capital com a maior taxa de mortalidade por tuberculose no país. As proporções de cura e abandono foram de 69,2% e 13,4%, respectivamente (BRASIL, 2016).

Quanto aos indicadores operacionais relativos ao desempenho dos Programas de Controle da Tuberculose, a OMS preconiza um percentual de cura de no mínimo 85% dos casos novos e um percentual de abandono tolerado de até 5%. Portanto, verifica-se que esses indicadores (percentuais de cura e abandono) no município do Rio de Janeiro estão em níveis distantes dos limites preconizados para o controle da doença.

Tendo em vista a alarmante situação da doença em âmbito mundial, em 2014 foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a “Estratégia global e metas para a prevenção, atenção e controle da tuberculose no mundo”. O Brasil, por conta de seu sistema de saúde universal, e de ações de proteção social, foi o país responsável por apresentar essa nova proposta.

O objetivo dessa estratégia é eliminar a TB como problema de saúde pública no mundo, reduzindo a incidência da doença para 10 casos por 100 mil habitantes e a mortalidade em até 95% até 2035. A Estratégia Pós-2015 é composta por três pilares: 1- novo enfoque na atenção (diagnóstico rápido, tratamento adequado, exame de contatos, tratamento da infecção latente – ILTB, reconhecimento e atenção às populações vulneráveis, ampliação do diagnóstico e tratamento de casos de Tuberculose Drogarresistente – TBDR, co-infecção TB/HIV e outras comorbidades); 2- políticas públicas (enfoque nos determinantes sociais da saúde, garantia de acesso universal ao diagnóstico e tratamento, garantia dos direitos humanos, descentralização das ações de atenção à TB) e 3- inovações (desenvolvimento de novos métodos diagnósticos, medicamentos e vacinas) (WHO, 2014).

No pilar que busca um novo enfoque na atenção, as populações vulneráveis, que são aquelas que possuem maior risco de adoecer por tuberculose, aparecem como grupo importante para investimento de ações de controle da doença.

No Brasil, o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose (2011) identifica as populações consideradas vulneráveis para o adoecimento por tuberculose: populações em situação de rua, privadas de liberdade, vivendo com HIV/AIDS, indígenas e profissionais de saúde. O Guia de Vigilância em Saúde (2014) indica a magnitude dos riscos em algumas dessas populações, evidenciando o grau de vulnerabilidade da população em situação de rua, mesmo em relação às demais populações consideradas vulneráveis (Quadro 1).

**Quadro 1 – Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis em comparação ao risco da população geral**

<b>Populações vulneráveis</b>	<b>Risco de adoecimento por tuberculose</b>
Indígenas	3 x maior
Privados de liberdade (PPL)	28 x maior
Pessoas que vivem com o HIV/aids (PVHA)	35 x maior
Pessoas em situação de rua (PSR)	44 x maior

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, MS, 2014

Apesar de reconhecer que a população em situação de rua tem mais chance de adoecer por tuberculose do que outros grupos populacionais, o próprio Programa Nacional de Controle da Tuberculose reconhece que:

Existem poucos dados sobre tuberculose na população em situação de rua, mas eles indicam que se trata de um grave problema de Saúde Pública pelo elevado coeficiente de incidência e abandono do tratamento. (BRASIL, 2014, p.11)

Assim, a possibilidade de realizar um estudo sobre as pessoas que vivem em situação de rua com tuberculose no município do Rio de Janeiro, se coloca como relevante para o campo da epidemiologia e controle da doença.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 População em situação de rua: que fenômeno social é esse?

Pessoas vivendo em situação de rua não é um fenômeno recente, e não é restrito ao Brasil. Contudo, a partir de mudanças na organização do trabalho, no campo econômico, político e social, ele tem recrudescido nas sociedades capitalistas modernas (COSTA, 2005).

No Brasil, desde o período do Império, já existiam pessoas em situação de rua, principalmente em decorrência da sua condição de saúde, tais como transtornos mentais e hanseníase. Fatos históricos que marcaram a conformação da sociedade brasileira, como a Abolição da Escravatura em 1888 e a chegada de nordestinos no Sudeste, que vieram da Guerra de Canudos e ficaram sem trabalho e local de moradia, entre outros, somados às crises econômicas vivenciadas pelo país, contribuíram para o crescimento dessa expressão da questão social.

a população em situação de rua....nos logradouros escancara a verdadeira face da metrópole, que exclui os sujeitos das relações de trabalho e os impulsiona, cada vez mais, a processos complexos de exclusão social. (JUNIOR, 2006, p.31)

A globalização e o avanço tecnológico não garantiram acesso aos bens sociais para toda a sociedade, alguns grupos não estão inseridos nessa nova dinâmica social, dentre eles, a população em situação de rua (COSTA, 2005).

Os avanços no campo tecnológico não caminham juntamente com avanços no campo social, o que acaba levando pessoas que não possuem as qualificações necessárias para o mercado de trabalho aumentarem o quantitativo de “sobrantes” (Castel, 1997), que seriam pessoas inválidas para essa conjuntura, que não se enquadram como exército industrial de reserva. O que se encontra em seguida é o que Castel denomina desfiliação, em que o sujeito está impossibilitado de integrar-se em qualquer atividade produtiva além de estar em um isolamento social. Nessa realidade encontramos as pessoas em situação de rua.

Essas pessoas não têm como vender sua força de trabalho e conseqüentemente passam a não ter utilidade social. Castel (1997) aponta que as pessoas que se encontram na “zona de vulnerabilidade” são as que possuem fragilidade tanto nos vínculos familiares quanto nas relações de trabalho.

Contudo, a elaboração de políticas públicas para esse grupo excluído é algo recente. As respostas dadas pelo Estado eram pautadas em uma lógica de criminalização, repressão, práticas higienistas e de segregação social para lidar com essa questão (COSTA, 2005). Como marco importante de políticas para essa população tem-se a Lei Orgânica da Assistência Social (1993), que retira a Assistência Social do seu caráter assistencialista e a legitima como política pública.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), para fins instrumentais, utiliza a seguinte definição para população em situação de rua:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (BRASIL, 2008).

Historicamente, por ser a população em situação de rua um grupo “invisível” socialmente, estudos ou censos oficiais no Brasil sobre seu quantitativo e características sociodemográficas são escassos, esta população ainda não faz parte oficialmente do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à fome apresentou os dados da “Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua”, o público-alvo foi composto por pessoas maiores de 18 anos vivendo em situação de rua, foi realizada em 71 cidades do país, incluindo 23 capitais, além de utilizar dados de pesquisas de 04 municípios que haviam realizado recentemente um censo com esse grupo. Foram identificadas 45.837 pessoas em situação de rua no país e no município do Rio de Janeiro 4.585 pessoas vivendo nessa situação (BRASIL, 2008).

Essa pesquisa foi fruto da luta do movimento social da população em situação de rua e teve como objetivo quantificar e investigar as características socioeconômicas desse grupo visando à formulação de políticas públicas voltadas para esse grupo.

Em 2013, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro (SMDS), realizou uma pesquisa intitulada “População de rua um direito à cidade 2013”, este censo apurou o número de 5.580 pessoas em situação de rua na cidade do Rio de

Janeiro, tendo sido realizado pelo Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade (IETS) em pontos da cidade, mapeados previamente pelas 10 Coordenações de Desenvolvimento Social (CDS), foi realizado em uma semana, nos turnos da manhã, tarde, noite e madrugada (PCRJ, 2013).

A pesquisa aponta que existiam 540 pontos de concentração desse grupo na cidade. O perfil socioeconômico, demográfico e de comportamento demonstra que se trata de população de baixa escolaridade, com alta exposição a condutas de risco, com expressivo uso de álcool e drogas, com capacidade produtiva comprometida, transtornos mentais /psiquiátricos, relações familiares rompidas, histórico de violações, origem domiciliar variada e supremacia masculina e de adultos.

Os agravos transmissíveis mais prevalentes referidos pelos entrevistados foram a tuberculose (6,47%), o HIV/Aids (1,3%), as hepatites (1,33%) e a hanseníase (0,63%). Em relação aos agravos não transmissíveis, foram referidos: asma (4,77%), hipertensão (5,75%), diabetes (2,78%), e transtornos mentais (3,85%) (PCRJ,2013).

Já a pesquisa “População em Situação de Rua um direito à cidade 2014”, também realizada pela SMDS e a apresentada no encontro Meeting – Brasil – Reino Unido – Arte, Cultura e População de Rua, no dia 13 de Novembro de 2015, identifica 17.427 pessoas em situação de rua no município do Rio de Janeiro, esta foi realizada pelas equipes de 14 Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) e equipes de abordagem, durante 24 horas, todos os dias da semana no período de um ano (PCRJ, 2015).

Observa-se que as metodologias das pesquisas realizadas para a contagem desse grupo populacional foram distintas, o que demonstra a dificuldade em ter dados mais precisos sobre a população em situação de rua, acredita-se que com a inclusão desse grupo no próximo Censo Populacional do país, essa disparidade no quantitativo populacional poderá ser dirimido. Cabe também apontar que o incremento no quantitativo desse grupo, possui relação direta com as mudanças sociais, políticas e econômicas vividas em nosso país.

Dados mais recentes e oficiais produzidos pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) em 2014 serão utilizados como referência para a população em situação de rua nesse trabalho.

Em estudo realizado na cidade de São Paulo (BARATA, 2015), identificou-se que a população em situação de rua seria o grupo nas grandes metrópoles que se encontra em extrema vulnerabilidade e exclusão social. Os entrevistados apontaram que percebem a discriminação da sociedade somente pelo fato de viver na rua. Em relação à segurança desse grupo foi relatado que vivenciam a violência física e ações preconceituosas, tanto nas ruas como em alguns espaços institucionais, o que afeta a integridade física e mental dessas pessoas.

A partir do reconhecimento de que a população em situação de rua não possui seus direitos garantidos, por meio de Decreto Presidencial foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009), que aponta a necessidade de se realizar ações intersetoriais visando à promoção de ações que dêem conta das necessidades particulares desse grupo, além de preconizar o reconhecimento da pessoa em situação de rua como cidadã de direitos.

Com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011), “a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica”. Contudo, identifica-se que existem grandes barreiras no seu acesso aos serviços de saúde.

Pensando em uma atenção específica de saúde para a população em situação de rua e na superação de barreiras no acesso ao sistema de saúde, foram criados os Consultórios na Rua (CNAR) que são equipamentos de atenção básica, instituídos pela Portaria 122 de 25 de janeiro de 2012, que têm como objetivo garantir acesso aos usuários em situação de rua no Sistema Único de Saúde.

Essa proposta surge a partir de experiências no país de cuidados junto a essa população, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família sem domicílio, que se constituía em equipes de saúde da família voltadas para atender esse grupo, e também da experiência do Consultório de Rua, um dispositivo da Política de Saúde Mental, voltada para acompanhar esses usuários no que diz respeito ao uso e abuso de álcool e outras drogas, na lógica da redução de danos.

Neste sentido, o que se busca é o cuidado integral, onde a rede de serviços precisa ser acionada e o cuidado compartilhado. Logo, o Consultório na Rua é um recurso para que o usuário seja recebido na rede de saúde. Além disso, ele potencializa que outras estratégias sejam ofertadas e garantidas, promovendo acesso à rede de serviços de saúde para essa população. Assim, a construção e fortalecimento, de uma rede intersetorial, se coloca como fundamental.

O Município do Rio de Janeiro possui atualmente 07 equipes de Consultório na Rua, em seis regiões da cidade, quais sejam: Centro (02 equipes), Manginhos, Jacarezinho, Antares, Acari e Padre Miguel. As equipes de Consultório na Rua atuam em territórios onde a população em situação de rua se estabelece. São equipes multiprofissionais, que possuem vínculo, cuidado e constroem projeto terapêutico singular (PTS)<sup>1</sup>, como tecnologias de saúde de seu processo de trabalho.

## 2.2 Tuberculose na População em Situação de Rua

A tuberculose é uma doença que mantém uma relação estreita com as condições econômicas e sociais de vida dos sujeitos. Estudos afirmam que a tuberculose contribui para a perpetuação do ciclo da pobreza, uma vez que ela advém desta, além de colaborar para a sua manutenção, na medida em que afasta os indivíduos do mercado de trabalho e promove sofrimento e discriminação (MACIEL, 2012).

Em estudo realizado na cidade de São Paulo, observou-se que as principais dificuldades em relação ao acesso à saúde da população em situação de rua se relacionam à concepção do adoecimento-cuidado, organização técnico-administrativa dos serviços, preconceito de profissionais e de outros usuários dos serviços de saúde e fragilidades de ações intersetoriais, entre outros (JUNIOR, 2010).

O “Centers for disease control e preventions” (CDC) dos Estados Unidos da América aponta que, apesar da redução dos casos de tuberculose no país, a população sem teto (homelessness) possui taxas de tuberculose maiores que as da população geral.

---

<sup>1</sup> Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas, de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2008, p.40).

Ainda complementam informando que eles possuem uma alta prevalência de condições que aumentam o risco de TB, incluindo uso e abuso drogas, infecção por HIV e residência em abrigos lotados. Esta combinação de condições favorece a transmissão da TB e reforça que muitas vezes esse usuário não possui acesso oportuno para a realização de diagnóstico precoce da TB (CDC, 2012).

Em 2012, foi realizado um estudo de revisão sistemática e meta-análise sobre prevalência de TB, HIV e Hepatite C em que foram calculadas razões de prevalência comparando pessoas sem-teto e a população geral.

Participaram dessa revisão 43 estudos publicados entre dezembro de 1984 e 12 de janeiro de 2012, com população total de 59.736, destes 17 estudos foram de TB. Observou-se grande diferença na prevalência de TB que variou de 34 a 452.

A infecção pelo HIV e idade superior a 50 anos foram associados positivamente à prevalência; já o uso de drogas injetáveis, crack, cocaína ou álcool e o sexo não teve associação significativa com a prevalência.

Foi identificado que nos Estados Unidos da América (EUA), a tuberculose é pelo menos 46 vezes mais frequente na população sem teto que na população geral (BEIJER et al, 2012).

O estudo identificou que dessas três doenças infecciosas, a infecção pelo vírus da hepatite C apresentou maior prevalência em populações sem-teto, enquanto a tuberculose apresentou a menor prevalência dentre as doenças estudadas. Foi observado que nos locais em que a prevalência de TB é alta na população geral, é também na população sem-teto. Os autores indicam a importância de estudos locais que levem em consideração características específicas desse grupo (BEIJER, U. et al., 2012).

Outro ponto apresentado nesse estudo é que muitas pessoas que hoje se encontram em situação de rua, foram pessoas privadas de liberdade, o que sugere uma sobreposição nas vulnerabilidades desse grupo.

Em 2010, foi realizado inquérito epidemiológico no município do Rio de Janeiro, no qual 1.091 pessoas em situação de rua foram entrevistadas (pessoas que viviam em abrigos e nas ruas), o que correspondia na época a 23% desse grupo populacional, com base na estimativa da pesquisa de população em situação de rua em

2008 realizada pelo MDS (MDS, 2008). A abordagem aos usuários em situação de rua foi realizada em abrigos e em instituições utilizadas por esse grupo populacional para sobrevivência. Encontrou-se incidência de tuberculose de 1.839/100.000 habitantes, prevalência de tuberculose na população em situação de rua de 3,3% e um risco de abandono do tratamento três vezes maior do que na população geral (ZUIM, 2011).

Identifica-se que estudos pontuais buscam demonstrar a relevância do adoecimento por tuberculose na população em situação de rua. O estado de São Paulo, pelo fato de possuir um sistema de notificação on-line de tuberculose desde 2004, denominado TB-Web, conta com dados sobre a população em situação de rua que adocece por tuberculose há algum tempo. No nível nacional, essa possibilidade só passou a acontecer a partir da versão 5.0 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN TB), que passou a vigorar em dezembro de 2014.

Em evento realizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose em 2013, denominado “II Seminário de Boas Práticas no Controle da Tuberculose e enfrentamento das vulnerabilidades e co-infecções junto a população em situação de rua”, o Programa Municipal de Controle da Tuberculose de São Paulo apresentou alguns dados importantes que demonstram a relevância de ações de controle da tuberculose nesse grupo.

O coeficiente de incidência de tuberculose na população geral do município de São Paulo em 2012 foi de 48,5/100.000 hab., já na população em situação de rua foi de 1.793/100.00 hab.

Para o cálculo da incidência de tuberculose na população em situação de rua, foi utilizado como denominador o resultado de pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, que identificou 14.478 pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo.

O município de São Paulo apresentou série histórica de 2006 a 2011 das proporções de cura e abandono, tanto na população geral quanto na população em situação de rua. A cura na população geral variou entre 72,7% a 77,8%, já na população em situação de rua foi entre 40,7% a 45,2%. O abandono na população geral foi de 15,1% a 12,6%, e na população em situação de rua de 29,6% a 43,9%.

Nesse mesmo evento, o município de Porto Alegre apresentou trabalho no qual foram reportados coeficientes de incidência de tuberculose, em 2012, de 105,7/100.000

hab. na população geral e de 2.004/100.000 hab. na população em situação de rua. O denominador utilizado para o cálculo da incidência na população em situação de rua (1.347 pessoas) foi obtido por informações cedidas pelo órgão responsável pelas ações da Política de Assistência Social do município (<http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/>).

O Boletim TB 2016 da Cidade de São Paulo informa que em 2015 foram notificados 698 casos de tuberculose na população em situação de rua. O documento também apresenta uma experiência inovadora no cuidado a esse grupo populacional com tuberculose. O PACTU pela Cura, que teve como objetivo aumentar a taxa de cura nesse grupo, possuía uma equipe composta por 5 agentes sociais, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 1 psicólogo e 1 interlocutor. A proposta diferenciada desse trabalho, além da equipe multidisciplinar, foi a garantia do tratamento diretamente observado (TDO) nos 7 dias da semana e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), além de ações intersetoriais.

De fevereiro de 2015 a abril de 2016, 60 pacientes foram acompanhados, dos quais 46 casos foram encerrados, com 89,1% de cura, 8,7% abandono e 2,2/100.000 hab. óbitos.

([http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia\\_em\\_saude/arquivos/boletimTb\\_2016\\_menor.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia_em_saude/arquivos/boletimTb_2016_menor.pdf)).

Tais resultados apontam para a relevância de ações intersetoriais, com equipes multidisciplinares, e ações individualizadas no cuidado a esse grupo, que se refletem em resultados positivos no controle da tuberculose na população em situação de rua.

Os dados apresentados apontam a importância de estudar essa população, principalmente pela alta taxa de incidência de tuberculose e de alta proporção de abandono do tratamento. O fato desse grupo viver em condições de vida em que o acesso a bens de necessidades básicas (alimentação, água potável, saneamento básico, moradia) são obstáculos, além da falta de acesso às Políticas Públicas, a coloca em uma situação de maior risco de adoecimento e de maior dificuldade de diagnóstico e tratamento.

O Ministério da Saúde instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua através da Portaria nº 3.305/09, que tem como objetivo garantir o

acesso à saúde dessa população, além de construir e monitorar ações programáticas desenvolvidas para esse grupo. Como resultado, foi criado o “Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua – 2012-2015”, que tem como um dos seus eixos a Promoção e Vigilância em Saúde, em que ações de controle da tuberculose são reforçadas para o cuidado dessa população.

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou o “Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em situação de rua”, no qual há um capítulo sobre os “problemas clínicos mais comuns na população em situação de rua”. A tuberculose é citada como um problema e alguns pontos dificultadores para diagnóstico, acompanhamento e cura nesse grupo foram levantados, tais como: baixa autoestima da população, alimentação inadequada, sintomas que não são percebidos, uso de álcool e outras drogas, transtornos mentais, dinâmica da rua, que contribui para que os remédios não sejam tomados com regularidade, roubo dos pertences individuais e/ou seu recolhimento pelos órgãos públicos, regras rígidas estabelecidas pelos serviços de saúde, inflexibilidade com relação aos horários e dias de atendimento, não disponibilidade de atendimento no momento em que os usuários apresentem efeitos colaterais aos medicamentos em uso.

Reconhecer que a tuberculose personifica as iniquidades sociais, que aquele sujeito carrega em si, a falta de acesso à educação, moradia saudável, alimentação, trabalho, renda, entre outros aspectos da vida social, significa olhar aquele sujeito para além de um pulmão doente.

A justaposição de riscos encontrará, como segmento mais vulnerável, as populações mais empobrecidas que experimentarão altos níveis de interação de risco. Como consequência, o excedente de doenças provocado pelas desigualdades em saúde poderia acarretar nos grupos mais vulneráveis mortalidade precoce, sobrecarga de determinados procedimentos médicos, maiores demandas de serviços sociais e redução da possibilidade de ascensão social (DUARTE, 2002, p.20).

Em relação à atenção à população em situação de rua com tuberculose, outra dificuldade encontrada no que se refere ao acompanhamento e avaliação das ações implementadas era o fato da ficha de notificação de tuberculose não possuir campo específico para esta população, o que dificultava o conhecimento de quantos usuários em situação de rua adoeceram por tuberculose, Isso foi modificado com nova versão do

SINAN TB 5.0 em dezembro de 2014, com respectivo instrutivo para seu correto preenchimento (Anexos 1 e 2).

Alguns estudos apontam tanto as fragilidades quanto as potencialidades do SINAN (LIMA et al, 2009; MALHÃO et al., 2010) para a avaliação da situação de saúde. Por exemplo, considera-se que ainda é preciso avançar na questão da completude dos dados registrados, visto que a qualidade do sistema de vigilância pode ser mensurada por esse critério. Portanto, a qualidade do SINAN se constitui em um desafio quanto ao acompanhamento e avaliação das ações implementadas pelo PCT para a PSR.

Em 2012, o Programa Municipal de Controle da Tuberculose do Rio de Janeiro identificou 133 pessoas em situação de rua com diagnóstico de tuberculose em acompanhamento pelos Consultórios na Rua. Cerca de 50% desses casos foram encerrados como abandono.

Existem poucos estudos que apresentem indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose especificamente na população em situação de rua, ainda que todos os estudos focalizados nessas populações enfatizem as desigualdades na ocorrência da doença em relação a outras populações comparadas.

Diante do exposto, a população em situação de rua é considerada um grupo com maior risco de adoecimento por tuberculose, fato que reforça a necessidade de estudos que busquem mais respostas para garantir o cuidado dessa população, principalmente utilizando o SINAN- TB como base para essa análise, já que a partir de 2014, a inclusão do campo “População em Situação de Rua” na ficha do SINAN começa a dar visibilidade e permite a geração de dados oficiais para essa população específica.

### 3 JUSTIFICATIVA

Existem poucos estudos que abordam aspectos da saúde na população em situação de rua. Os estudos identificados, em geral, investigam os motivos da ida para as ruas ou os agravos à saúde auto referidos mais prevalentes (JUNIOR, 2010; VARANDA et al, 2004, BEIJER et al, 2012).

O reconhecimento de que a população em situação de rua se configura como o grupo vulnerável com maior risco de adoecimento por tuberculose, reforça a importância desse trabalho.

Outro ponto importante é a inclusão da variável “população em situação de rua” na atual ficha de notificação de tuberculose a partir de 2014, o que abre uma nova possibilidade para que estudos com essa população “invisível” passem a ser realizados.

Esse estudo exploratório poderá gerar conhecimento sobre a qualidade da informação e a ocorrência da doença nessa população, o desempenho do Programa de Controle da Tuberculose e a magnitude das desigualdades em relação à população geral, subsidiando recomendações para melhoria da vigilância e assistência à TB nesse grupo, pois “a dificuldade de se conhecer o perfil epidemiológico dos casos prejudica as estratégias de prevenção e controle da doença”(MALHÃO, et al, 2014 ).

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a qualidade do SINAN TB e os aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos, bem como os indicadores operacionais, nos casos de tuberculose notificados na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro, explorando potenciais desigualdades em relação à população geral.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a qualidade do SINAN TB referente à população em situação de rua e população geral no município do Rio de Janeiro no ano de 2015, em particular a duplicidade de registros e a não completitude dos campos da Ficha do SINAN;
- Descrever o perfil clínico-epidemiológico e sociodemográfico dos casos de tuberculose na população em situação de rua e na população geral no município do Rio de Janeiro, notificados no SINAN TB em 2015;
- Descrever os indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro em 2015;
- Verificar a existência de desigualdades nos indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose a partir do SINAN TB, entre a população em situação de rua e a população geral no município do Rio de Janeiro no ano de 2015;
- Comparar o encerramento dos casos de TB entre a PSR atendida em Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS\_CCNAR) com aquela atendida em Unidades de Saúde com Equipes de Consultório na Rua(UBS\_SCNAR).

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1 Desenho de estudo

Realizou-se um estudo epidemiológico com dados secundários, a partir da base de dados estadual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET de Tuberculose versão 5.0. Foram aplicadas diferentes abordagens para realização do estudo: análise descritiva da qualidade do preenchimento da Ficha de Notificação de Tuberculose (FNT) e do Boletim de Acompanhamento de Casos (BAC); descrição do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico dos casos de TB notificados em 2015; e uma coorte retrospectiva para investigar fatores associados aos desfechos dos casos de TB na PSR assistida ou não nas Unidades com equipes de CNAR.

### 5.2 Caracterização da área de estudo

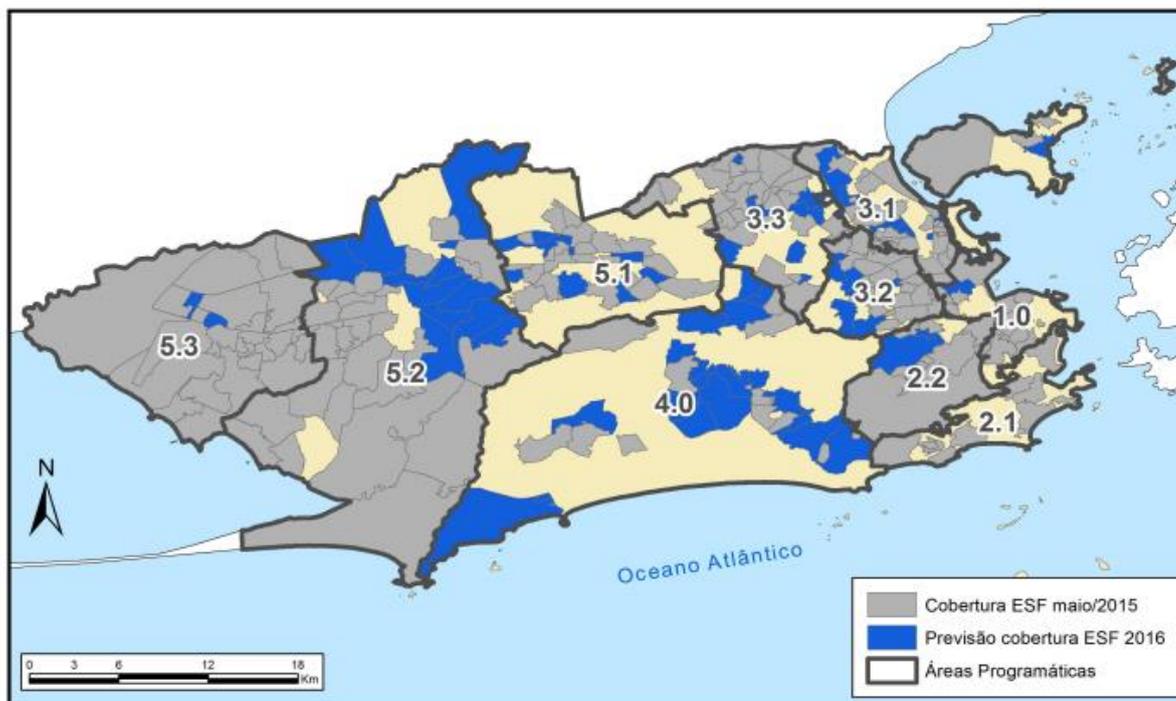
O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, que conta com uma população atual de 6,5 milhões de habitantes, em 2014 n município do Rio de Janeiro a incidência de tuberculose foi de 66,8/ 100.00 hab., em que as proporções de cura e abandono foram de 69,2% e 13,4% respectivamente (BRASIL, 2016).

A gestão da saúde no município do Rio de Janeiro é dividida em 10 áreas de planejamento, e as Coordenações de Atenção Primária (CAP) são responsáveis pela gestão da atenção à saúde da população de seu território (Figura 1). O município conta com 111 Clínicas da Família (CF), 116 Centros Municipais de Saúde (CMS), 7 Policlínicas, 32 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 29 Hospitais, 1 Centro Municipal de Reabilitação, 5 Centros Especializados em Reabilitação, 4 Coordenações de Emergência Regional e 4 Centros de Saúde Escola (<https://subpav.org/index.php>).

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município é de 61,1% , o que cobre em torno 2/3 da população carioca. O diagnóstico e tratamento da TB encontram-se descentralizados para toda a rede básica de saúde do município.

### Mapa 1 - Município do Rio de Janeiro dividido pelas 10 Áreas de Planejamento de Saúde e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família

#### Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro



Fonte: S/SUBPAV/SAP  
S/Coordenadoria de Projetos Estratégicos

Fonte: Portal SUBPAV (<https://subpav.org/index.php>)

Os usuários em situação de rua têm seu atendimento garantido legalmente em toda a rede do SUS, contudo, o estigma e o preconceito que essa população sofre se configuram como barreira de acesso à saúde. Nesse sentido, desde 2010 o município do Rio de Janeiro vem implementando serviços de atenção primária voltados especificamente para a população em situação de rua.

Atualmente, o município do Rio de Janeiro conta com 7 equipes de Consultório na Rua, sendo 2 equipes na CAP1.0 (CMS Oswaldo Cruz), 1 equipe na CAP 3.1 (CF Victor Valla), 1 equipe na CAP 3.2 (CF Anthídio Dias da Silveira), 1 equipe na CAP 3.3 (CF Marcos Valadão), 1 equipe na CAP 5.1 (CF Faim Pedro) e 1 equipe na CAP 5.3 (CMS Sávio Antunes). Esse grupo populacional circula por todo o território da cidade, mas em alguns deles não existe estratégia específica de saúde para esse grupo. Nesses casos, a PSR é habitualmente atendida em outras unidades de saúde do município.

### 5.3 Fonte de dados

Foi utilizada a base de dados do SINAN Tuberculose do estado do Rio de Janeiro no ano de 2015 como fonte de dados para esse estudo, que foi obtida junto ao Programa de Controle da Tuberculose do estado do Rio de Janeiro. Consideraram-se os casos de tuberculose notificados na população residente no município do Rio de Janeiro, no período de janeiro a dezembro de 2015. Para análise da duplicidade dos casos de tuberculose, utilizou-se a base do SINAN TB de 22 de julho de 2016 da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio de Janeiro.

Os casos de tuberculose somente são notificados após a confirmação diagnóstica, ou seja, não existe notificação de casos suspeitos, como ocorre em outros agravos. Os casos são diagnosticados através de critério laboratorial (baciloscopia de escarro, cultura, ou Teste Rápido Molecular para tuberculose– TRM TB) e/ou por critérios clínico-epidemiológicos (Guia de Vigilância em Saúde, MS, 2014).

Cabe mencionar que em junho de 2015 a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro passou a contar com um sistema on-line para entrada, atualização e encerramento das fichas de notificação de tuberculose denominado SINAN Rio. O conteúdo da ficha é idêntico ao da ficha impressa. A proposta é de que haja uma oportunidade na notificação, já que o profissional de saúde que acompanha o paciente digita diretamente a ficha no sistema, evitando duplicidades e facilitando o encerramento do caso. Depois da inserção do caso no SINAN Rio, as informações são exportadas para o SINAN-TB.

Para fins de realização das análises desse estudo, foi utilizada a estimativa de população em situação de rua mais recente produzida pela SMDS, que corresponde a 17.427 pessoas em situação de rua no município do Rio de Janeiro, no ano de 2014. Para a população geral, que foi comparada à população em situação de rua, o denominador populacional foi obtido nas estimativas populacionais produzidas pelo IBGE para o mesmo período e disponibilizadas no TABNET do DATASUS (<http://www2.datasus.gov.br/>).

#### 5.4 População do estudo

A população de estudo foi composta por todos os registros de casos de tuberculose notificados em residentes no município do Rio de Janeiro no SINAN entre janeiro e dezembro de 2015.

#### 5.5 Critério de exclusão

Foram excluídos do estudo os registros de tuberculose do SINAN que se caracterizaram como duplicidade de registro, bem como os casos encerrados por mudança de diagnóstico.

#### 5.6 Definição de variáveis e indicadores do estudo

a) Para os indicadores de qualidade do SINAN, foram procedidas análises nos registros individuais de notificação de TB. Para a não completitude, foram calculadas as proporções de campos ignorados e não preenchidos nas variáveis existentes da Ficha de Notificação de Tuberculose para a população total e nos estratos população em situação de rua e população geral (todos os registros do SINAN, excluindo-se os usuários em situação de rua). A não completitude nesses estratos populacionais foi comparada a fim verificar desigualdades na qualidade dos registros.

Para a análise da completitude<sup>2</sup> foram investigadas 36 variáveis consideradas relevantes para a realização do estudo, a partir das variáveis de preenchimento obrigatório e essencial da ficha de notificação SINAN-TB. As variáveis foram organizadas a partir de sua disposição na ficha de notificação e boletim de acompanhamento, em três blocos: identificação, dados complementares e acompanhamento.

---

<sup>2</sup> Se entende como completitude das variáveis, o preenchimento delas em graus de registros que possuem valores não nulos. (LIMA et AL, 2009)

**Quadro 2 - Descrição das variáveis utilizadas para análise de não completitude do SINAN TB**

POSIÇÃO	OBRIGATÓRIAS	ESSENCIAIS
IDENTIFICAÇÃO	Idade	Raça/Cor
	Sexo	Escolaridade
	Gestante	Nome da Mãe
DADOS COMPLEMENTARES	Tipo de entrada	Populações especiais - PPL
	Forma clínica	Populações especiais - Prof de Saúde
	Doenças e Agravos associados - AIDS	Populações especiais - Imigrante
	Doenças e Agravos associados - Alcoolismo	Populações especiais - PSR
	Doenças e Agravos associados - Diabetes	Beneficiário de programa de transferência de renda do governo federal
	Doenças e Agravos associados - Doença Mental	Raio X
	Doenças e Agravos associados - Uso de drogas ilícitas	Terapia Antiretroviral durante o tratamento para a TB
	Doenças e Agravos associados - Tabagismo	Histopatologia
	Outras Doenças e Agravos associados	Teste Rápido Molecular
	Baciloscopia de escarro	Teste de Sensibilidade
	HIV	
	Cultura de escarro	
ACOMPANHAMENTO		Baciloscopia no 1º mês
		Baciloscopia no 2º mês
		Baciloscopia no 3º mês
		Baciloscopia no 4º mês
		Baciloscopia no 5º mês
		Baciloscopia no 6º mês
		Baciloscopia após 6º mês
	Situação no encerramento	

Para a análise, foram consideradas as variáveis obrigatórias e essenciais da Ficha do SINAN (Anexo 2), cujas proporções de não completitude foram classificadas segundo grau de qualidade<sup>3</sup> em: excelente (< que 5%), bom (entre 5 e 10%), regular (entre 10 e 20%), ruim (entre 20 e 50%) e muito ruim (> que 50%). Considerou-se não completitude de uma variável a soma dos registros ignorados ou em branco, pois a presença de variáveis com resposta ignorada, em sua maioria, se refere ao não preenchimento da variável. Uma revisão sistemática sobre completitude dos Sistemas de Informação em Saúde no Brasil, apontou que não existe um conceito único para considerar os registros de não-completitude, mas que em geral são utilizados para essa análise os dados “ignorados” e os “em branco”. (CORREIA et al 2014, MALHÃO et al. 2010).

O indicador percentual de duplicidade foi estimado por meio de relacionamento entre registros, onde foi realizada deduplicação do banco de dados do SINAN, utilizando as seguintes variáveis identificadoras: número da notificação, nome, sexo, data de nascimento, nome de mãe, data do diagnóstico, data da notificação, tipo de

<sup>3</sup> Existem vários modelos para avaliarem o grau de completitude das variáveis, optou-se por utilizar o modelo de Romero e Cunha 2006.

entrada e situação de encerramento. Cada notificação deve ter uma numeração única. O município do Rio de Janeiro confecciona suas fichas de notificação numeradas para que não ocorram erros de registro, e com o SINAN Rio o número da notificação é fornecido pelo sistema. A verificação de duplicidade foi realizada em duas etapas: (1) frequência de número da notificação e verificação manual dos registros duplicados; (2) utilizando a função “identificação de casos duplicados” do software SPSS 20.0.

Como a variável população em situação de rua é recente, realizou-se análise em outras variáveis que comumente eram utilizadas para indicar que o usuário se encontrava em situação de rua antes dessa variável específica. Foram elas: nome do logradouro, número, complemento, nome de referência.

b) Para a descrição do perfil clínico-epidemiológico e sociodemográfico dos casos incidentes de tuberculose, foram descritas as frequências de casos segundo características existentes na Ficha de Notificação de Tuberculose e Boletim de Acompanhamento. Foram descritas as seguintes variáveis:

- Sexo (Masculino e Feminino)
- Idade- categorizada pela variável faixa etária (0-18 anos, 19-39 anos, 40-59 anos e 60 anos ou mais)
- Raça/cor, com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (Branca, Preta, Amarela, Parda e Indígena).
- Escolaridade com as seguintes categorias: 1ª a 4ª série incompleta EF (antigo primário ou 1º grau), 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), categorizada como ensino fundamental incompleto, 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1ª grau), Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), Educação superior incompleto, Educação Superior completa, Ignorado, Não se aplica.
- Beneficiário de Programa de Transferência de Renda do Governo (Sim ou Não);
- Tipo de entrada: caso novo, recidiva, reingresso após abandono, transferência, pós-óbito e não sabe;

- Forma: pulmonar, extrapulmonar ou pulmonar+extrapulmonar
- Exames realizados: Radiografia de tórax, baciloscopia de escarro, cultura de escarro, sorologia para HIV, histopatologia, realização de teste rápido molecular (TRM-TB) e teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA);
- Situação de encerramento: definido pelas categorias cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, transferência, Tuberculose Drogarresistente (TBDR), Mudança de esquema, Falência e Abandono Primário.
- Condições de saúde e agravos associados: gestante, AIDS, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, diabetes, doença mental, tabagismo e outras doenças.
- Categorização das unidades de saúde a partir do número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em unidades de saúde com equipes de Consultório na Rua e unidades de saúde sem equipes de Consultório na Rua;

c) Indicadores epidemiológicos e operacionais de Tuberculose

Foram considerados casos de tuberculose na PSR no município do Rio de Janeiro em 2015 os casos notificados no SINAN, cujo campo ‘população em situação de rua’ foi preenchido com a opção 1. Os registros com o campo 2 dessa variável marcado (não é PSR) foram considerados população geral, enquanto os registros sem definição (brancos e/ou ignorados) foram mantidos na população total mas foram excluídos das análises comparativas entre a PSR e a população geral. (Quadro 3)

**Quadro 3- Indicadores epidemiológicos e operacionais de Tuberculose**

<b>Indicadores epidemiológicos e operacionais de TB</b>	<b>Método de cálculo</b>
<b>Taxa de Incidência de TB</b>	<b>Numerador:</b> Número de casos novos (caso novo + não sabe+pós-óbito) notificados em determinado ano de diagnóstico. <b>Denominador:</b> População total residente no mesmo período determinado X 100.000.
<b>% Retratamento entre o total de casos</b>	<b>Numerador:</b> Número de casos de retratamento (Tipo de entrada = recidiva + reingresso após abandono) de tuberculose no período avaliado. <b>Denominador:</b> Número de casos de tuberculose notificados no período avaliado X 100.
<b>% de casos que</b>	<b>Numerador:</b> Número de casos de tuberculose encerrados por abandono

<b>abandonaram o tratamento</b>	de tratamento por data de diagnóstico. <b>Denominador:</b> Número de casos de tuberculose notificados por data de diagnóstico X 100.
<b>% de casos que realizaram cultura</b>	<b>Numerador:</b> Número de casos de tuberculose que realizaram o exame de cultura no período avaliado. <b>Denominador:</b> Número de casos de tuberculose notificados no período avaliado X 100.
<b>% de casos de tuberculose curados</b>	<b>Numerador:</b> Número de casos de tuberculose encerrados por cura por data de diagnóstico. <b>Denominador:</b> Número de casos de tuberculose notificados por data de diagnóstico X 100.
<b>% de casos de tuberculose com encerramento óbito</b>	<b>Numerador:</b> Número de casos de tuberculose encerrados por óbito pela data de diagnóstico. <b>Denominador:</b> Número de casos notificados pela data de diagnóstico X 100. *Situação de encerramento = óbito por TB + óbito por outras causas.
<b>% de casos de tuberculose testados para HIV</b>	<b>Numerador:</b> Número de casos de tuberculose notificados com teste HIV realizado* em determinado período. <b>Denominador:</b> Número de casos de tuberculose notificados em determinado período X 100. *Resultado teste HIV = Positivo + Negativo. * Os testes registrados como “Em andamento” não devem ser considerados, mas sim atualizados.

Fonte: Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, MS, 2011nota: Para fins do cálculo dos indicadores apresentados que se utilizam da população geral, será considerada aquela estimada para 1 de Julho de 2014.

d) Para o estudo das desigualdades foram estimadas razões entre os indicadores de qualidade do SINAN, epidemiológicos e operacionais verificados na população em situação de rua e na população geral, utilizada como referência.

Foi realizada também análise comparativa entre as unidades de saúde que possuem equipes de consultório na Rua (UBS\_CCNAR) e as que não possuem em relação aos desfechos dos casos (UBS\_SCNAR). Para tal análise criamos uma nova variável, em que dividimos as unidades de saúde em duas categorias: unidades sem CNAR e unidades com CNAR.

### 5.7 Análise dos dados

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas no Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA) e posteriormente analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences, version 20.0* (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) e *Stata Statistical Software: Release 12* (StataCorp. 2011).

Nas análises descritivas, foram estimadas as proporções de duplicidade e de incompletude no preenchimento das variáveis obrigatórias e essenciais da Ficha do

SINAN, para a população total e, em particular, para a população geral e a PSR. As proporções de incompletude foram classificadas segundo grau de qualidade e comparadas por meio teste  $\chi^2$  de diferença de proporções, aplicando correções quando indicado.

As distribuições de frequência das variáveis contidas na Ficha do SINAN-TB e no boletim de acompanhamento foram descritas para a população total e, em particular, para a PSR e para a população geral. As distribuições de frequência entre esses grupos também foram comparadas por meio de teste  $\chi^2$  de diferença de proporções.

Foram estimados os indicadores epidemiológicos e operacionais da TB recomendados pelo PNCT para a população geral e para a PSR. Em seguida, foram estimadas razões de taxas e entre proporções com respectivos IC 95%, por meio de regressão logística multinomial para investigar a associação de tipo de unidade de atendimento e situação de encerramento na PSR. Por fim, razões e IC 95% brutas e ajustadas pelas variáveis: sexo, escolaridade, raça, faixa etária, HIV e uso de drogas, entre os desfechos de tratamento na PSR, comparando unidades de saúde tradicionais com unidades de saúde que possuem CNAR.

## **6 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 04 de fevereiro de 2016, pelo parecer número: 1.402.597 CAAE- 52417115.6.000.540.

## 7 RESULTADOS

A base de dados bruta do SINAN TB da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) (22/07/2016) continha 14.771 casos notificados de tuberculose no estado no ano de 2015. Destes, 567 ocorreu em pessoas em situação de rua, o que corresponde a 3,8% dos casos de tuberculose no estado. O município do Rio de Janeiro notificou 7.602 casos em 2015 (51,5% dos casos do estado), e destes 449 casos em pessoas em situação de rua, correspondendo a 79% dos casos de tuberculose na população em situação de rua no estado.

Não foi identificado nenhum paciente notificado no município do Rio de Janeiro residente em outro município do estado. Da base de dados bruta, foram inicialmente excluídos 150 casos, que foram encerrados no SINAN-TB por “mudança de diagnóstico”. Permaneceram para a análise da qualidade 7452 casos, sendo 466 em pessoas em situação de rua.

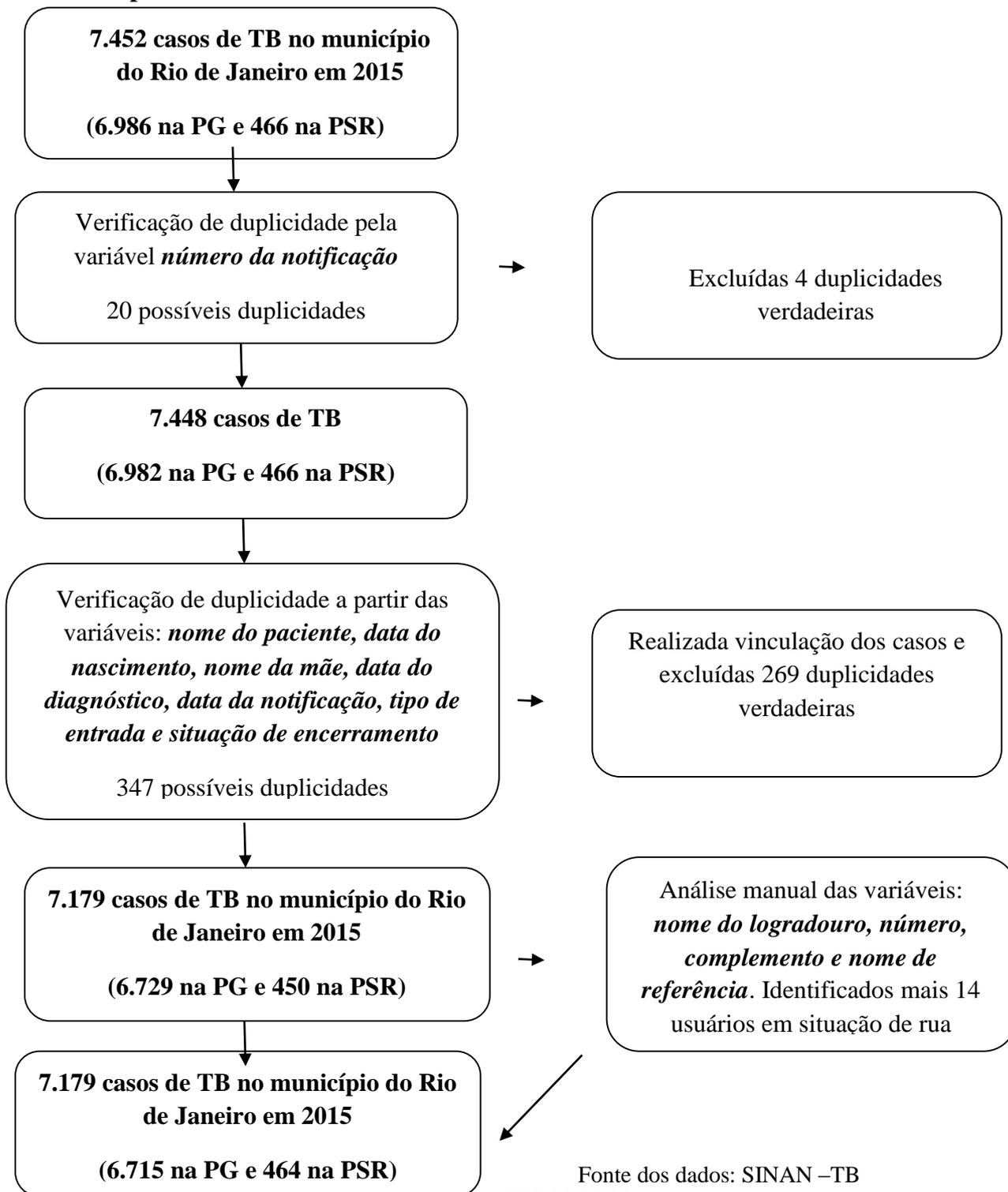
Iniciou-se a análise de duplicidade a partir da variável “número da notificação”, que se caracteriza como um campo chave para identificação do registro no sistema. Foram identificados 20 pares idênticos quanto ao “número da notificação”. Após análise desses registros, verificou-se que somente 04 desses pares se tratavam de duplicidades verdadeiras, idênticas em todas as variáveis da ficha. Após a sua exclusão, o arquivo passou a contar com 7.448 registros, em que 466 registros eram em pessoas em situação de rua (Figura 1).

Em seguida, deu-se continuidade à verificação de duplicidade pela função “identificação de casos duplicados” do software SPSS 20, sendo identificadas 347 possíveis duplicidades. A análise desses registros foi realizada manualmente, por meio de comparação dos campos preenchidos. Procedeu-se a vinculação entre os mesmos episódios da doença, preenchimento de variáveis incompletas em um dos registros e exclusão das 269 duplicidades verdadeiras. O arquivo de dados passou a ter 7.179 casos, sendo 450 deles em pessoas em situação de rua (Figura 1).

Após essa análise de duplicidades, realizou-se busca manual nos campos: nome do logradouro, número, complemento e nome de referência, pois alguns desses campos estavam preenchidos como população de rua, morador de rua ou abrigo. Contudo, na variável específica da população em situação de rua este campo não estava assinalado.

Esta situação foi identificada em 14 casos. Assim, passou-se a contar com 464 casos de tuberculose na população em situação de rua no município do Rio de Janeiro. O processo de investigação foi realizado com o banco de dados contendo 7.179 registros, destes 6.715 casos na população geral (PG) e 464 na população em situação de rua.

**Figura 1 – Análise da duplicidade de registro de casos de Tuberculose no SINAN-TB no Município o Rio de Janeiro – 2015**



Dos 7.179 casos de tuberculose notificados no município do Rio de Janeiro em 2015, foram identificados 935 registros com o campo “População em Situação de Rua” em branco ou ignorado, o que corresponde a 13% de incompletude dessa variável. Na análise, esses registros foram considerados apenas na descrição da população total, mas foram excluídos dos grupos específicos de comparação – PSR e população geral (população geral menos PSR e campo PSR branco ou ignorado). As proporções de não completude das variáveis obrigatórias e essenciais da Ficha de notificação e do Boletim de Acompanhamento segundo grupos populacionais, grau de qualidade do preenchimento e a razão entre população em situação de rua e população geral serão apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

O preenchimento das variáveis obrigatórias do bloco identificação foi considerado “excelente” em ambos os grupos populacionais comparados, exceto pela variável gestação, que teve completude boa na população em situação de rua.

Em relação às variáveis obrigatórias do bloco dados complementares, as variáveis “tipo de entrada”, “forma clínica”, “baciloscopia de escarro” e “HIV” tiveram uma excelente completude nos dois grupos populacionais. Contudo, as variáveis relacionadas às doenças e agravos associados tiveram grau de preenchimento regular ou ruim. A única variável do bloco de variáveis complementares com bom preenchimento foi o campo das doenças e agravos associados- alcoolismo na população em situação de rua.

De modo geral, verificou-se que o preenchimento das variáveis foi melhor na população geral, exceto nas variáveis relativas às doenças e agravos associados, em que a razão da completude demonstrou melhor preenchimento na população em situação de rua (única variável que apresentou significância estatística) (Tabela 1).

**Tabela 1: Frequência de não-completitude das variáveis obrigatórias do SINAN-TB 2015 do município do Rio de Janeiro, segundo grupos populacionais e grau de qual idade do preenchimento**

VARIÁVEIS OBRIGATÓRIAS	Pop. Total			Pop. Sit. de Rua			Pop. Geral			Razão	
	n	%	GRAU	N	%	GRAU	n	%	GRAU	PSR/ Pop.Ger	p
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>											
Idade	114	1,6	EX	10	2,2	EX	85	1,5	EX	1,47	0,866
Sexo	0	0	EX	0	0	EX	0	0	EX	NA	NA
Gestante	269	3,7	EX	24	5,2	BO	153	2,6	EX	2,00	0,484
<b>DADOS COMPLEMENTARES</b>											
Tipo de entrada	1	0	EX	0	0	EX	1	0	EX	NA	NA
Forma clínica	0	0	EX	0	0	EX	0	0	EX	NA	NA
Doenças e Agravos associados – AIDS	1.026	14,3	RE	50	10,8	RE	725	12,5	RE	0,86	0,724
Doenças e Agravos associados – Alcoolismo	944	13,1	RE	47	10,1	RE	588	10,2	RE	0,99	0,983
Doenças e Agravos associados – Diabetes	969	13,5	RE	56	12,1	RE	608	10,5	RE	1,15	0,710
Doenças e Agravos associados – Doença Mental	1.014	14,1	RE	65	14	RE	624	10,8	RE	1,3	0,016
Doenças e Agravos associados – Uso de drogas ilícitas	1.092	15,2	RE	47	10,1	RE	676	11,7	RE	0,86	0,740
Doenças e Agravos associados – Tabagismo	1.051	14,6	RE	53	11,4	RE	628	10,9	RE	1,05	0,911
Outras Doenças e Agravos associados	2.148	29,9	RU	116	25	RU	1.588	27,5	RU	0,91	<0,001
Baciloscopia de escarro	1	0	EX	0	0	EX	1	0	EX	NA	NA
HIV	1	0	EX	0	0	EX	1	0	EX	NA	NA

**Legenda:** Excelente (EX) < de 5%; Bom (BO) 5 a 10%; Regular (RE) 10 a 20%; Ruim (RU) 20 a 50%; Muito Ruim (MR) > de 50%; e NA Não se aplica

Fonte: SINAN- NET SES RJ de 22/07/2016.

Ao analisar a não completitude das variáveis essenciais na População em Situação de Rua e na População Geral, observa-se que os campos de identificação estão bem preenchidos em ambos os grupos (Tabela 2).

No bloco acompanhamento, a qualidade de preenchimento está “ruim” ou “muito ruim” tanto na população geral quanto na população em situação de rua.

Ao analisar a razão entre os grupos, observa-se que qualidade do preenchimento tende a ser melhor na PSR, exceto nas variáveis raça/cor, beneficiário de programa de transferência de renda do governo federal, Radiografia de tórax e na baciloscopia após o 6º mês (Tabela 2)

**Tabela 2: Frequência de não-completitude das variáveis essenciais do SINAN-TB 2015 do município do Rio de Janeiro, segundo grupos populacionais e grau de qualidade do preenchimento**

VARIÁVEIS ESSENCIAIS	Pop. Total			Pop. Sit. de Rua			Pop. Geral			Razão PSR./ Pop.Ger	
	n	%	GRAU	n	%	GRAU	n	%	GRAU	Pop.Ger	p
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>											
Raça/Cor	691	9,6	BO	39	8,4	BO	480	8,3	BO	1,01	0,983
Escolaridade	377	5,3	BO	15	3,3	EX	285	4,9	EX	0,67	0,778
Nome da Mãe	0	0	EX	0	0	EX	0	0	EX	0	NA
<b>DADOS COMPLEMENTARES</b>											
Pop. especiais -PPL	923	12,9	RE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA
Pop.especiais - Prof de Saúde	972	13,5	RE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA
Pop. especiais - Imigrante	1.022	14,4	RE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA
Pop.especiais - PSR	935	13	RE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	NA
Beneficiário de prog. de transf. de renda do governo	2.089	29	RU	97	20,9	RU	1.137	19,7	RE	1,06	0,776
Radiografia de tórax	13	0,2	EX	2	0,4	EX	7	0,1	EX	4	-
Terapia Antirretroviral durante o tto para a TB	6.150	85,7	MR	387	83,4	MR	4.902	84,8	MR	0,98	0,927
Histopatologia	34	0,5	EX	1	0,2	EX	27	0,5	EX	0,4	0,461
Cultura de escarro	1	0	EX	0	0	EX	1	0	EX	0	NA
Teste Rápido Molecular	119	1,7	EX	3	0,6	EX	39	0,7	EX	0,86	0,984
Teste de Sensibilidade	4.850	67,6	MR	281	60,6	MR	3.845	66,5	MR	0,91	0,044
<b>ACOMPANHAMENTO</b>											
Baciloscopia no 1º mês	2.825	39,4	RU	154	34,2	RU	2.263	39,1	RU	0,87	0,227
Baciloscopia no 2º mês	2.900	40,4	RU	166	36,9	RU	2.324	40,1	RU	0,92	0,416
Baciloscopia no 3º mês	2.991	41,7	RU	171	38	RU	2.396	41,4	RU	0,92	<0,001
Baciloscopia no 4º mês	3.070	42,8	RU	181	40,2	RU	2.467	42,6	RU	0,94	0,528
Baciloscopia no 5º mês	3.157	44	RU	186	41,3	RU	2.536	43,8	RU	0,94	0,507
Baciloscopia no 6º mês	3.300	46	RU	195	43,3	RU	2.663	46	RU	0,94	0,465
Baciloscopia após 6º mês	4.615	64,3	MR	296	65,8	MR	3.675	63,5	MR	1,04	0,429
Situação no encerramento	2.271	31,6	RU	92	20,4	RU	1.937	33,5	RU	0,61	0,009

**Legenda:** Excelente (EX) < de 5%; Bom (BO) 5 a 10%; Regular (RE) 10 a 20%; Ruim (RU) 20 a 50%; Muito Ruim (MR) > de 50%; e NA Não se aplica. Fonte: SINAN- NET SES RJ de 22/07/2016.

Na população em situação de rua, verificou-se predomínio de casos no sexo masculino, na faixa etária de adultos jovens (19-39 anos), na cor parda (41,4%) e nos indivíduos com ensino fundamental incompleto.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas distribuições de frequência das variáveis sociodemográficas entre a população em situação de rua e a população geral, ressaltando-se a maior proporção de homens, de população adulta jovem, de pretos e pardos e menor escolaridade na PSR.

Em ambos os grupos, é elevada a proporção de indivíduos que não recebem nenhum benefício de programa de transferência de renda do governo federal. (Tabela 3)

**Tabela 3: Características sociodemográficas dos casos de tuberculose no município do Rio de Janeiro em 2015**

VARIÁVEIS	POP. TOTAL		PSR		POP. GERAL		P
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	2477	34,5	137	29,5	2010	34,8	0,022
Masculino	4702	65,5	327	70,5	3770	65,2	
<b>Faixa Etária</b>							
0-18 anos	527	7,4	13	2,9	439	7,7	<0,001
19-39 anos	3383	48,0	267	58,8	2717	47,7	
40-59 anos	2235	31,5	161	35,5	1767	31	
60 anos ou mais	922	13,1	13	2,9	772	13,6	
<b>Raça/Cor</b>							
Branca	2261	34,8	88	20,7	1913	36,1	<0,001
Preta	1379	21,2	160	37,6	1048	19,8	
Amarela	38	0,5	0	0,0	30	0,6	
Parda	2796	43,0	176	41,4	2296	43,3	
Indígena	14	0,2	1,0	0,2	13	0,2	
<b>Escolaridade</b>							
Fund. Inc.	2334	48,1	215	78,5	1851	45,6	<0,001
Fund. Com.	579	12	17	6,2	485	12,0	
Médio Inc.	609	12,5	14	5,1	537	13,2	
Médio Com.	866	17,8	18	6,6	771	19,0	
Sup. Inc.	172	3,5	2,0	0,7	151	3,7	
Sup. Com.	292	6,0	8,0	2,9	262	6,5	
<b>Beneficiário de Programa</b>							
<b>Transf. Renda do Gov. Fed.</b>							
Sim	290	5,7	17	4,6	270	5,8	0,348
Não	4807	94,3	350	95,4	4373	94,2	

Fonte: SINAN- NET SES RJ de 22/07/2016

Todas as variáveis clínico-epidemiológicas apresentaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição de frequências, na comparação entre a PSR e a população geral. Verifica-se menor frequência de casos novos na população em situação de rua, ao passo que essa população apresenta uma proporção elevada de reingresso após abandono e transferência.

Com relação aos exames realizados para o diagnóstico da tuberculose, observa-se que a baciloscopia de escarro, a cultura e o teste rápido molecular foram realizados em maior proporção na população em situação de rua, apresentando também maior positividade que na população geral. Chama atenção ainda a maior proporção de casos sem realização de Radiografia de tórax na população em situação de rua (13%) que na população geral (8,3%).

Outro ponto relevante é a proporção de usuários em situação de rua com HIV no momento do diagnóstico de TB (13,6%) o que é maior do que a apresentada na população geral (10,1%).

No que se refere à situação de encerramento dos casos, o desfecho de cura foi maior na população geral, ao passo que os desfechos de abandono, abandono primário, TBDR e transferência foram proporcionalmente maiores na população em situação de rua (Tabela 4).

**Tabela 4: Características clínico-epidemiológicas dos casos de tuberculose no Município do Rio de Janeiro em 2015**

VARIÁVEIS	POP. TOTAL		PSR		POP. GERAL		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tipo de Entrada</b>							
Caso Novo	5455	76	215	46,3	4520	78,2	<0,001
Recidiva	571	8	37	8	459	7,9	
Reingresso após abandono	667	9,3	158	34,1	435	7,5	
Não sabe	60	0,8	6	1,3	27	0,5	
Transferência	410	5,7	47	10,1	333	5,8	
Pós-óbito	15	0,2	1	0,2	5	0,1	
<b>Forma</b>							
Pulmonar	6280	87,5	446	96,1	5016	86,8	<0,001
Extrapulmonar	633	8,8	6	1,3	548	9,5	
Pulmonar+ Extrapulmonar	266	3,7	12	2,6	216	3,7	
<b>Radiografia de tórax</b>							
Suspeito	6074	84,6	397	85,9	4981	86,3	<0,001
Normal	293	4,1	4	0,9	252	4,4	
Outra Patologia	77	1,1	1	0,2	60	1	
Não realizado	722	10,1	60	13	480	8,3	
<b>Baciloscopia de escarro</b>							
Positiva	3266	45,5	291	62,7	2591	44,8	<0,001
Negativa	1261	17,6	56	12,1	1032	17,9	
Não realizada	2440	34	109	23,5	1966	34	
Não se aplica	211	2,9	8	1,7	190	3,3	
<b>Cultura</b>							
Positivo	1500	20,9	154	33,2	1171	20,3	<0,001
Negativo	378	5,3	27	5,8	317	5,5	
Em andamento	1133	15,8	68	14,7	999	17,3	
Não realizado	4167	58,0	215	46,3	3292	57,0	
<b>HIV</b>							
Positivo	859	12	63	13,6	635	11	0,002
Negativo	5021	69,9	337	72,6	4125	71,4	
Em andamento	452	6,3	12	2,6	401	6,9	
Não realizado	846	11,8	52	11,2	618	10,7	
<b>Histopatologia</b>							
BAAR positivo	574	8,0	33	7,1	486	8,4	<0,001
Sugestivo de TB	320	4,5	3	0,6	289	5,0	
Não sugestivo de TB	55	0,8	1	0,2	48	0,8	
Em andamento	288	4,0	8,0	1,7	231	4,0	
Não realizado	5908	82,3	418	90,3	4699	81,7	
<b>Teste Rápido Molecular</b>							
Detectável sensível à RIF	2151	30,4	195	42,3	1787	31,1	<0,001
Detectável resistente à RIF	117	1,6	8	1,7	95	1,7	
Não detectável	318	4,5	23	5,0	275	4,8	
Inconclusivo	78	1,1	4	0,9	64	1,1	
Não realizado	4396	62,2	231	50,1	3520	61,3	
<b>TSA</b>							
Resistente somente à Isoniazida	26	1,9	6	3,3	23	1,2	<0,001
Resistente somente à RIF	15	1,1	1	0,5	15	0,8	
Resistente à Isoniazida e RIF	35	2,5	2	1,1	32	1,7	
Resist. à outras drogas de 1ª linha	58	4,2	13	7,1	47	2,4	
Sensível	558	40,7	68	37,2	600	31	
Em andamento	230	16,7	36	19,7	237	12,2	
Não realizado	449	32,7	57	31,1	981	50,2	
<b>Situação de Encerramento</b>							
Cura	2981	61,0	117	31,7	2488	64,7	<0,001
Abandono	638	13,0	142	38,5	402	10,5	
Óbito por TB	333	6,7	17	4,6	219	5,7	
Óbito por outras causas	144	2,9	12	3,3	114	3,0	
Transferência	627	12,7	65	17,6	482	12,5	
TBDR	102	2,0	8	2,2	76	2,0	
Mudança de esquema	24	0,5	2	0,5	21	0,5	
Falência	13	0,2	0	0,0	10	0,3	
Abandono Primário	46	1,0	6	1,6	34	0,9	

Fonte: SINAN- NET SES RJ de 22/07/2016.

Em relação a doenças e agravos associados, observa-se maior proporção de AIDS, alcoolismo, uso de drogas, doença mental e tabagismo na população em situação de rua quando comparada à população geral. Esses agravos apresentam essas diferenças de forma expressiva entre os grupos. Somente as variáveis “gestante” e “outras doenças” não apresentaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição de frequência, comparando PSR e população geral (Tabela 5).

**Tabela 5: Condições de saúde e agravos associados à tuberculose no município do Rio de Janeiro 2015**

VARIÁVEIS	POP TOTAL		PSR		POP.GERAL		P
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gestante</b>							
Sim	48	2,8	4	4,0	39	2,7	0,442
Não	1679	97,2	96	96	1409	97,3	
<b>AIDS</b>							
Sim	827	13,5	81	19,6	602	11,9	<0,001
Não	5326	86,5	333	80,4	4453	88,1	
<b>Alcoolismo</b>							
Sim	957	15,3	167	40	691	13,3	<0,001
Não	5278	84,7	250	60	4501	86,7	
<b>Uso de drogas</b>							
Sim	1045	17,1	288	69,1	701	13,7	<0,001
Não	5042	82,9	129	30,9	4403	86,3	
<b>Diabetes</b>							
Sim	465	7,5	9	2,2	398	7,7	<0,001
Não	5745	92,5	399	97,8	4774	92,3	
<b>Doença Mental</b>							
Sim	293	4,6	49	12,3	209	4,1	<0,001
Não	5872	95,4	350	87,7	4947	95,9	
<b>Outras doenças</b>							
Sim	670	13,3	41	11,8	551	13,1	0,468
Não	4361	86,7	307	88,2	3641	86,9	
<b>Tabagismo</b>							
Sim	1092	17,8	178	43,3	867	16,8	<0,001
Não	5036	82,2	233	56,7	4285	83,2	

Fonte: SINAN- NET SES RJ de 22/07/2016.

A incidência de tuberculose foi de 1.273/100.000 hab. na população em situação de rua, sendo 18 vezes a incidência observada na população geral do município do Rio de Janeiro.

Os casos de retratamento são quase 3 vezes mais frequentes na PSR, que possui probabilidade quase 5 vezes maior de abandono do tratamento que a população geral; o percentual de cura na PSR foi 42% menor que o verificado na população geral. A proporção de realização de cultura foi 24% maior nos usuários em situação de rua. Os encerramentos por óbito e a testagem para o HIV não apresentaram diferenças significativas entre os grupos comparados (Tabela 6).

**Tabela 6- Indicadores epidemiológicos e operacionais de Tuberculose na PSR e na PG no município do Rio de Janeiro de 2015**

<b>Indicadores epidemiológicos e operacionais de TB</b>	<b>PSR</b>	<b>P.GERAL</b>	<b>RAZÃO PSR/P.GERAL (IC 95%)*</b>	<b>p</b>
Taxa de Incidência de TB (por 100 mil hab.)	1273,9	70,72	18,01 (IC <sub>95%</sub> 15,75 - 20,59)	<0.001
% Retratamento entre o total de casos	42,0	15,5	2,72 (IC <sub>95%</sub> 2,40 - 3,07)	<0.001
% de casos que abandonaram o tratamento	30,6	7,0	4,40 (IC <sub>95%</sub> 3,72 - 5,20)	<0.001
% de casos que realizaram cultura	53,7	43,0	1,24 (IC <sub>95%</sub> 1,14 - 1,36)	<0.001
% de casos de tuberculose curados	25,2	43,0	0,58 (IC <sub>95%</sub> 0,50 - 0,69)	<0.001
% de casos de tuberculose com encerramento óbito	6,2	5,8	1,08 (IC <sub>95%</sub> 0,75 - 1,57)	0,664
% de casos de tuberculose testados para HIV	88,8	89,3	0,99 (IC <sub>95%</sub> 0,96-1,03)	0,736

\*Razões de prevalência estimadas por regressão de Poisson com variância robusta  
Dados populacionais de 2014

Fonte: SINAN NET 22/07/2016, IBGE e apresentação SMDS de 13/11/2015.

Dos 464 casos de tuberculose na população de rua, 270 casos (58,3%) foram notificados por unidades sem CNAR, e 193 casos (41,7%) em unidades com CNAR e um caso de TB na PSR não teve a unidade de saúde preenchida.

Ao analisar o encerramento por cura nos casos na população em situação de rua levando em consideração o tipo de unidade de saúde, unidades básica de saúde sem Consultório na Rua (UBS\_SCNAR) e unidades básicas de saúde com Consultório na Rua (UBS\_CCNAR), foram identificados 369 casos encerrados até 22/07/2016, ou seja, 79% dos casos.

O encerramento por abandono é significativamente mais elevado nas UBS\_CNAR, mesmo após ajuste por variáveis de confundimento (sexo, escolaridade, raça, faixa etária, HIV e uso de drogas).

Nas unidades sem CNAR os usuários em situação de rua tem maior risco de ter encerramento por óbito e transferência que nas unidades com CNAR (Tabela 7).

**Tabela 7: Situação de encerramento da População em Situação de rua por unidades de saúde**

<b>Situação de encerramento</b>	<b>RR</b>	<b>IC95%</b>	<b>p</b>	<b>RR*</b>	<b>IC95%</b>	<b>p</b>
Cura (referência)						
Abandono+Abandono Primário						
UBS_SCNAR	0,84	0,51-1,36	0,469	0,55	0,26-1,13	0,105
Óbito (TB + outras causas)						
UBS_SCNAR	2,18	0,92-5,20	0,077	2,59	0,50-13,23	0,254
Transferência						
UBS_SCNAR	4,34	2,10-8,95	<0,001	5,12	1,69-15,51	0,004

Fonte: SINAN NET 22/07/2016

Nota: Foram excluídos os encerramentos por falência, por mudança de esquema e TBDR pois havia poucos casos ou nenhum caso em um dos dois grupos comparados;

O abandono e abandono primário foram agrupados pela baixa frequência de casos.

Os óbitos por TB e por outras causas foram agrupados pela baixa frequência de casos.

As estimativas de razão foram estimadas por regressão logística.

## 8 DISCUSSÃO

A importância de realizar nesse trabalho uma análise sobre a completitude e duplicidade dos registros do SINAN-TB se coloca como ponto fundamental para que possamos identificar alguns aspectos que envolvem a qualidade dos registros. A vigilância epidemiológica se configura como ponto importante para o planejamento, financiamento, avaliação e normatização para que sejam tomadas decisões e ações para o controle da doença. Para isso necessitamos de informações fidedignas, portanto ressaltar esse ponto e pensar estratégias para melhorar essa qualidade são imprescindíveis para a qualificação da assistência (CORREIA, 2014).

Em relação à análise de duplicidades considera-se possível encontrar dificuldades na identificação destas na população em situação de rua, pelas variáveis comumente usadas para essa análise, pois esse grupo muitas vezes não possui, por exemplo, documentos de identificação, não referem seu nome real por questões judiciais, não lembram data de nascimento ou nome da mãe, o que pode influenciar na confiabilidade da informação. O trabalho realizado para a limpeza do banco demonstra que ainda não se verifica na base de dados da Secretaria de Estado de Saúde uma rotina de verificação de duplicidades implantada (LIMA et al, 2009).

É possível que algumas duplicidades reais possam não ter sido identificadas em decorrência dos grandes desafios dos dados no contexto da PSR. A não exclusão de duplicidades poderia influenciar a frequência de casos, incrementado a taxa de incidência da doença na população. No entanto, além das exaustivas estratégias para identificar duplicidades, a taxa de incidência verificada nesse estudo enfraquece essa hipótese, já que a taxa foi inferior à habitualmente descrita em PSR no Brasil. Esforços devam ser empreendidos no sentido de qualificar a informação do SINAN -TB, a fim de permitir o monitoramento e controle da doença na população e em grupos vulneráveis.

A completitude das fichas de notificação reflete um sistema de notificação com qualidade, possibilitando análises para tomadas de decisão no campo gerencial, indica o reflexo das ações de controle da tuberculose realizadas localmente, além de apontar fragilidades que vão do diagnóstico, tratamento ao desfecho dos casos (CORREIA, 2014).

A proposta desse estudo é pioneira, pois dados secundários foram utilizados, obtidos pelo SINAN- TB, o que diminui claramente os custos da pesquisa, observou-se que em geral os estudos com esse grupo são realizados através de entrevistas, o que encarece o processo de pesquisa.

No estudo realizado, tanto as variáveis do bloco de identificação quanto as variáveis voltadas para o diagnóstico do caso de tuberculose obtiveram um grau de preenchimento entre “excelente e “bom”. Encontramos um resultado que difere do apresentado por MALHÃO et al (2014), que aponta avaliação de completude do município do Rio de Janeiro de 2001-2006 com um grau de qualidade “regular”. Isso pode apontar que estamos caminhando para uma melhor qualidade no preenchimento de algumas variáveis da ficha de notificação do SINAN – TB, que pode refletir, em parte, um diagnóstico e vigilância mais apropriados.

Ao observar a completude das variáveis mais recentemente incluídas na ficha do SINAN-TB, identifica-se que todas (“populações especiais”, “beneficiário de programa de transferência de renda do governo federal”, “terapia anitretroviral durante o tratamento de tuberculose” e “doenças e agravos associados”) possuíram um grau de preenchimento entre “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Segundo BRAGA et al. (2012), algumas dessas variáveis são preditoras do abandono do tratamento, e seu reconhecimento pode indicar a importância da construção do projeto terapêutico singular, o que poderia impactar positivamente no desfecho do caso de TB. A elevada incompletude dessas variáveis afeta não somente a análise do desempenho do sistema, como também a qualidade da atenção à PSR.

Identificou-se melhor preenchimento dos campos relativos às co-morbidades na PSR. Isso que pode indicar um viés de informação, visto que o profissional de saúde por compreender que essa população é mais vulnerável, possui maior cuidado nas questões das co-morbidades.

Neste sentido, se torna importante continuar análises da qualidade do preenchimento desses campos, pois elas apontam para grupos mais vulneráveis para adoecimento, co-morbidades e apoio social (MALHÃO et al., 2014 e SILVA et al., 2013), o que tem uma relação com um cuidado ampliado dos casos.

O bloco acompanhamento apesar de não ser recente, possui em todos os campos um grau de preenchimento que varia de “ruim” a “muito ruim”. Esse resultado também foi encontrado no estudo de MALHÃO et al.(2014). A não completitude, muitas vezes é justificada pelo profissional de saúde pelo fato do paciente informar que não possui material para coleta de escarro, para a realização das baciloscopias de acompanhamento. Essa é uma prática que necessita ser melhor discutida com os profissionais de saúde. O que pode indicar uma dificuldade no processo de trabalho da vigilância, falha no preenchimento da variável e/ou falta de acompanhamento dos casos (MALHÃO et al., 2014).

O município do Rio de Janeiro a partir de junho de 2015, implantou o SINAN – RIO, um sistema de notificação on-line que tem como um dos objetivos a notificação em tempo oportuno, além de facilitar a atualização de dados de exames e do boletim de acompanhamento. Esse ponto merece análises futuras a fim de verificar se ocorreram melhorias no grau da completitude do boletim de acompanhamento a partir da utilização do SINAN-RIO.

A situação de encerramento dos casos possui não-completitude “ruim”. Esse resultado já era o esperado, pois estamos analisando casos de tuberculose diagnosticados no ano de 2015 e pela evolução da doença, o encerramento pode ser dado após o 9º mês de tratamento, assim o fechamento do ano de 2015, se deu até o dia 30 de setembro de 2016, e a data do banco analisado é de 22 de Julho de 2016 (BRASIL, 2011). Replicação dessa análise após o fechamento do ano 2015 pode confirmar essa hipótese.

Um ponto que merece destaque no preenchimento da variável “população em situação de rua” é a inconsistência observada em 3% dos registros, nos quais o campo PSR estava preenchido com o código 2 (não), enquanto no campo endereço era informado que a pessoa estava abrigada ou havia alguma outra observação indicando que se tratava de PSR. Tal fato sugere que os profissionais de saúde que notificam o caso ainda possuem dificuldades na compreensão da conceituação apresentada pelo MDS, que reconhece como pessoas em situação de rua aquelas que por sua condição são *compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar* (BRASIL, 2008).

Neste sentido, cabe uma orientação direcionada aos profissionais que realizam a notificação para que considerem usuários em abrigos como pessoas vivendo em situação de rua. Naturalmente, por ser uma variável recente, seu preenchimento fica mais sujeita a erros classificatórios. No entanto, espera-se que análises futuras verifiquem uma progressiva melhora na qualidade do preenchimento dessa e de outras variáveis do SINAN-TB.

Na análise de não completude das variáveis obrigatórias, apesar de não termos identificado diferenças expressivas no preenchimento do bloco de identificação, este foi um pouco melhor na população geral que na população em situação de rua.

Esse resultado pode indicar a dificuldade presente no atendimento à PSR, onde o estigma e o preconceito ainda são muito presentes, e muitas barreiras de acesso ainda são enfrentadas. Em estudo de abordagem qualitativa realizado em São Paulo, com usuários em situação de rua, essa situação aparece no discurso dos usuários.

A percepção de discriminação é extremamente alta no grupo em situação de rua.....dentre os motivos assinalados, o grupo identifica sua própria condição de viver na rua como o principal motivo de discriminação. A ele se sobrepõem outras formas de discriminação racial, geracional e de orientação sexual (BARATA, 2015, p.227).

As características sociodemográficas dos casos de TB em PSR analisados nesse estudo se assemelham àquelas descritas por outros estudos para a PSR em geral (com e sem TB) que indicam predominância masculina, se concentra na faixa etária de adultos jovens, baixa escolaridade, na raça/cor parda (PCRJ,2013; BRASIL, 2008).

O observado nesse estudo é que algumas diferenças evidenciadas importantes entre a população geral e a população em situação de rua são apresentadas, o que aponta mais vulnerabilidades para esse grupo. Maior frequência de doença em homens, pretos, jovens e de baixa escolaridade, em expressão maior na PSR do que na população geral.

Esses resultados trazem alguns pontos importantes para a construção de estratégias para o controle da tuberculose na PSR, além das características inerentes ao fato de estar em situação de rua (dificuldade com regras, itinerância, etc.). Essas devem ser pensadas tendo em vista as peculiaridades do grupo a ser abordado, escolhendo-se metodologias capazes de alcançar eficiente comunicação com um grupo particularmente mais jovem e com escolaridade baixa.

O fato de encontrarmos poucos usuários em situação de rua com tuberculose recebendo benefício de transferência de renda do governo federal (menos de 5%) pode indicar a dificuldade que esses usuários possuem em apresentar a documentação necessária à burocracia para cadastramento, já que o perfil aqui caracterizado claramente justificaria o recebimento desses benefícios. Na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua de 2008, 24,8% não possuíam nenhum tipo de documento e somente 2,3% recebiam Bolsa-família e não possuíam endereço: “*a condição de invisibilidade é reforçada, ainda, pela falta de documentação necessária para acessar serviços e benefícios sociais que o Estado garante*” (HALLAIS, J A S; BARROS, N F, 2015, p.1500).

Essa dificuldade vivenciada ainda hoje pela população em situação de rua para acesso aos serviços de saúde e assistência social gerou algumas mudanças a nível nacional e local. O Ministério da Saúde lançou a portaria nº 940 de 28 de Abril de 2011, que para o cadastramento para obtenção do Cartão Nacional de Saúde, não é necessário ter endereço e atualmente nem documento de identificação. O município do Rio de Janeiro elaborou um ofício, onde para realização de exames e dispensação de medicamentos para os usuários em situação de rua, somente seria necessário o número do Cartão Nacional de Saúde.

Na política de Assistência Social, foi criada uma cartilha pelo MDS em 2011, denominada “Inclusão das Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal – SUAS e População em Situação de Rua volume I, em que orientações específicas sobre esse grupo são abordadas e aponta a relevância do cadastramento desses usuários, no sentido da garantia de benefícios sociais e, conseqüentemente, de sua cidadania.

Em relação ao perfil clínico-epidemiológico da população em situação de rua com tuberculose, identifica-se que são em sua maioria casos novos. Contudo, encontra-se um percentual importante de casos de reingresso após abandono. Pensar em estratégias que ampliem o cuidado desse usuário em seu primeiro evento da doença, com o desfecho de cura, requer articulação intra e intersectorial por partes das equipes e de fato um fazer “saúde” com o sentido amplo do conceito.

Apesar de não termos encontrado um percentual alto de resistência aos antibióticos no grupo estudado, observa-se que apesar de desde 2011 o PNCT

recomendar para esse grupo a realização de cultura e teste de sensibilidade aos antibióticos em todos os casos, isso não vem ocorrendo. Neste caso, algumas estratégias vêm sendo implementadas pelo Programa Municipal de Tuberculose, tais como o Guia Rápido da Tuberculose, em que a necessidade desses exames é reforçada. Esse documento foi disponibilizado para toda a rede de saúde do município, além de estar disponível na plataforma SUBPAV (<https://subpav.org/index.php>), e a criação de um aplicativo para telefone celular voltado para os profissionais de saúde em que também se encontra as recomendações do PNCT voltadas para esse grupo.

Com relação às co-morbidades, foi observado que apesar das variáveis serem de preenchimento obrigatório, o grau de completitude foi “regular” ou “ruim” o que pode subestimar a compreensão das co-morbidades que mais atingem esse grupo. Entretanto, as co-morbidades mais relevantes em populações vulneráveis, como a AIDS, alcoolismo, drogas ilícitas foram melhores preenchidas na PSR. É possível supor que isso seja decorrente do reconhecimento dessa vulnerabilidade e também das políticas específicas para o atendimento a essa população, como os Consultórios na Rua.

Devem ser ressaltadas as dificuldades em calcular a taxa de incidência de tuberculose na população em situação de rua, principalmente pelos poucos dados populacionais existentes dessa população, que ainda não está inserida no Censo Populacional do IBGE, e diante deste problema ao observar a taxa de incidência de outros municípios (São Paulo e Porto Alegre) que utilizaram como denominador os dados obtidos através das Secretarias de Desenvolvimento Social dos respectivos municípios, optou-se por utilizar os dados produzidos pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro, que em 2014 fez uma contagem desse grupo populacional.

Neste sentido, o numerador da taxa de incidência tanto da população geral quanto da população em situação de rua foram os casos novos notificados em 2015, e no denominador foi utilizado para a população geral dados do IBGE de 1º de julho de 2014, para a população em situação de rua dados da pesquisa de 2014 realizada pela SMDS, que foi realizada durante todo esse ano, o que teve o potencial de estimar a população exposta ao risco de TB em 2015.

A taxa de incidência de tuberculose na população em situação de rua tem sido sistematicamente demonstrada como extremamente elevada em comparação com a da

população geral. Estudos realizados no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre encontraram incidências de TB entre 1.576 e 2.750/100.000 mil hab. (BRASIL, 2011). Em outro documento do MS aponta que a taxa é 44 vezes maior que na população geral (BRASIL, 2014). Nesse estudo, foi encontrada uma taxa de 1.273 casos por 100 mil hab., sendo 18 vezes maior que na população geral.

Considera-se a possibilidade de que a taxa de incidência na PSR verificada nesse estudo pode ter sido influenciada pela estimativa da população em risco. No entanto, a taxa verificada se assemelha às descritas na PSR em outras localidades, o que sugere consistência dos resultados. Por outro lado, a razão de taxas de incidência entre PSR e população geral no município do Rio de Janeiro foi bastante inferior aos valores descritos nos outros estudos. Esse fato pode ser justificado pela reconhecida elevada incidência de TB no município, que se constitui na quinta capital do país em incidência da doença, o que aproximaria os grupos comparados. Ainda assim, essa população teria uma taxa 18 vezes maior, reforçando a situação de vulnerabilidade.

No Boletim epidemiológico de 2014 do Ministério da Saúde, o município do Rio de Janeiro, apresentou um coeficiente de incidência para a população total de 79,2/100.000 hab. , neste estudo a taxa de incidência encontrada foi de 70,9/100.000 hab na população geral, a realização de testagem para o HIV de 51,1%, no estudo encontramos 89,9% na população geral. (BRASIL,2014).

Observa-se que os resultados encontrados nesse estudo, apontam uma diminuição da incidência, melhora no percentual de realização de cultura de retratamento e de testagem para o HIV. Essa melhora em alguns indicadores operacionais e epidemiológicos no controle da tuberculose, podem ter relação com a expansão dos laboratórios de cultura no município (4 laboratórios com mais infraestrutura para as 10 áreas de planejamento da cidade) e a implantação de teste rápido para HIV em todas as unidades básicas de saúde.

Um ponto que chamou a atenção na análise dos desfechos entre unidades de saúde com CNAR e unidades de saúde sem CNAR, foi o fato de que o encerramento cura não apresentou significância estatística entre os tipos de unidade. Contudo, abandonar o tratamento teve significância estatística para as unidades com CNAR. Esse resultado pode indicar os territórios na cidade onde os Consultórios na Rua estão instalados, em que existe grande concentração desse grupo populacional e em muitos

territórios vulneráveis, por exemplo, um fica ao lado do maior abrigo do município, o Rio Acolhedor, em que existe um grande fluxo de usuários entrando e saindo, outras 3 equipes de CNAR ficam em territórios próximos a comunidades e muitas cenas de uso de drogas.

O CnaR foi criado como uma proposta de cuidado que amplia o acesso e a qualidade da atenção integral a sujeitos marginalizados. Orientado para buscar alternativas para as diversas problemáticas vivenciadas no contexto da rua, o CnaR oferece não apenas atenção em saúde, mas também garantia de direitos. (HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F., 2015, p. 1503)

Contudo, os encerramentos por transferência e óbito foram maiores nas unidades sem CNAR, o que pode ser respondido pela dificuldade de manejo dos casos de tuberculose nesse grupo mais vulnerável, o que acaba levando a transferência do caso.

Para termos uma discussão mais profunda desse perfil, seria necessário realizar novas análises para identificar as diferenças sociodemográficas e clínico-epidemiológicas entre os usuários acompanhados pelas unidades de saúde com CNAR e sem CNAR, o que será realizado em momento futuro.

## 9 CONCLUSÃO

A partir dos achados nesse estudo, observa-se que a população em situação de rua possui claramente uma desigualdade no adoecimento por tuberculose que a população geral, essa desigualdade ainda é mais clara ao se analisar os desfechos dos casos de TB nesse grupo, onde o abandono é maior e a cura possui um percentual menor em comparação com a população geral.

A relação da tuberculose com a pobreza já está mais que fundamentada, contudo, ao observarmos que um grupo mais vulnerável ainda, tem maior chance de adoecer por TB e mais desfechos desfavoráveis da doença, impera a necessidade dos serviços de saúde buscarem estratégias específicas para esse grupo populacional.

As pessoas em situação de rua são parte da nossa sociedade, e estão em toda a cidade, o direito à saúde ultrapassa a existência de equipes específicas de cuidado para esse grupo, até porque as equipes de CNAR não estão em todo o município do Rio de Janeiro, e não existe no momento previsão de ampliação delas, neste sentido elas se constituem como um “abre-alas” da atenção à saúde para esse grupo populacional.

Além dessas medidas específicas, a redução das desigualdades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua no que tange aos determinantes sociais da saúde deveria fazer parte de uma estratégia mais ampla de saúde pública.

Essa população circula pelos serviços de saúde, mesmo que o estigma e preconceito estejam presentes foi identificada que a maioria dos casos de tuberculose na PSR foi notificada por unidade de saúde sem CNAR, o que reforça a necessidade de aproximação dos CNARs com essas equipes no sentido de desmistificar o cuidado a esse grupo.

Para além de ações específicas referentes ao controle da TB, uma aproximação que possibilite ampliar a prática da coordenação do cuidado, a articulação entre as equipes de saúde, CNARs e destes com a rede intra e intersetorial dos seus territórios e na construção de fluxos, pode propiciar uma qualificação na atenção à saúde das pessoas em situação de rua.

Como a tuberculose acaba se constituindo na entrada desse sujeito no sistema de saúde, aproveitar esse momento para a construção do vínculo e do Projeto Terapêutico

Singular, respeitando a trajetória desse sujeito, pode colaborar no sentido de ressignificar a vida.

Isso porque, mais do que prescrever exames e medicamentos, os profissionais de saúde na atenção primária devem estar abertos ao diálogo com os usuários do serviço, aos seus desejos, às suas histórias, angústia e desafios, que são elementos constitutivos no projeto de vida destes. (CRUZ et al , 2015, p. 247)

Outro ponto relevante é o cumprimento de questões relacionadas ao tratamento e condutas específicas para esse grupo que estão presentes no Manual de Recomendações para o Controle da TB sejam implementadas, como a realização de cultura e TSA para todos os casos, o tratamento diretamente observado (TDO), realizado a partir da possibilidade do usuário, entre outras, para isso seria importante uma aproximação do PCT com as unidades de saúde, para fornecer subsídios para melhoria da vigilância e assistência à TB nessa população.

Espera-se que o aprofundamento de conhecimentos organizacionais, operacionais, epidemiológicos, clínicos e sociais que envolvem o adoecimento por TB na população em situação de rua possa possibilitar espaço para novas reflexões e propostas de intervenção para o cuidado desta população à luz de princípios éticos e de garantia de direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

- BARATA, Rita Barradas et al. **Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo**. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol.24, suppl.1, p.219-232., 2015.
- BEIJER, U., WOLF A., FAZEL, S. **Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis**. The Lancet Infectious Diseases. 2012 Nov; 12(11): 859–870.
- BRAGA, J.U.et al.. **Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose nos serviços de atenção básica em dois municípios brasileiros, Manaus e Fortaleza, 2006 a 2008**. Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 225-33
- BRAS, Oriana Cátia Rainho. **Vulnerabilidade e tuberculose no Rio de Janeiro**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 67-76, 2014.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social** nº 8742 de 07 de Dezembro de 1993, Dispõe sobre os objetivos da Assistência Social e dá outras providências.
- BRASIL. **Comissão de Seguridade Social e Família. Relatório final da Subcomissão especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as políticas de governo relacionadas às doenças determinadas pela pobreza**. Câmara dos Deputados, Brasília, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância epidemiológica da tuberculose: análise de indicadores operacionais e epidemiológicos a partir da base de dados do SINAN versão 5.0**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Brasília, 2015.
- \_\_\_\_\_. **Panorama da Tuberculose no Brasil – Indicadores epidemiológicos e operacionais**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Brasília, 2014.
- \_\_\_\_\_. **Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2014.
- \_\_\_\_\_. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2011.
- \_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 47,n 13, 2016.
- \_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 44,n 2, 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria n º 940 de 28 de Abril de 2011** “Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)”.

\_\_\_\_\_. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em situação de rua. Brasília.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** SAS/DAB. Brasília/DF – 2011

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 122 de 25 de Janeiro de 2012** “Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua”.

\_\_\_\_\_. **Plano Operativo para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua – 2012-2015.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2012.

\_\_\_\_\_. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília/DF, 2008.

\_\_\_\_\_. **Inclusão das Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal – SUAS e População em Situação de Rua volume I.** Brasília/DF, 2011.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053 de 23 de Dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

BRITO, V. O. C. et al. **Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo.** Rev. Saúde Pública vol.41 suppl.2 São Paulo Dec. 2007

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Sept. 2006 .

BUSS, Paulo Marchiori. **Globalização, pobreza e saúde.** Ciência e Saúde coletiva, vol.12, no.6, p.1575-1589, 2007.

CASTEL, Robert. **A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”.** Paris: Espirit, 1991; CADERNO CRH, Salvador n. 26/27, 1997.

CANÔNICO, Ravhana Pils et al. **Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo**. Revista da Escola de Enfermagem – USP, São Paulo, v. 41, 799-803, 2007. Especial.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) Features. **Homelessness is a risk factor for TB. 15/10/2012. Atlanta: USA.**

CORREIA, LO.S.C., PADILHA, B., VASCONCELOS, S.M.L., **Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4467-4478, 2014

COSTA, Ana Paula Motta. **População em situação de rua: contextualização e caracterização**. Revista Virtual Textos e contextos, n 4, 2005.

DUARTE, Elisabeth Carmen. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002

FONSECA, Angelica F., CORBO, Ana Maria D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Boletim epidemiológico da Tuberculose**. 2014

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade**. Cadernos de Saúde Pública, vol.31, no.7, p.1497-1504, 2015.

JUNIOR, Nivaldo et al. **A estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

\_\_\_\_\_. **Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social**. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol.15, no.3, p.30-39, 2006.

\_\_\_\_\_. **Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.

LIMA, Claudia Rizzo de Araujo et al . **Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, Out. 2009

MACIEL, Ethel Leonor Noia. **A promoção da saúde e os determinantes sociais da tuberculose: elementos para a ação**. In: Promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos. Campinas, SP, Saberes Editora, p. 429- 449, 2012.

MALHÃO, Thainá Alves et al . **Avaliação da completitude do Sistema de Informação de Agravos de Notificação da Tuberculose, Brasil, 2001-2006**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 19, n. 3, set. 2010 .

MERCHAN-HAMANN, Edgar et al. **Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura.** Inf. Epidemiol. Sus, Brasília , v. 9, n. 4, dez. 2000 .

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall et al. **Características sociodemográficas e indicadores operacionais de controle da tuberculose entre indígenas e não indígenas de Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 15, n. 4, p. 714-724, Dez. 2012

PILLER, Raquel Vilela Blake. **Epidemiologia da Tuberculose.** Pulmão RJ, 21(1):4-9,2012.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL PCRJ/SMDS. **População em situação de rua um direito à cidade.** 2013

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL PCRJ/SMDS. **Meeting Brasil – Reino Unido – arte, cultura e população de rua – 13 de Novembro de 2015.** Publicação eletrônica (mensagem pessoal) [mairaguazzi@bol.com.br](mailto:mairaguazzi@bol.com.br) recebida em 19 de Janeiro de 2016.

ROMERO, D. E. e CUNHA, C.B. **Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001).** Cadernos de Saúde Publica; 22(3): 673-681, mar. 2006.

SILVA, C C. A.V. ANDRADE, M.S, CARDOSO, M.D.C. **Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010.** Brasil Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(1):77-85, jan-mar 2013.

SILVA, Carolina Cruz da, Cruz Marly Marque de, Vargas, Eliane Portes. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 39, N. especial, P. 246-256, DEZ 2015.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde.** Saúde e Sociedade, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 56-69 , abr. 2004.

ZUIM, Regina. **Tuberculose e pessoas vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro - estudo de prevalência e proposta de adesão do diagnóstico ao tratamento.** 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Report 2016.** 2016

\_\_\_\_\_. **Global Tuberculosis Report 2015.** 2015

\_\_\_\_\_. **The end TB Strategy.** 2014

Disponível em: <Erro! A referência de hiperlink não é válida. ACESSO EM 27/10/2016

Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>> ACESSO EM 20/09/2015

Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/>>ACESSO EM 07/11/2015

Disponível em:

<[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/)>  
ACESSO EM 23/11/2015

Disponível em:< <https://subpav.org/index.php>><https://subpav.org/index.php> ACESSO  
EM 01/11/2016

## ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE TUBERCULOSE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE						
<p><b>TUBERCULOSE PULMONAR:</b> Paciente com tosse com expectoração por três ou mais semanas, febre, perda de peso e apetite, com confirmação bacteriológica por baciloscopia direta e/ou cultura e/ou com imagem radiológica sugestiva de tuberculose.</p> <p><b>TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR:</b> Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para M. tuberculosis de material proveniente de localização extrapulmonar.</p>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/enferma		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	4	UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Dados de Residência	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor		
Dados Complementares do Caso	14	Escolaridade				
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
	17	UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		
	22	Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		
	24	Geo campo 1		25 Geo campo 2		
Dados Complementares do Caso	26	Ponto de Referência		27 CEP		
	28	(DDD) Telefone		29 Zona - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	30	País (se residente fora do Brasil)				
Dados Complementares do Caso	31	Nº do Prontuário		32 Tipo de Entrada		
	33	Populações Especiais		34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo		
	35	Forma		36 Se Extrapulmonar		
Dados Complementares do Caso	37	Doenças e Agravos Associados				
	38	Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		39 Radiografia do Tórax		
	40	HIV				
Dados Complementares do Caso	41	Terapia Antiretroviral Durante o Tratamento para a TB		42 Histopatologia		
	43	Cultura		44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)		
	45	Teste de Sensibilidade				
Dados Complementares do Caso	46	Data de Início do Tratamento Atual		47 Total de Contatos Identificados		
	Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura	
Tuberculose		Sinan NET		SVS 14/08/2013		

## ANEXO B

### INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

#### FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO – Sinan NET 5.0

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**

3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**

4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**

6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**

14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente

por ocasião da notificação. (0= Sem escolaridade; 1= Fundamental I (1ª a 4ª série); 2= Fundamental II (5ª a 8ª série); 3= Médio (antigo 2º grau); 4= Superior incompleto; 5= Superior completo; 6= Não se aplica; 9= Ignorado. **CAMPO ESSENCIAL.**

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**

21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**

22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**

24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).

25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**

27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**

29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**

30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Preencher com o número do prontuário do paciente na Unidade de Saúde onde se realiza o tratamento.

32. Preencher com o código correspondente ao tipo de entrada do paciente na unidade de saúde. O “caso novo” é todo paciente que nunca se submeteu ao tratamento de tuberculose, ou o fez por até 30 dias. Os retratamentos podem acontecer por: “recidiva” após cura e “reingresso após abandono”, quando ocorre interrupção de um tratamento

por mais de 30 dias. O “Não sabe” deve ser preenchido apenas quando esgotadas as possibilidades de investigação das entradas anteriores do paciente. A “transferência” refere-se ao paciente encaminhado de outro serviço para seguimento do tratamento. Os casos com entrada “Pós-óbito” são aqueles identificados tardiamente, ou seja, após a morte do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**33. Preencher com o código correspondente, se o paciente encontra-se em condição de vulnerabilidade, no momento da notificação do caso. Informar: Se População privada de liberdade, População vivendo em situação de rua, Profissional de saúde, Imigrante. CAMPO ESSENCIAL.** (grifo nosso)

**34. Preencher com o código correspondente, se beneficiário de programa de transferência de renda do governo federal, estadual ou municipal (não aplicável à cesta básica, vale transporte ou outros benefícios de tratamento). CAMPO ESSENCIAL.**

**35. Preencher com o código correspondente segundo a forma clínica da tuberculose (pulmonar exclusiva, extrapulmonar exclusiva ou pulmonar + extrapulmonar) por ocasião da notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**36. Preencher com o código correspondente à localização extrapulmonar da tuberculose nos casos em que o paciente apresente a forma clínica igual a 2 ou 3. O item OUTRA se refere às formas extrapulmonares que não estão listadas no campo da ficha. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO,** quando o campo 35 = 2 ou 3.

**37. Preencher com o código correspondente da doença e/ou agravo presente no momento da notificação do caso. CAMPO ESSENCIAL.**

**38. Preencher com o código correspondente o resultado da baciloscopia de escarro para BAAR (Bacilo álcool-ácido resistentes) realizada em amostra para diagnóstico. Usa-se o “Não se aplica” para os casos cujo campo 36 = 2 (Extrapulmonar). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**39. Preencher com o código correspondente o resultado da radiografia de tórax (o código 3 diz respeito a outras alterações que não são compatíveis com a tuberculose) por ocasião da notificação. CAMPO ESSENCIAL.**

**40. Preencher com o código correspondente o resultado da sorologia para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**41. Preencher com o código correspondente para a realização de Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS durante o tratamento para a tuberculose. CAMPO ESSENCIAL.**

**42. Preencher com o código correspondente o resultado do exame histopatológico para diagnóstico de TB (biópsia). CAMPO ESSENCIAL.**

**43. Preencher com o código correspondente ao resultado da cultura (qualquer material) para *M. tuberculosis* realizada em amostra para diagnóstico ou acompanhamento. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

**44. Preencher com o código correspondente ao resultado do teste molecular rápido (TMR-TB) realizado para *M. tuberculosis* em amostra para diagnóstico. CAMPO ESSENCIAL.**

**45. Preencher com o código correspondente ao resultado do teste de sensibilidade do paciente para conhecimento oportuno do padrão de resistência às drogas de 1ª linha. CAMPO ESSENCIAL.**

**46. Preencher com a data de início do tratamento atual. CAMPO ESSENCIAL.**

**47. Informar o número total de contatos identificados do paciente. CAMPO**

**OBRIGATÓRIO.** Observações: informar as observações necessárias para complementar à investigação. Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação. Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação. Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: MARIO JOSE DA SILVA Informar a função do responsável por esta investigação. ex: ENFERMEIRO Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

## ANEXO C

## BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
SMS RIO DE JANEIRO

Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
Boletim de Acompanhamento de Tuberculose

Página: 1

UF: RJ		Município de Notificação Atual: RIO DE JANEIRO																				
Unidade:																						
Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Forma	Bac 1º Mês	Bac 2º Mês	Bac 3º Mês	Bac 4º Mês	Bac 5º Mês	Bac 6º Mês	Bac após 6º Mês	Total contat 6º Mês	Total contat exam	HIV TARV	Cultura	TRM-TB	Histopat	TS	Realizado TDO?	Situação Encerra	Se Transf	Local de Transf (Mun/UF)	Data de encerramento
/ /																						

Tópicos 1 a 4: preenchimento automático

Baciloscopias 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e após 6º mês: 1-positivo; 2-negativo; 3-não realizado; 4-não se aplica.

Total de contatos identificados: Número total de contatos identificados (preenchimento automático)

Total de contatos examinados: Número total de contatos examinados

HIV 1- Positiva; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4-Não Realizada

Terapia Antiretroviral: 1-sim ; 2-não ; 3-ignorado

Cultura: 1- Positiva; 2- Negativa; 3- Em andamento; 4-Não Realizada

Teste Molecular Rápido - TB (TRM-TB): 1-detectável sensível à rifampicina; 2-não detectável resistente à rifampicina;

Histopatologia 1 - Baar Positivo, 2 - Sugestivo de TB, 3 - Não Sugestivo de TB, 4 - Em Andamento, 5 - Não Realizado

3- não detectável; 4-inconclusivo; 5-não realizado

Teste de Sensibilidade: 1-resistente somente a Isoniazida; 2-resistente somente a Rifampicina; 3-resistente a Isoniazida e Rifampicina; 4-resistente a outras drogas de 1ª linha; 5-sensível; 6-em andamento; 7-não realizado

Realizado TDO?: 1- Sim 2- Não 3- Ignorado

Situação de Encerramento: 1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5- Transferência 6- Mudança de Diagnóstico 7- TBDR 8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário

Se transferência: 1-mesmo município; 2-município diferente (Mesma UF); 3-UF diferente; 4-país diferente

Local de transferência: Preencher com o local (município/UF) de destino do paciente, caso tenha sido transferido

Data do encerramento: Data de encerramento do caso na unidade de saúde que está acompanhando