

ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA COM TUBERCULOSE NO ESTADO DO PARÁ, NO PERÍODO DE 2017 A 2019.

RESUMO: A População em Situação de Rua é um grupo que vive em condição de vulnerabilidade social intensa e que sofre as consequências da invisibilidade social, essas circunstâncias potencializam o risco de contágio de doenças socialmente determinadas como a tuberculose, que ainda é caracterizada como problema de saúde pública mundial. Objetivo: analisar o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico da população em situação de rua com tuberculose no estado do Pará no período de 2017 a 2019. Métodos: estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com uso de dados secundários sobre a população em situação de rua e a população geral, obtidos no banco de dados da plataforma Tabnet/Datasus trabalhados por meio de estatística descritiva. Resultados: De 2017 a 2019 foram notificados 14.546 casos de tuberculose no estado, sendo 190 em pessoas em situação de rua. Nesta população foram elevadas as taxas de abandono (36,6%; 17,1% e 16,6%), uso de drogas ilícitas (40%; 50% e 55%) e coinfeção TB/HIV (13,3%; 40% e 25%); enquanto cura a (36,6%; 37,1% e 8,3%) foi menor. Conclusão: a vulnerabilidade social expõe pessoas ao maior adoecimento e efeitos negativos da tuberculose.

Palavras-chave: Análise de dados; Epidemiologia; Perfil de Saúde; População em situação de rua; Tuberculose.

ANALYSIS OF THE SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE HOMELESS POPULATION WITH TUBERCULOSIS IN THE STATE OF PARÁ, FROM 2017 TO 2019.

ABSTRACT: The Homeless Population is a group living in a condition of intense social vulnerability and suffering the consequences of social invisibility, these circumstances increase the risk of contagion of socially determined diseases such as tuberculosis, which is still characterized as a global public health problem. Objective: to analyze the sociodemographic and clinical-epidemiological profile of the homeless population with tuberculosis in the state of Pará from 2017 to 2019. Methods: a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, using secondary data on the homeless population and the general population, obtained from the database of the Tabnet/Datasus platform worked by descriptive statistics. Results: From 2017 to 2019, 14,546 cases of tuberculosis were reported in the state, of which 190 were reported in homeless people. In this population, dropout rates (36.6%; 17.1% and 16.6%), illicit drug use (40%; 50% and 55%) and TB/HIV coinfection (13.3%; 40% and 25%) were high; while cure (36.6%; 37.1% and 8.3%) was lower. Conclusion: social vulnerability exposes people to greater illness and negative effects of tuberculosis.

Keywords: Data Analysis, Epidemiology, Health Profile, Homeless Persons, Tuberculosis.

ANÁLISIS DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE COM TUBERCULOSIS EM EL ESTADO DO PARÁ, EM EL PERIODO DE 2017 A 2019.

RESUMEN: La Población en Situación de Calle es un grupo que vive en condición de vulnerabilidad social intensa y que sufre las consecuencias de la invisibilidad social, estas circunstancias potencian el riesgo de contagio de enfermedades socialmente determinadas como la tuberculosis, que sigue caracterizándose como un problema de salud pública mundial. Objetivo: analizar el perfil sociodemográfico y clínico-epidemiológico de la población en situación de calle con tuberculosis en el estado de Pará en el período de 2017 a 2019. Métodos: estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, con uso de datos secundarios sobre la población en situación de calle y la población general, obtenidos en la base de datos de la plataforma Tabnet/Datasus trabajados por medio de estadística descriptiva. Resultados: De 2017 a 2019 fueron notificados 14.546 casos de tuberculosis en el estado, siendo 190 en personas en situación de calle. En esta población fueron elevadas las tasas de abandono

Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA-UFMS-Três Lagoas, v. 12, n. 02, p.17-33, janeiro/julho. 2021, Edição Especial. ISSN: 2447-8822.

(36,6%; 17,1% y 16,6%), uso de drogas ilícitas (40%; 50% y 55%) y coinfección TB/VIH (13,3%; 40% y 25%); mientras que cura la (36,6%; 37,1% y 8,3%) fue menor. Conclusión: la vulnerabilidad social expone a las personas a la mayor enfermedad y a los efectos negativos de la tuberculosis.

Palabras-clave: Análisis de Datos, Epidemiología, Perfil de Salud, Personas sin Hogar, Tuberculosis.

Introdução

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) define esse grupo populacional como pessoas que tem em comum a pobreza extrema e o uso de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente¹. A incidência da População em Situação de Rua (PSR), no Brasil, ocorre por fatores econômicos, dependência química, conflitos familiares, entre outros. Este fenômeno ocorre principalmente nos grandes centros urbanos do país².

O Brasil não dispõe de dados oficiais sobre a PSR, devido pesquisas como o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considerar somente pessoas com domicílio permanente. No entanto, a fim de atenuar essa invisibilidade social, o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea) realizou uma estimativa sobre a PSR com dados disponibilizados por 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), o qual possibilitou estimar que existiam, em 2015, 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil^{3,4}.

Além disso, dados registrados no Cadastro Único sobre famílias de maioria unipessoais que moram na rua, revelam que houve um aumento desse contingente populacional em cerca de 16 vezes nos últimos sete anos, sendo 7.368 famílias em agosto/2012 e 119.636 famílias em março/2019. No Pará, em 2019 foram registradas cerca de 868 famílias⁴.

As limitações, sofrimentos físicos e emocionais, potencializam o risco de contágio de doenças, que se manifestam de forma mais precoce e severa na PSR⁵. A tuberculose (TB) por ser uma doença socialmente determinada é uma das que mais acometem a PSR⁶.

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch, sua transmissão ocorre por vias aéreas e o órgão mais afetado é o pulmão⁷. A TB é um problema de saúde pública mundial e acomete milhares de pessoas que ainda morrem em decorrência da doença⁸.

Em parâmetros mundiais, em 2018 cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram por TB e por volta de 1,5 milhão destas pessoas morreram, o que mantém a TB entre as 10 principais causas de morte em escala global. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Brasil encontra-se na 20ª posição na classificação de carga da doença e a 19ª quanto à coinfeção TB/HIV⁸.

No Brasil, em 2019 foram diagnosticados 73.864 casos novos de TB, com coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes. O estado do Pará está entre os estados com maior coeficiente de incidência da doença, o qual está acima de 51 casos/100 habitantes. Em 2019, no Pará, foram registrados 4459 casos novos de TB e cerca de 213 óbitos⁹.

O risco de adoecimento por TB na PSR é cerca de 56 vezes maior que na população em geral¹¹. A vulnerabilidade e invisibilidade social é um desafio para efetivação de políticas de saúde que possam atenuar ou sanar as problemáticas dessa população⁶. A obtenção de dados epidemiológicos, permite a identificação de particularidades de cada território, a qual é fundamental para o planejamento e implantação de estratégias e ações sobre tuberculose na PSR⁴.

Diante disso, foi escolhido o período de 2017 a 2019 para o estudo, uma vez que foi adotada uma nova estratégia global de enfrentamento da TB no ano de 2017. No mesmo período, no Brasil, foi implantado o Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública, o qual é baseado nas recomendações da Estratégia Fim da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde¹⁰.

Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico da população em situação de rua com tuberculose no Estado do Pará, no período de 2017 a 2019.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com uso de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados na plataforma Tabnet/Datasus. Os dados do Sinan permitem a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica¹². A Plataforma Tabnet/Datasus se trata de um tabulador genérico de domínio público que permite a organização de informações¹³. Nesse contexto, definiu-se como objeto de estudo os dados obtidos sobre a situação da tuberculose na população em situação de rua no período de 2017 a 2019 no estado do Pará.

O estado do Pará possui área territorial de 1.245.759,305 km², sendo o 2^a maior estado em extensão territorial do Brasil. Possui 144 municípios e tem população estimada de 8.602.865 pessoas, a qual o torna o mais populoso da região norte e o nono mais populoso do país. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,646, um dos mais baixos do país, ficando à frente apenas dos estados do Maranhão, Alagoas e divide a 24^a posição do ranking com o Piauí¹⁴.

A formação do banco de dados ocorreu a partir da tabulação de informações de origem epidemiológicas e de morbidade e os casos de tuberculose desde 2001 (SINAN), em seguida, obteve-se amostras sobre tuberculose na população em situação de rua (PSR) e na população em geral (PG) no estado do Pará conforme o período do estudo.

O primeiro perfil investigado foi o sociodemográfico, composto pelas seguintes variáveis: sexo (masculino, feminino e ignorado), raça (branca, preta, amarela, parda e indígena), faixa etária (0 a 14 anos – 15 a 24 anos – 25 a 34 anos – 35 a 44 anos – 45 a 54 anos – 55 a 64 anos – 65 ou +) e escolaridade (analfabeto, 1^a a 4^a série do Ensino fundamental, 5^a a 8^a série incompletos do Ensino fundamental, Ensino fundamental completo, Ensino médio incompleto, Educação superior incompleta, Educação superior completa, não se aplica e Ig/Em branco).

O segundo perfil pesquisado foi o clínico-epidemiológico constituído pelas variáveis: forma clínica da tuberculose (pulmonar, extrapulmonar ou pulmonar + extrapulmonar), tipo de entrada (caso novo, recidiva, reingresso após abandono, não sabe, transferência e pós óbito), coinfeção HIV/TB (positiva, negativa, em andamento ou não realizada), utilização de drogas ilícitas (sim ou não), realização do Tratamento Diretamente Observado – TDO (sim ou não) e situação de encerramento (cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, transferência, Tuberculose Drogarresistente – TB/DR, mudança de esquema, falência e abandono primário).

Após a obtenção das informações, criou-se o banco de dados a partir do software Microsoft Office Excel versões 2016. Os dados foram organizados em planilhas, com as variáveis ordenadas em função dos anos do estudo, com a presença dos valores absolutos (N) e valores relativos (%). A partir do uso da estatística descritiva simples fez-se uma análise comparativa entre a PSR e a PG com TB.

O presente estudo utilizou informações fornecidas em bases secundárias, portanto não envolveu pesquisa direta com pessoas e/ou animais, obedecendo assim os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016.

Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA-UFMS-Três Lagoas, v. 12, n. 02, p.17-33, janeiro/julho. 2021, Edição Especial. ISSN: 2447-8822.

Resultados

Durante o período de 2017 a 2019 foram notificados 14.546 casos de TB no estado do Pará, com 4.542 casos em 2017, 4.709 casos em 2018 e 5.295 casos no ano de 2019. Na população em situação de rua foram notificados 190 casos de TB nos três anos, sendo 60 casos em 2017, 70 casos em 2018 e 60 casos em 2019.

Quanto às variáveis sociodemográficas (TAB. 1), nota-se quem em ambas as amostras o sexo masculino é o que mais adoece por TB, sendo na PSR cerca de 85,0% (n=51) em 2017, 74,2% (n=52) em 2018 e 75,0% (n=45) em 2019, enquanto na PG foram respectivamente 65,3% (n=2970), 66,8% (n=3146) e 67,5% (n=3579). Ademais, em relação a raça, em ambas as populações a raça mais acometida é a parda com 78,3% (n=47) em 2017, 70,0% (n=49) em 2018 e 71,6% (n=43) em 2019 na PSR; e na PG respectivamente com 75,4% (n=3428), 75,4% (n=3551) e 74,9% (n=3970).

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas da população em situação de rua e da população geral com tuberculose no estado do Pará.

Variáveis	2017		2018		2019	
	PSR ^a	PG ^b	PSR	PG	PSR	PG
	N (%) ^c	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo						
Masculino	51 (85,0)	2970 (65,3)	52 (74,2)	3146 (66,8)	45 (75,0)	3579 (67,5)
Feminino	9 (15,0)	1572 (34,6)	18 (25,7)	1563 (33,1)	15 (25,0)	1716 (32,4)
Raça						
Branco	5 (8,3)	452 (9,9)	9 (12,8)	517 (10,9)	4 (6,6)	507 (9,5)
Preto	3 (5,0)	356 (7,8)	8 (11,4)	342 (7,2)	5 (8,3)	422 (7,9)
Amarelo	2 (3,3)	31 (0,6)	0	26 (0,5)	0	22 (0,4)
Pardo	47 (78,3)	3428 (75,4)	49 (70,0)	3551 (75,4)	43 (71,6)	3970 (74,9)
Indígena	1 (1,6)	87 (1,9)	0	67 (1,4)	5 (8,3)	106 (2,0)
Ig/Em branco ^d	2 (3,3)	188 (4,1)	4 (5,7)	206 (4,3)	3 (5,0)	268 (5,0)
Faixa Etária						
0 a 14 anos	4 (6,6)	154 (3,3)	0	163 (3,4)	1 (1,6)	200 (3,7)
15 a 24 anos	2 (3,3)	949 (20,8)	3 (4,2)	958 (20,3)	6 (10,0)	1147 (21,6)
25 a 34 anos	18 (30,0)	1027 (22,6)	21 (30,0)	1153 (24,4)	11 (18,3)	1283 (24,2)
35 a 44 anos	17 (28,3)	796 (17,5)	22 (31,4)	820 (17,4)	19 (31,6)	903 (17,0)
45 a 54 anos	10 (16,6)	630 (13,5)	19 (27,1)	630 (13,3)	15 (25,0)	699 (13,2)
55 a 64 anos	6 (10,0)	520 (11,4)	4 (5,7)	526 (11,1)	7 (11,6)	558 (10,5)
65 ou +	3 (5,0)	466 (10,2)	1 (1,4)	459 (9,7)	1 (1,6)	505 (9,5)
Escolaridade						
Analfabeto	7 (11,6)	249 (5,4)	4 (5,7)	178 (3,7)	7 (11,6)	219 (4,1)

1ª a 4ª incompleto ^e	7 (11,6)	651 (14,3)	21 (30,0)	717 (15,2)	13 (21,6)	721 (13,6)
4ª série completa ^f	6 (10,0)	266 (5,8)	4 (5,7)	245 (5,2)	6 (10,0)	339 (6,4)
5ª a 8ª série incompleto ^g	16 (26,6)	723 (15,9)	12 (17,1)	786 (16,6)	8 (13,3)	934 (17,6)
Ensino fundamental completo	2 (3,3)	282 (6,2)	3 (4,2)	293 (6,2)	4 (6,6)	300 (5,6)
Ensino médio incompleto	1 (1,67)	391 (8,6)	4 (5,7)	399 (8,4)	2 (3,3)	484 (9,1)
Ensino médio completo	2 (3,33)	617 (13,5)	2 (2,8)	689 (14,6)	3 (5,0)	722 (13,6)
Educação superior incompleta	0	100 (2,2)	1 (1,4)	94 (2,0)	0	105 (1,9)
Educação superior completa	0	146 (3,2)	0	146 (3,1)	1 (1,6)	152 (2,8)
Não se aplica	1 (1,6)	82 (1,8)	0	81 (1,7)	0	88 (1,6)
Ig/Em Branco	18 (30,0)	1035 (22,7)	19 (27,1)	1081 (22,9)	16 (26,6)	1231 (23,2)

Legenda: a) PRS: População em Situação de Rua, b) PG: População Geral, c) Porcentagem dos valores, absolutos, d) Ignorado ou deixado em branco, e) 1ª a 4ª série incompleto do Ensino Fundamental, f) 4ª série completa do Ensino Fundamental, g) 5ª a 8ª série incompleto do Ensino Fundamental.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Adultos com idade de 35 a 44 anos são os mais acometidos por TB na PSR, com 28,3% (n=17) em 2017, 31,4% (n=22) em 2018 e 31,6% (n=19) em 2019; e também em adultos de 25 a 34 anos, com os seguintes percentuais a partir dos anos estudados: 30,0% (n=18), 30,0% (n=21) e 18,3% (n=11). Na PG, a faixa etária com maior adoecimento por TB é a população de 25 a 34 anos com 22,6% (n=1027) em 2017, 24,4% (n=1153) em 2018 e 24,2% (n=1283) em 2019; e os jovens de 15 a 24 anos, sendo em 2017, 2018 e 2019 os seguintes percentuais 20,8% (n=949), 20,3% (n=958) em 2018 e 21,6% (n=1147).

A escolaridade, em ambas as populações foi consideravelmente ignorada e/ou deixada em branco. PSR os maiores destaques foram de pessoas com escolaridade de 1ª a 4ª série incompletas do ensino fundamental com 11,6%(n=7) em 2017, 30,0% (n=21) em 2018 e 21,6% (n=13), enquanto que na PG os maiores percentuais foram de pessoas que estudaram da 5ª a 8ª série do ensino fundamental, com 15,9% (n=723), 16,6% (n=786) e 17,6% (n=934), respectivamente aos anos do estudo.

Referente as variáveis clínico-epidemiológicas (TAB. 2), o tipo de entrada com maior notoriedade, em ambas as amostras populacionais, foi de casos novos e reingresso após Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA-UFMS-Três Lagoas, v. 12, n. 02, p.17-33, janeiro/julho. 2021, Edição Especial. ISSN: 2447-8822.

abandono, sendo a distribuição de casos novos na PSR nos respectivos anos do estudo de 66,3% (n=41), 64,2% (n=45) e 70,0% (n=42), enquanto na PG a composição de casos novos foi a seguinte: 83,7% (n=3805), 83,5% (n=3936) e 2019 com 84,1% (n=4454). Quanto ao reingresso após abandono, a PSR tem maior percentual em comparação com a PG, com 26,6% (n=16) em 2017, 25,7% (n=18) em 2018 e 18,3% (n=11), enquanto na PG foi de 6,1% (n=280), 6,9% (n=327) e 6,5% (n=348), respectivamente aos anos do estudo.

Tabela 2 - Variáveis Clínicas-epidemiológicas da População em Situação de Rua e da População com Tuberculose no estado do Pará.

Variáveis	2017		2018		2019	
	PSR ^a N (%) ^c	PG ^b N (%)	PSR N (%)	PG N (%)	PSR N (%)	PG N (%)
Tipo de entrada						
Caso novo	41 (68,3)	3805 (83,7)	45 (64,2)	3936 (83,5)	42 (70,0)	4454 (84,1)
Recidiva	0	236 (5,2)	3 (4,2)	240 (5,1)	4 (6,6)	265 (5,0)
Reingresso após Abandono	16 (26,6)	280 (6,1)	18 (25,7)	327 (6,9)	11 (18,3)	348 (6,5)
Não sabe	0	3 (0,07)	0	11 (0,2)	0	3 (0,06)
Pós Óbito	0	5 (0,1)	0	5 (0,1)	0	2 (0,04)
Transferência	3 (5,0)	213 (4,6)	4 (5,7)	190 (4,0)	3 (5,0)	223 (4,2)
Forma da TB^d						
Pulmonar	56 (93,3)	3998 (88,0)	67 (95,7)	4144 (88,0)	57 (95,0)	4697 (88,7)
Extrapulmonar	2 (3,3)	437 (9,6)	1 (1,4)	452 (9,6)	2 (3,3)	488 (9,2)
Pulmonar + Extrapulmonar	2 (3,3)	107 (2,3)	2 (2,8)	113 (2,4)	1 (1,6)	108 (2,0)
Ig/ Em branco ^e	0	0	0	0	0	2 (0,04)
Coinf. TB/HIV^f						
Positivo	8 (13,3)	452 (9,9)	28 (40,0)	417 (8,8)	15 (25,0)	489 (9,2)
Negativo	29 (48,3)	2553 (56,2)	22 (31,4)	2901 (61,6)	30 (50,0)	3141 (59,3)
Em andamento	2 (3,3)	134 (2,9)	3 (4,2)	122 (2,5)	6 (10,0)	690 (13,0)
Não Realizado	21 (45,0)	1403 (30,8)	17 (24,2)	1269 (26,9)	9 (15,0)	973 (18,3)
Ig/Em Branco	0	0	0	0	0	2 (0,04)
Drogas ilícitas						
Sim	24 (40,0)	404 (8,8)	35 (50,0)	537 (11,4)	33 (55,0)	702 (13,2)
Não	27 (45,0)	3696 (81,3)	25 (35,7)	3745 (79,5)	18 (30,0)	4243 (80,1)

Ig/Em Branco	9 (15,0)	442 (9,7)	10 (14,2)	427 (9,0)	9 (15,0)	350 (6,6)
TDO						
Realizado^g						
Sim	18 (28,3)	1254 (27,6)	22 (31,4)	1264 (26,8)	12 (20,0)	924 (17,4)
Não	20 (33,3)	1776 (39,1)	16 (22,8)	1779 (37,7)	8 (13,3)	1229 (23,2)
Ig/Em Branco	23 (38,3)	1512 (33,2)	32 (45,7)	1666 (35,3)	40 (66,6)	3142 (59,3)
Situação encerrada						
Cura	22 (36,6)	3113 (68,5)	26 (37,1)	3113 (66,1)	5 (8,3)	1005 (18,9)
Abandono	22 (36,6)	518 (11,4)	12 (17,1)	515 (10,9)	10 (16,6)	209 (3,9)
Óbito Por TB ^h	3 (5,0)	84 (1,8)	5 (7,1)	87 (1,8)	2 (3,3)	76 (1,4)
Óbito por outras causas	2 (3,3)	180 (3,9)	9 (12,2)	174 (3,7)	2 (3,3)	108 (2,0)
Transferência	4 (6,6)	304 (6,6)	10 (14,2)	335(7,1)	5(8,3)	316 (5,9)
TB-DR ⁱ	2 (3,3)	42 (0,9)	2 (2,8)	38(0,8)	0	13 (0,2)
Mudança de Esquema	0	16 (0,3)	1 (1,4)	12(0,2)	0	5 (0,1)
Falência	0	2 (0,04)	0	3 (0,06)	0	1 (0,02)
Abandono Primário	1 (1,6)	15 (0,3)	0	9 (0,1)	0	7 (0,1)
Ig/Em Branco	4 (6,6)	268 (5,9)	5(7,1)	423 (8,9)	36 (60,0)	3555 (67,1)

Legenda: a)PSR- População em Situação de Rua, b)PG- População Geral, c)Porcentagem dos valores absolutos, d)Forma da Tuberculose, e)Ignorado ou deixado em branco, f)Conif.TB/HIV- Coinfecção por tuberculose e o Vírus Da Imunodeficiência Humana, g) TDO- Tratamento Diretamente Observado Realizado, h) Óbito por Tuberculose, i) TB-DR- Tuberculose Drogarresistente.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

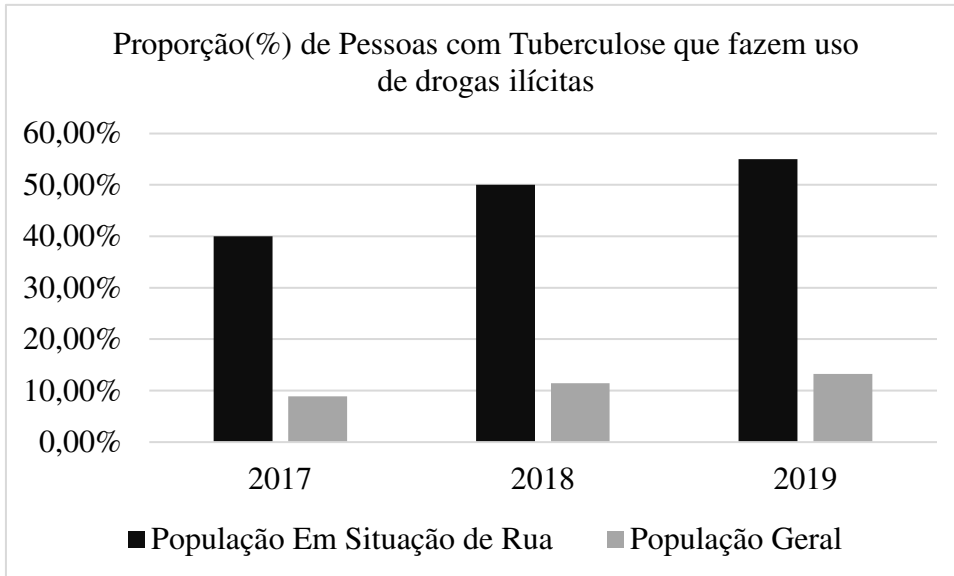
A forma pulmonar da TB se manifestou mais na PSR, com o percentual nos respectivos anos do estudo de 99,3% (n=56), 95,7% (n=67) e 95,0% (n=57), enquanto a PG obteve as seguintes taxas: 88,0% (n=3998) em 2017, 88,0% (n=4144) em 2018 e 88,7% (n=4697) em 2019.

A Coinfecção TB/HIV é mais presente na PSR, com 13,3% (n=8) em 2017, 40,0% (n=28) em 2018 e 25,0% (n=15) em 2019; enquanto na PG os casos positivos para HIV foram de 9,9% (n=452) em 2017, 8,8% (n=417) em 2018 e 9,2% (n=489) em 2019.

A PSR é a que mais faz uso de drogas ilícitas (GRÁF.1) com cerca de 40,0% (n=24) em 2017, 50,0% (n=35) em 2018 e 55,0% (n=33) em 2019; enquanto a PG faz uso de substâncias psicoativas em menor proporção com cerca de 8,8% (n=404) em 2017, 11,4% (n=537) em 2018 e 13,2% (n=702) em 2019.

Gráfico 1 - Proporção de uso de drogas ilícitas pela população em situação de rua e a população geral no estado do Pará

Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA-UFMS-Três Lagoas, v. 12, n. 02, p.17-33, janeiro/julho. 2021, Edição Especial. ISSN: 2447-8822.

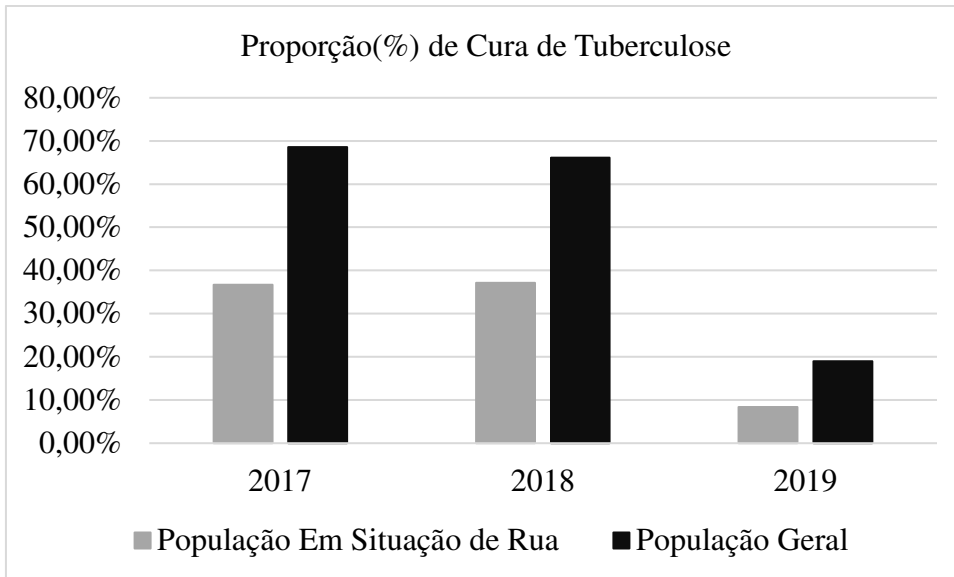


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

O TDO, em ambas as amostras foi mais ignorado e/ou deixado em branco, sendo maior na PSR com 38,3% (n=23) em 2017, 45,7% (n=32) em 2018 e 66,6% (n=40) em 2019; enquanto na PG foram respectivamente cerca de 33,2% (n=1512), 35,3% (n=1666) e 59,3% (n=3142). Houve pouca discrepância na PSR que realiza o TDO e na que não realiza, os que realizaram foram de 28,3% (n=17) em 2017, 31,4% (n=22) em 2018 e 20,0% (n=12) em 2019, enquanto os que não realizaram o TDO foram de 33,3% (n=20), 22,8% (n=16) e 13,3% (n=8), respectivamente aos anos do estudo.

A PG foi a que mais obteve a cura (GRÁF. 2), com 68,5% (n=3113) em 2017, 66,1% (n=3113) em 2018 e 18,9% (n=1005) em 2019; enquanto a PSR alcançou taxa de cura de 36,6% (n=22) em 2017, 37,1% (n=26) em 2018 e 8,3% (n=5) em 2019. É evidente a redução dos casos de cura em 2019 e um aumento considerável de casos ignorados e/ou deixados no mesmo ano. Na PSR a elevação dos casos ignorados/Em branco foi de 7,1% (n=5) em 2018 para 60,0% (n=36) em 2019; enquanto na PG essa subnotificação foi de 8,9% (n=423) em 2018 para 67,1% (n=3555) em 2019.

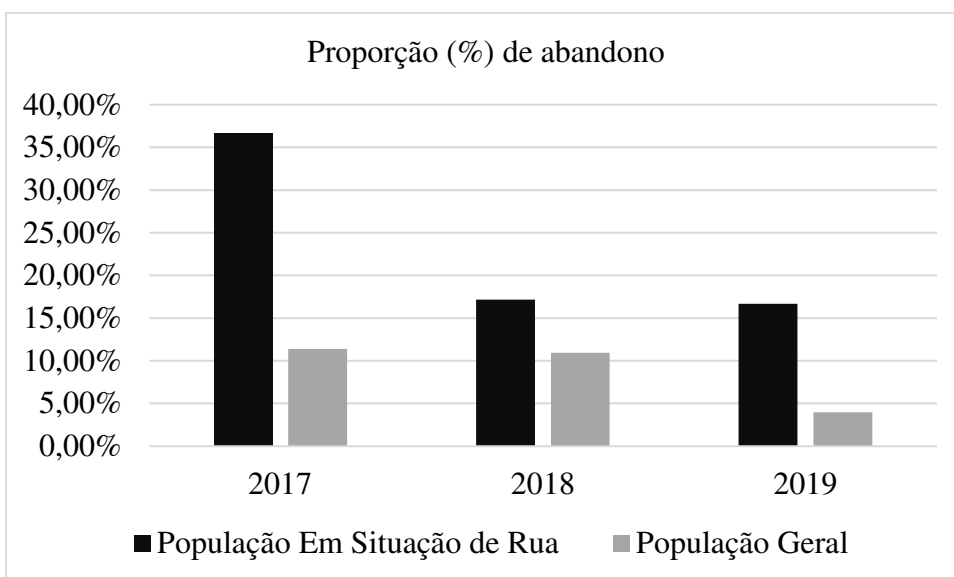
Gráfico 2 - Proporção de cura entre a população em situação de rua e a população geral no estado de Pará.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Além disso, a PSR é a que mais abandona o tratamento da TB (GRÁF. 3), com 36,6% (n=22) em 2017, 17,1% (n=12) em 2018 e 16,6% (n=10) em 2019; enquanto a PG abandonou cerca de 11,4% (n=518) em 2017, 10,9% (515) em 2018 e 3,9% (n=209) em 2019.

Gráfico 3 - Proporção de abandono do tratamento de tuberculose entre a população em situação de rua e a população geral no estado do Pará.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Discussão

O estudo permite compressão da complexidade da TB na população mais vulnerável. Em ambas as populações os maiores percentuais de notificação foram de casos novos, com a forma da doença pulmonar. No entanto, tratando-se da PSR, o sexo masculino, de cor e/ou raça parda, com idade entre 35 e 44 anos, com baixa escolaridade, infectados pelo vírus HIV e que fazem uso de drogas são os mais acometidos pela TB e, são também os que mais abandonam o tratamento e/ou morrem em decorrência da doença.

O perfil sociodemográfico dos casos de TB na PSR analisados nesse estudo se assemelha ao perfil nacional o qual indica a predominância da doença em adultos do sexo masculino, pardos/pretos e com baixa escolaridade⁴. Segundo estudos, o sexo masculino é o que mais faz uso de substâncias psicoativas e o que menos procura serviços de saúde, isso associado a baixa escolaridade resulta na demora do diagnóstico, a não aceitação da doença e a baixa adesão ao tratamento^{15,16,17}.

Quanto ao tipo de entrada, na PSR as maiores notificações foram de casos novos, o qual significa que o usuário nunca foi submetido ao tratamento antiTB⁷. Ademais, em comparação a PG, a PSR apresentou grande taxa de reingresso após abandono, o qual coincide com os elevados percentuais de abandono nos dados obtidos.

Estudos potencializam a associação dos casos de retratamento – reingresso após abandono e recidiva com doença ativa – com o surgimento da doença em forma multirresistente (TB MDR). O aparecimento de casos com resistência ao esquema básico de tratamento TB representa maior encargo financeiro ao sistema público de saúde e ao próprio usuário, visto que o esquema de tratamento nessa situação é menos efetivo e com maior duração^{7,18}.

A forma da doença que mais atingiu ambas as amostras foi a TB pulmonar. Tais dados, vão de acordo com uma pesquisa realizada em municípios do Estado de São Paulo, na qual a forma pulmonar representa 83,3% dos casos, isso torna esta forma a mais comum e mais relevante para os serviços de saúde, uma vez que sua transmissão ocorre de maneira mais fácil¹⁹.

Os resultados do estudo revelam que desde 2017 houve uma elevação dos casos de coinfeção TB/HIV. Estudos indicam que pessoas com HIV/Aids, subnutridos, diabéticos, usuários de tabaco e álcool estão mais suscetíveis a desenvolver a TB e que o grupo de pessoas vivendo com HIV/Aids possui 26 vezes mais chances de adquirir a doença^{10,20}. Tais dados relevam que, no Brasil, pessoas com HIV/Aids tem mais chance de terem TB em relação a

outros países, como a Costa Rica, a qual pesquisas denotam que essas pessoas possuem 9,7 vezes mais chances de serem acometidas pela TB²¹.

Além disso, em 2015 no Brasil, o número de indivíduos vivendo com HIV que desenvolveram a TB foi de 6,8 mil, que representou quase 10% do número total de pessoas com TB no país²⁰. Os casos de coinfeção TB/HIV deste estudo, chegaram à média de 26,1% nos três anos pesquisados. Este elevado percentual é resultante da vulnerabilidade social da rua, dieta inadequada, higiene deficiente, condição financeira desfavorável, uso de drogas e vulnerabilidade das pessoas vivendo com HIV²².

Os resultados quanto ao uso de drogas ilícitas na PSR, ratificam que a dependência química é uma realidade da rua. O uso de substâncias psicoativas pela PSR representa um desafio para consolidação de políticas públicas e o tratamento de doenças, como HIV, tuberculose e hepatite²³. Além disso, estudos internacionais concluíram que o uso de drogas é uma das barreiras encontradas para adesão ao tratamento da TB²⁴.

Em ambas as amostras, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), que é um método imprescindível de tratamento da TB, foi mais ignorado e/ou deixado em branco do que realizado e, quando realizado a cobertura foi baixa. No estado do Pará em 2017 o tratamento foi realizado em cerca de 26,4% dos casos da TB pulmonar. O TDO é um método que vai muito além da supervisão do profissional de saúde na ingestão do medicamento pelo indivíduo com TB. A estratégia permite a formação de vínculo do usuário com o profissional, isso intensifica a adesão do usuário ao tratamento^{9,25}.

Segundo metas da nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose da Organização mundial de Saúde, até 2035 os óbitos por tuberculose devem reduzir 95%, a incidência de casos diminuir 90% e o percentual de abandono ser inferior a 5,0%. Para isso, o Ministério da Saúde preconiza aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da realização do TDO com abrangência de 90,0% dos casos¹⁰.

No entanto, observou-se uma deficiência em sua realização durante os três anos deste estudo. A carência na realização do TDO pode ser atribuída a falta de capacitação profissional, resistência dos profissionais no oferecimento TDO ao usuário com TB, baixa cobertura da ESF e sobrecarga de trabalho ao profissional²⁶.

Observa-se também, que a PSR obteve menos cura em relação a PG e foi a que mais abandonou o tratamento. Em 2017, os casos de TB pulmonar no estado do Pará alcançaram um percentual de cura 52,9% e taxa de abandono 8,6%, os quais não estão de acordo com o Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA-UFMS-Três Lagoas, v. 12, n. 02, p.17-33, janeiro/julho. 2021, Edição Especial. ISSN: 2447-8822.

preconizado pela OMS^{10,27}. O etilismo e o uso de drogas ilícitas em consonância a situação econômica desfavorável são considerados fatores majoritários para abandono do tratamento e, conseqüentemente não obtenção da cura²⁸. Pesquisas denotam outros motivos para descontinuidade do tratamento, como efeitos colaterais dos medicamentos para TB, dificuldades no acesso aos serviços de saúde, pouca informação do processo saúde-doença, baixa escolaridade e contexto sociocultural²⁹.

Além disso, de 2018 para 2019 houve uma significativa diminuição, em ambas as populações, dos casos de cura e uma elevação significativa de casos ignorados e/ou deixados em branco. A falta de informações do andamento e da situação encerrada da TB prejudica o conhecimento da real situação da doença no país, e afeta o planejamento das ações voltadas para seu controle³⁰.

Conclusão

Por se tratar de uma pesquisa baseada em fontes secundárias, foram encontradas limitações relacionadas aos registros dos casos de TB, com dados importantes para a pesquisa sendo ignorados ou deixados em branco, prejudicando, assim, a realização de uma análise mais consistente e condizente com a realidade. Isso intensifica a invisibilidade social e prejudica o planejamento e implantação de políticas públicas voltada a PSR. Além disso, há deficiência nas informações sobre a quantidade atual da PSR, no Brasil, a última estimativa foi realizada em 2016 pelo Ipea.

A análise do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico PSR e da PG permitiu observar o quanto a PSR está mais exposta às vulnerabilidades sociais e às conseqüências da TB. A descontinuidade do tratamento, baixa taxa de cura, maiores taxas de coinfeção TB/HIV e maior percentual de morte por TB são fatores que prevaleceram nas PSR.

Diante disso, é de suma relevância a realização de estimativas periódicas sobre PSR no Brasil, para que se obtenham dados oficiais e o conhecimento das particularidades dessa população, viabilizando, assim, a implantação de políticas públicas de saúde que atendam às necessidades desse grupo populacional. Os resultados apontam para a necessidade de melhorias na qualidade da notificação da TB no estado do Pará, para que futuras pesquisas feitas possam identificar e analisar dados reais e completos sobre a PSR.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 7.053, 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. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2009 dez 24, Seção 1:16.
2. Hino P, Santos JO, Rosa AS. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Rev Bras Enferm. 2018; 71(supl 1):732-40.

3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa Da População Em Situação De Rua No Brasil. [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016 [acesso em 2020 Mai 16]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf
4. Ministério da Cidadania. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Departamento de Monitoramento. População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?. n. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de cuidado de saúde junto à População em Situação de Rua. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
8. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
12. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O Sinan [homepage na internet]. Brasília: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; 2016 [atualizado 2019 abril 03; acesso em 2020 Mar 28]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>
13. Departamento De Informática Do Sistema Único De Saúde. Epidemiológicas e Mortalidades – Casos de tuberculose desde 2001 [homepage na Internet]. 2020. Brasília: Departamento De

- Informática Do Sistema Único De Saúde; 2017 a 2019 [atualizado 2020 Fev; acesso em 2020 Mar 29]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/tubercpa.def>
14. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama de cidades e Estados [homepage na Internet]. 2017. Pará: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. [atualizado 2019; acesso em 2020 abril 10] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>
 15. Andrade AT, Rimes TS, Costa LSP, Jorge MSB, Quinderé PHD. Aspectos sociodemográficos dos usuários de crack assistidos pela rede de atenção psicossocial. SMAD [periódico na Internet]. 2016; [acesso em 2020 Mai 12];12(1): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-69762016000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 16. Araujo AS, Vieira SS, Junior BL. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento de tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. Caderno Saúde e Desenvolvimento [periódico na Internet]. 2017; [acesso em 2020 Mai 13];10(6): [aproximadamente 15 p.]. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/585>
 17. Souza ACS, Silva MLSJ, Miranda LN. Dificuldades na adesão do plano de tratamento pelo paciente com tuberculose. Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde [periódico na Internet]. 2017; [acesso em 2020 Mai 13];4(2): [aproximadamente 16 p.]. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4560/2623>
 18. Micheletti VCD, Moreira JS, Ribeiro MO, Kritsk AL, Braga JU. Tuberculose resistente em pacientes incluídos no II Inquérito Nacional de Resistência aos Fármacos Antituberculose realizado em Porto Alegre, Brasil. J Bras Pneumol. 2014; 40(2):155-163.
 19. Justo MT, Lourenção LG, Sasaki NSGMS, Vendramini SHF, Souza NG, Santos MLSG. Associação entre tuberculose e consumo de drogas lícitas e ilícitas. Enferm Bras [periódico na Internet]. 2018; [acesso em 2020 maio 15];17(5): [aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1313/4131>
 20. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Genova: World Health Organization; 2015.
 21. Francesa GG, Mora MN, Luna JG. Epidemiología de la Tuberculosis en el Área de Salud de Pavas, Costa Rica. Enferm. Actual Costa Rica [periódico na Internet]. 2018; [acesso em 2020

- Mai 21];1(35): [aproximadamente 18 p.]. Disponível em:
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n35/1409-4568-enfermeria-35-85.pdf>
22. Schervinski AC, Evangelista IC, Merry CN, Pacheco VC. Atenção à saúde da população em situação de rua. *Extensio: R Eletr de Extensão* [periódico na Internet]. 2017; [acesso em 2020 Mai 21];14(26): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em:
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/1807-0221.2017v14n26p55/35247>
23. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2017; [acesso em 2020 Mai 12]; 33(6): [aproximadamente 13 p.]. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n6/1678-4464-csp-33-06-e00037517.pdf>
24. Carvajal-Barona R, Tovar-Cuevas LM, Aristizábal-Grisales JC, Varela-Arévalo MT. Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. *Rev Gerenc y Polit Salud* [periódico na Internet]. 2017; [acesso em 2020 Mai 21];16(32): [aproximadamente 17 p.]. Disponível em:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00068.pdf>
25. Junges JR, Burille A, Tedesco J. Tratamento Diretamente Observado da tuberculose: análise crítica da descentralização. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2019; [acesso em 2020 Mai 14];24(2019): [aproximadamente 13 p.]. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e190160/pt/>.
26. Andrade HS, Oliveira VC, Gontijo TL, Pessôa MTC, Guimarães EAA. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. *Saúde Debate* [periódico na Internet]. 2017; [acesso em 2020 Mai 15];41(spe): [aproximadamente 17 p.]. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000500242&script=sci_abstract&tIng=pt
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. v.50. Boletim Epidemiológico de Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde;2019.
28. Portela NLC. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Univap* [periódico na Internet]. 2015; [acesso em 2020 Mai

16];21(38): [aproximadamente 11 p.].Disponível em:

<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/321/0>

29. Andrade HS, Santos RCF, Fonseca JCN. Perfil dos portadores de tuberculose em um município de Minas Gerais. *Ciência & Saúde* [periódico na Internet]. 2018; [acesso em 2020 Mai 16];11(1): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/26034/16687>.
30. Pinheiro RS, Andrade VL, Oliveira GP. Subnotificação da tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): abandono primário de bacilíferos e captação de casos em outras fontes de informação usando linkage probabilístico. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2012; [acesso em 2020 Mai 16];28(8): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n8/14.pdf>.