



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Andrea Araújo Ribeiro

**PERFIL SOCIAL E CLÍNICO DA REINFECÇÃO POR TUBERCULOSE EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL**

Florianópolis

2020

Andrea Araújo Ribeiro

**PERFIL SOCIAL E CLÍNICO DA REINFECÇÃO POR TUBERCULOSE EM UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (INT5182) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cristine Moraes Roos

Florianópolis

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ribeiro, Andrea Araújo

Perfil social e clínico da reinfecção por tuberculose em
um hospital de referência no sul do Brasil / Andrea Araújo
Ribeiro ; orientador, Cristine Moraes Roos, 2020.

80 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Controle da Tuberculose. 3.
Integralidade em Saúde. 4. Populações vulneráveis. I. Roos,
Cristine Moraes. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Andrea Araújo Ribeiro

**ASPECTOS SOCIAIS E CLÍNICOS ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA DA
REINFECÇÃO DA TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO
SUL DO BRASIL**

Este trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Enfermeira e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Florianópolis, 10 de dezembro de 2020



Documento assinado digitalmente
Felipa Rafaela Amadigi
Data: 16/12/2020 14:40:01-0300
CPF: 030.665.189-06

Felipa Rafaela Amadigi, Dra.
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca examinadora:



Documento assinado digitalmente
Cristine Moraes Roos
Data: 16/12/2020 09:52:45-0300
CPF: 000.149.170-92

Cristine Moraes Roos, Dra
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente
Maria Cristina Antunes Willemann
Data: 16/12/2020 14:20:37-0300
CPF: 045.232.089-56

Maria Cristina Antunes Willemann, Dra.
Membro efetivo
Universidade Federal de Santa Catarina



Documento assinado digitalmente
Gisele Cristina Manfrini
Data: 16/12/2020 10:01:26-0300
CPF: 031.951.919-89

Gisele Cristina Manfrini, Dra.
Membro efetivo
Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

Aos meus pais João da Cruz e Maria Fausta, meus exemplos de amor, luta, confiança e perseverança, aos meus irmãos Andson, Alexandra, Adriana, que sempre estiveram ao meu lado durante esta caminhada me apoiando e me incentivando para que este sonho se realizasse. Dedico também àqueles que partiram, Andenilson, irmão querido e companheiro de vida por 26 anos e Emerson Pavão, primo e irmão, que não puderam estar aqui para celebrar comigo esta vitória, porém sei que estão celebrando na eternidade a minha conquista, vos amo infinitamente. Aos meus demais primos, parentes e agregados pelo carinho. Aos meus amigos de infância, aos que estiveram na pré-escola e na adolescência, obrigada pelas aventuras, pelos sonhos que dividimos. Aos meus educadores iniciais Maria Raimunda, Elienai, Angelo Correa, Aracy, José de Ribamar, obrigada por me incentivarem e alimentarem os meus sonhos com o impossível, me tornei uma líder, da minha história, como aquele homem sábio queria. E ao homem sábio e padrinho Padre Antônio de Foggia, que lutou para oferecer uma educação de qualidade a toda uma comunidade e por dedicar a sua vida ao próximo do início ao fim da sua vida terrena. Dedico também aos mestres Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza, Mara Vargas, Jeferson Rodrigues que foram luz durante a escuridão, me acolhendo e incentivando em momentos decisivos no decorrer da graduação, obrigada, sempre lembrarei com carinho e admiração.

E por fim dedico também a todos os profissionais que estão diariamente prestando cuidados às pessoas em situação de rua, e que buscam diariamente prestar um cuidado humanizado e individualizado diante de todas as dificuldades existentes, aos “ninguéns” que me mostram diariamente como é importante e diferenciadora pode ser a profissão que eu escolhi, me fazem ter a certeza que não será fácil o caminho, mas em muitos momentos será gratificante.

*“Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.
Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos:
Que não são, embora sejam.
Que não falam idiomas, falam dialetos.
Que não praticam religiões, praticam superstições.
Que não fazem arte, fazem artesanato.
Que não são seres humanos, são recursos humanos.
Que não tem cultura, têm folclore.
Que não têm cara, têm braços.
Que não têm nome, têm número.
Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.
Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.”*

Eduardo Galeano.

AGRADECIMENTOS

Agradeço essa vitória, primeiro ao Deus por me fortalecer, me incentivar e me fazer buscar sempre o melhor, aliviando as minhas angústias diárias e me guiando nos momentos de aflição e dúvidas ao longo dessa caminhada que não foi fácil, mas com fé e perseverança, cheguei até aqui.

À minha irmã de alma, de vida e de luta, Jéssica Reis, que me incentivou e acolheu em Florianópolis quando decidir vim em busca do meu sonho, tão longe de casa e daqueles que me amam incondicionalmente, essa conquista é mérito seu também.

Aos meus amigos queridos que estiveram ao meu lado nessa caminhada e que são minha segunda família: Ana Fernanda P. Leite, Vitor de Amorim, Diéssica T. Rodrigues, Gabrielle de Azevedo, Emanuelle Pozzebom, Rodrigo Zeni, Ezequiel Rodrigues, Maria Viegas, Juliano Marques, Rosângela Moura, Priscila Smollen Monteiro; a todos vocês que se fizeram presente da minha vida, alguns no início, outros na metade e no fim da graduação, obrigada por tanto ao longo desses anos. A minha querida amiga Cristiany Vieira Alves que tive o prazer de conviver, aprender e construir uma amizade que espero que perdure por muito tempo, obrigada!, você foi um sol brilhante nos dias mais nublados. Agradecimento especial a minha companheira de trabalho e profissão Ane Mari Tisen, quem me incentivou e encorajou durante a pesquisa.

A minha orientadora e professora Cristine Moraes Roos, por estar disposta a me ajudar e me incentivar a fazer o melhor, saiba que és um ser de luz, humana, grande profissional. Obrigada por tanto conhecimento e por todo o carinho e dedicação.

E por fim, agradeço a todas as equipes dos hospitais e profissionais aos quais pude desenvolver minhas habilidades, todos foram fundamentais para o meu amadurecimento enquanto acadêmica e futura profissional.

“Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceberem as injustiças sociais de maneira crítica. ”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: A Tuberculose é uma doença infectocontagiosa e crônica, tendo como agente etiológico a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. O Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países com alta carga da doença, que são responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. **Justificativa:** Apesar da evolução nos tratamentos das últimas décadas, o controle da TB continua sendo um desafio para Saúde Pública. O Brasil, é hoje o único país da América Latina que aparece na lista dos 22 países do mundo com 82% do total dos casos diagnosticados, ficando em 17º posição. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, entre 2016 e 2017, houve 69.000 novos casos diagnosticados e cerca de 4.500 mortes, a Tuberculose é a primeira causa de morte dentre as doenças infecciosas nos pacientes com HIV/AIDS em nosso país, cerca de 62% dos casos (MS, 2015). Diante disso, torna-se importante analisar os dados epidemiológicos constantemente, a fim de contribuir com estudos futuros e orientar a construção de medidas de controle para melhoria da saúde pública da população. **Objetivo:** Compreender as influências dos aspectos sociais e clínicos na reincidência das internações por tuberculose em uma instituição de referência no período de 2014 a 2019. **Método:** Estudo retrospectivo, transversal, descritivo, cuja coleta de dados envolveu a Instituição, o Núcleo Hospitalar, o Núcleo de Epidemiologia (NHE) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de um hospital de referência do sul de Santa Catarina. Foi analisado quantitativamente os seguintes indicadores epidemiológicos: taxa percentual de tuberculose, tuberculose/HIV, taxa de evasão/abandono ao tratamento, e reinternação por tuberculose no período entre 2014 e 2019 nos registros do referido hospital. **Resultados:** Foram analisadas 1.419 fichas de notificações com diagnóstico de tuberculose, destas, 238 eram relacionadas às pessoas em situação de rua. Na análise multivariada foi possível observar que a maior taxa de internações e reinternações por Tuberculose na instituição de pesquisa está relacionado ao sexo masculino (n = 187), na faixa etária de 18 a 30 (n = 198), com o ensino fundamental completo, mas não o ensino médio (n = 188), e diagnóstico positivo de HIV (n = 131). Quanto à forma clínica 160 dos casos foi diagnóstico de tuberculose pulmonar. Ainda, foi registrado 62 notificações cujo seguimento foi considerado abandono de tratamento, 17 registros de alta por cura, 25 foram à óbito por tuberculose, e 134 pacientes casos foram referenciados aos centros de apoio para continuidade ao tratamento. **Conclusão:** Observa-se que as internações por tuberculose de pessoas em situação de rua estão relacionadas às condições de vulnerabilidade social e clínica, tornando difícil o sucesso na adesão ao tratamento da doença e causando uma reincidência frequente das internações na instituição. Assim, é necessário estudar os determinantes sociais relacionados à essa população e adequar as políticas públicas visando a integralidade do cuidado, considerando a individualidade dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Controle da Tuberculose; Integralidade em saúde; Populações vulneráveis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020.....	25
Figura 2 - Fluxograma de investigação da Tuberculose em populações vulneráveis.....	34
Figura 3 - Fluxograma de investigação da Tuberculose em rastreamento.....	35
Figura 4 - Esquema da estruturação do Consultório na Rua.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Percentual de casos de Tuberculose por sexo em população em situação de rua no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020 (n = 245).....55
- Gráfico 2 - Percentual de população em situação de rua com diagnóstico e coinfeção de Tuberculose e HIV, no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020 (n = 245).....57
- Gráfico 3 - Desfecho do tratamento da população em situação de rua registrado nas fichas de notificações do SINAN por um hospital de referência do sul do Estado de Santa Catarina (%). Florianópolis, 2020 (n = 245).....58
- Gráfico 4 - Registro de reinternação e óbitos por Tuberculose em população em situação de rua notificados no SINAN no período de 2014 a 2019 em um hospital de referência no sul do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.....58
- Gráfico 5 - Número de internações e referenciados de casos de Tuberculose em população em situação de rua no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020.....59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das principais características de três diferentes tipos de Tuberculose: Primária, Secundária e Miliar.....	22
Quadro 2 - Esquema básico para o tratamento da Tuberculose em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).....	23
Quadro 3 - Risco de adoecimento por tuberculose: comparação entre populações mais vulneráveis.....	26
Quadro 4 - Pilares, objetivos e estratégias do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose no Brasil.....	27
Quadro 5 - Síntese de publicações que regulamentam as ações propostas para o atendimento às pessoas em situação de rua.....	33
Quadro 6 - Hipótese de fatores relacionados à não adesão ao tratamento da tuberculose por indivíduos vivendo em situação de rua.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de casos anuais de Tuberculose atendidos em um hospital de referência em Florianópolis e notificados no SINAN entre os anos de 2014 e 2019. (n = 1.419).....54

Tabela 2 - Total de casos de Tuberculose em população em situação de rua de acordo com a faixa etária e escolaridade no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020 (n = 245).....56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TB- Tuberculose

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

MS- Ministério da Saúde

BAAR – Bacilo Álcool-Ácido Resistente

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

TRM – TB - Teste Rápido Molecular para Tuberculose

BK – Bacilo de Koch

OMS – Organização Mundial da Saúde

DOTS – Directly Observed Treatment Short- Course

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

WHO - World Health Organization

SITE-TB – Sistema de Informação de Tratamento Especiais de Tuberculose

PVHIV – Pessoas Vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana

PPL – Pessoas Privadas de Liberdade

TARV- Terapia Antirretroviral

ILTB – Infecção Latente de Tuberculose

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

SNAS – Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde

GAL – Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – *Centro de Referência Especializado de Assistência Social*

UBS – Unidade Básica de Saúde

POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

PSR – Pessoa em Situação de Rua

HNE – Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

HNR – Hospital Nereu Ramos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PNPSR - Política Nacional para a População em Situação de Rua

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVO.....	18
3. REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 TUBERCULOSE: CONHECENDO A DOENÇA, SEU MECANISMO DE AÇÃO, TRATAMENTOS E PREVENÇÃO	19
3.2 OS IMPACTOS DA TUBERCULOSE NO MUNDO.....	24
3.3 TUBERCULOSE NO BRASIL: IMPACTOS DIRETOS NA SAÚDE PÚBLICA	26
3.4 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: VULNERABILIDADE POPULACIONAL.....	31
3.4.1 População em situação de rua no Brasil: características e relação com os números de casos de Tuberculose no país	31
3.4.2 População em situação de rua no município de Florianópolis: vulnerabilidade para doenças oportunistas - tuberculose	35
3.5 TUBERCULOSE: OS PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS À (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO.....	38
3.5.1 Estratégias facilitadoras para adesão ao tratamento da tuberculose junto à população em situação de rua	41
3.5.2 Estratégias que apoiam o tratamento em PSR com tuberculose	42
4. MÉTODO	49
4.1 TIPO DE ESTUDO	49
4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	49
4.3 ANÁLISE DE DADOS	49
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	49
5. RESULTADOS	51
5.1 MANUSCRITO: REINFECÇÃO POR TUBERCULOSE EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DE NOTIFICAÇÕES DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA DE FLORIANÓPOLIS.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	71
ANEXO A - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN): FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE.....	78
ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS.....	80
ANEXO C – PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	81

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença que se caracteriza por ser infecciosa e crônica, que compromete principalmente os pulmões, podendo ocorrer também nos gânglios, rins, ossos, meninges e outros locais do organismo. O agente etiológico da tuberculose é a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, conhecida antigamente como *Bacilo de Koch*- BK, cuja forma de transmissão é por via aérea a partir da inalação de gotículas contendo o bacilo expelido pela fala, tosse ou espirro (BRASIL, 2016).

Estar infectado não significa, necessariamente, estar com a doença. Um terço da população mundial encontra-se infectado pelo bacilo, porém não desenvolve a doença e nem pode transmiti-la; isso é reconhecido como infecção latente (WHO, 2016).

Mesmo sendo uma enfermidade antiga, a TB ainda é uma grande preocupação para a saúde pública no Brasil e no mundo (ROSEMBERG, 1999; WHO, 2015). Os grupos mais desprovidos e socialmente excluídos carregam a maior carga de doenças, o que torna essencial abordar adequadamente os determinantes sociais da saúde por meio de medidas de redução da pobreza e intervenções direcionadas a populações de alto risco (WHO, 2015).

No Brasil, as diretrizes de controle da TB são executadas a partir do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). A política de controle da TB é executada por padrões assistenciais e técnicos bem delimitados e em parceria entre a União, Estados e municípios, através da rede de serviços de saúde, desenvolvendo ações de controle e prevenção da doença. Dessa forma busca garantir a toda população o acesso ao diagnóstico, medicamentos e insumos (BRASIL, 2006).

Em janeiro de 2014 foi aprovada pelo comitê da Organização Mundial da Saúde (OMS) a agenda pós-2015 para o controle da TB, baseada em uma estratégia de eliminação da Tuberculose como problema de saúde pública até 2035. Essas ações para o enfrentamento à doença estão organizadas em três pilares: 1 – prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose; 2 – políticas arrojadas e sistema de apoio; e 3 – intensificação da pesquisa e inovação (WHO, 2015).

Nos últimos dez anos, o Brasil tem reduzido o número de casos em cerca de 2% ao ano. Para que atinja a meta proposta pela OMS, que é a redução da incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e redução da mortalidade pela doença em 95% até 2035, precisará reduzir o indicador de incidência em 10% ao ano, durante os próximos 20 anos. Isso implica na proposição de novas estratégias para a eliminação da TB no País. Paralelo ao

observado para outras doenças infecciosas, a epidemiologia da TB está intimamente ligada às condições sociais e econômicas que tornam a prevenção, o cuidado e o controle da TB ainda mais desafiadores (SES/MS/SINAN 2016).

Em Santa Catarina, considerando o período de 2001 a 2015 a taxa de incidência de tuberculose tem se mantido estável, tanto para as formas pulmonares como para as demais formas de TB. Este indicador pode sofrer influência de fatores relacionados à melhoria das ações de controle da tuberculose, como uma maior busca ativa de casos sintomáticos respiratórios e adequado controle dos contatos (POZZO, P.; WILSON, L, 2016).

No ano de 2017, no estado de Santa Catarina, foram notificados 1.856 novos casos de Tuberculose, o que representou uma incidência de 26,7 diagnósticos por 100 mil habitantes. Do total de casos notificados, 71% das pessoas tiveram alta por cura e 9% abandonaram o tratamento. Florianópolis está entre as cidades brasileiras que possuem os mais elevados coeficientes de incidência da TB. Esses dados geralmente estão associados ao crescimento populacional aliado à exclusão social, aumento de populações mais expostas a riscos, baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatória condição de acesso à saúde, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios (POZZO, P.; WILSON, L, 2016).

A TB é um importante problema de saúde pública global, tratando-se da segunda causa de mortalidade por doença infecciosa (WHO, 2014). Seus fatores de perpetuação estão associados ao processo de desigualdade social, com as precárias condições de vida aumentando o risco de desenvolvimento de TB. A doença agrava a pobreza, criando um círculo vicioso. Dessa forma, o controle da doença exige o desenvolvimento de estratégias considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública (BRASIL, 2011).

As diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (CARVALHO et al. 2012).

Estar em situação de rua é conhecidamente um risco para a infecção tuberculosa (CAPEWELL et al., 1986; ASSOCIATION, 2000; BRASIL, 2011), as más condições de vida as quais estas pessoas podem estar submetidas (desnutrição, dificuldade de acesso aos serviços públicos, abuso de álcool e uso de outras drogas, etc.) e seu comprometimento imunológico (comorbidades e outras situações), facilitam o desenvolvimento da forma latente para a forma ativa da doença e, também, as interrupções do tratamento. Em 2015 foram diagnosticados no Brasil mais de 67 mil casos novos de tuberculose, ocorrendo,

aproximadamente, 4,6 mil mortes em decorrência da doença. (BRASIL, 2011; CANONICO et al., 2007; MOSS et al., 2000)

Considerando que a Tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública, onde o índice de infecção aumentou nas últimas décadas apesar das evoluções terapêuticas e políticas públicas, tendo como possível fator agravante o crescimento da população e vulnerabilidade social de grupos de risco como os pacientes em condição de rua, faz -se necessário analisar dados epidemiológicos que possam nortear medidas de tratamento e controle e cura da doença sendo este o foco desta pesquisa.

Assim, este estudo procura responder a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais os principais determinantes clínicos e socioeconômicos e de que forma esses determinantes influenciam no tratamento e na reinfecção da Tuberculose?”

2 OBJETIVO

Compreender as influências dos aspectos sociais, econômicos e clínicos na reincidência das internações por tuberculose em um hospital de referência no sul do Brasil.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A fim de promover um embasamento científico ao estudo, a seguir serão apresentados os principais tópicos a serem abordados, com aprofundamento teórico quanto à Tuberculose e seus desdobramentos no mundo, no Brasil e no Estado de Santa Catarina; também sobre o acometimento da doença sob a população em situação de rua; e a adesão dessas pessoas ao tratamento fornecido pelo Sistema Único de Saúde.

3.1 TUBERCULOSE: CONHECENDO A DOENÇA, SEU MECANISMO DE AÇÃO, TRATAMENTOS E PREVENÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que atinge milhares de pessoas em todo o planeta, com índices de incidência e mortalidade significativamente altos durante o século XIX. Já no século XX, houve redução desses índices, sendo relacionada à melhoria da qualidade de vida da população nos países desenvolvidos (BRASIL, 2019).

Entretanto, na década de 1980, com a emergência da doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o crescimento descontrolado da urbanização em países de baixa renda, houve novo aumento do número de casos da doença. Associado a isso, em países emergentes ocorreu a desestruturação dos serviços de saúde, impactando diretamente nos programas de controle da doença (BRASIL, 2019).

A TB é causada por sete espécies de bactérias da família *Mycobacteriaceae*, gênero *Mycobacterium*, sendo elas: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. Em questão de saúde pública as bactérias *M. tuberculosis* são as mais importantes, sendo a espécie responsável pelo maior número de casos nos seres humanos. Esta bactéria também é conhecida como Bacilo de Koch (BK), em homenagem ao cientista que a descobriu, Robert Koch, em 1882 (BRASIL, 2019, p.28).

As bactérias BK possuem formato curvo e medem entre 0,5 e 3µm. São bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR), com parede celular de baixa permeabilidade, rica em lipídios e aeróbico. Estas características são responsáveis pela resistência do bacilo à eficácia da maioria dos antibióticos produzidos; por essa característica torna-se imprescindível o diagnóstico exato, a fim de iniciar o tratamento correto o quanto antes (BRASIL, 2019, p.29). Assim, pessoas que possuem sinais e sintomas da doença, como tosse prolongada (pelo menos há duas semanas), produção de secreção pelo sistema respiratório (brônquios, traqueias, pulmão) e febre são submetidas à exames específicos para a detecção da doença, como a baciloscopia e cultura de escarro e exames de imagem torácicas (COSTA, SILVA, GONÇALVES, 2018; BRASIL, 2019, p.54)

A baciloscopia do escarro é um teste feito a partir de secreção de escarro, sendo o exame diagnóstico mais utilizado atualmente. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pelo método de Ziehl-Nielsen, permite detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar (BRASIL, 2019, p. 54). O teste deve ser realizado mediante a coleta de, no mínimo, duas amostras de escarro: uma, na primeira consulta, e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, com a coleta do material sendo feita preferencialmente ao despertar. Quando houver indícios radiológicos de TB e as duas amostras apresentarem resultado negativo, podem ser solicitadas amostras adicionais para confirmação da doença (COSTA, SILVA, GONÇALVES, 2018; BRASIL, 2019, p.54).

Em conjunto ao teste de BAAR, a radiografia de tórax é um dos métodos de imagem usados para avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar, devendo ser solicitada para todo paciente com suspeita clínica. As radiografias podem apresentar diferentes achados sugestivos de atividade da doença, tais como: cavidades, nódulos, consolidações, massas, e derrame pleural. É importante realizar este exame pois através dele é possível excluir a presença de outra doença pulmonar associada, avaliar a extensão do acometimento e a sua evolução radiológica durante o tratamento (BRASIL, 2019, p.65).

O principal meio de transmissão da doença ocorre por vias aéreas, através da liberação do bacilo no ar pela pessoa infectada. As gotículas exaladas (gotículas de Pflüger) transformam-se, quando secas, em partículas menores, chamados de Núcleos de Wells. Os núcleos de Wells podem manter-se em suspensão no ar por muitas horas e, quando inalados por uma pessoa, alcançam os alvéolos, onde multiplicam-se e provocam a primoinfecção. Por essa razão o pulmão é considerado o órgão principal de infecção. Além das vias aéreas a transmissão também pode ocorrer pela pele e pela placenta (NOGUEIRA et al., 2012; RIEDER; OTHERS, 1999 apud BRASIL, 2019, p.30).

Os bacilíferos (termo utilizado para referir-se às pessoas com TB pulmonar ou laríngea, com baciloscopia positiva no teste de escarro) são os principais transmissores da doença; indivíduos cuja baciloscopia seja negativa, porém positiva para a doença através do Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) ou cultura no escarro, têm infectividade menor. Entretanto, indivíduos com cultura de escarro negativa e/ou com TB extrapulmonar, exclusivamente, são desprovidas de infectividade (NOGUEIRA et al., 2012; GRZYBOWSKI; BARNETT; STYBLO, 1975 apud BRASIL, 2019, p.32).

Idade menor que dois anos e maior que 60 anos, desnutrição, uso de imunossupressores, e o tempo decorrido da infecção ao desenvolvimento de TB ativa são os principais fatores de risco para esta doença. Ainda, os fatores ambientais, sociais, genéticos e

de saúde, como as comorbidades são importantes nos processos de infecção e de progressão da doença. Isso ocorre porque estes fatores interferem diretamente no sistema imune, podendo fortalecê-lo ou debilitá-lo (BRASIL, 2019).

Além do pulmão, a TB pode infectar outros órgãos do corpo humano, condição conhecida como TB extrapulmonar; seus sinais e sintomas variam de acordo com os órgãos ou sistemas acometidos pela doença. Esta forma da doença ocorre com maior proporção em pessoas imunodeprimidas, soropositivas ou usuárias de imunossuppressores, sendo considerada uma doença oportunista: com o sistema imune deficiente, ela avança mais rápido para outros órgãos do corpo humano. Entretanto, o acometimento pulmonar neste grupo é menor, tendo menor infectividade aos demais indivíduos (GRZYBOWSKI; BARNETT; STYBLO, 1975 apud BRASIL, 2019, p.32).

O manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil estima que uma pessoa positiva para a doença infecta no período de um ano, em média, 10 a 15 pessoas. Além disso, apenas cerca de 10% das pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis* adoecem, isso ocorre por que a maioria dos infectados resiste ao adoecimento após a infecção, desenvolvendo imunidade parcial à doença. Desses infectados, 5% adoecem nos dois primeiros anos que sucedem a infecção e 5% adoecem ao longo da vida caso não recebam o tratamento preventivo preconizado (BRASIL, 2019, p.29).

Sendo assim, o controle dos bacilos é importante não apenas para o controle da doença e a eficácia do tratamento, mas também para avaliar o risco de transmissão aos indivíduos próximos do paciente (BRASIL, 2019).

Ainda, essa doença pode se manifestar de diferentes formas e em diferentes estágios, existindo uma divisão classificatória em três tipos mais comuns: Tuberculose Primária, Tuberculose Secundária, e Tuberculose Miliar (BRASIL, 2019). A TB Primária é grave, porém possui baixo índice de transmissão e apresenta-se, na maioria das vezes de forma insidiosa. Os bacilos podem permanecer latentes por muitos anos até que ocorra a reativação, produzindo a chamada TB pós-primária/secundária. Esta, por sua vez, possui alto índice de transmissibilidade, podendo ainda ocorrer reinfecção se houver nova exposição à bactéria. A TB Miliar é grave, apresenta-se na forma aguda da doença, atingindo principalmente crianças e jovens adultos. Ela ocorre em aproximadamente 1% da população geral, e 10% das pessoas com HIV positivo (em fase avançada de imunossupressão (BRASIL, 2019). O Quadro 1 sintetiza as principais características desses três tipos de Tuberculose mais frequentes nos seres humanos.

Quadro 1 - Síntese das principais características de três diferentes tipos de Tuberculose: Primária, Secundária e Miliar.

CLASSIFICAÇÃO	Tuberculose Primária (Primo-infecção)	Tuberculose Secundária (Pós-primária)	Tuberculose Miliar
SINTOMAS	Irritação; Febre baixa; Sudorese noturna; Inapetência.	Tosse seca ou produtiva; Expectoração purulenta ou mucóide, com ou sem sangue; Febre vespertina sem calafrios; Sudorese noturna; Anorexia.	Febre; Astenia; Emagrecimento; Tosse.
FAIXA ETÁRIA	É mais comum em crianças e em pacientes com condições clínicas imunossupressoras.	Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum no adolescente e no adulto	A apresentação clínica é aguda, mais comuns em crianças e adultos jovens; ou pessoas imunológico debilitado
ACHADOS EXAME FÍSICO	O exame físico pode ser inexpressivo	Geralmente mostra fáceis de doença crônica e emagrecimento; A ausculta pulmonar pode apresentar diminuição do murmúrio vesicular, sopro anfórico ou mesmo ser normal.	Aproximadamente 35% podem apresentar hepatomegalia; e 30% alterações do sistema nervoso.
TRANSMISSIBILIDADE	Baixa	Alta	Não transmissível

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019

O tratamento e as medidas de controle da TB devem manter-se “até que seja confirmada a negatificação ou bacilos não viáveis à baciloscopia” (BRASIL, 2019, p.28).

A Campanha contra Tuberculose teve início na década de 40 no Brasil, usando dois medicamentos anti tuberculose: a estreptomicina e o ácido-aminossalicílico. Na década de 50, o esquema utilizado era isoniazida e estreptomicina. Já nos anos de 1960, diante da resistência bacteriana e da piora da mortalidade por tuberculose, foram iniciadas o esquema terapêutico com o uso de isoniazida (H), estreptomicina (S) e pirazinamida (Z). Em meados dos anos 70, desenvolveu-se a quimioterapia antituberculose com rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z), conhecido como esquema RHZ. Em 2009 acrescentou-se ao esquema o medicamento etambutol (E). Atualmente o esquema utilizado para tratamento da tuberculose de adultos no Brasil é a combinação desses medicamentos, conhecido como terapêutica RHZE, ou, ainda, medicamentos Anti-TB (BRASIL, 2015). Abaixo podemos observar esquema básico que é recomendado pelo MS e utilizado no Brasil atualmente.

O esquema Básico de tratamento da TB (Quadro 2) é padronizado e deve ser realizado conforme as recomendações do Ministério da Saúde e compreende duas fases; a intensiva ou de ataque, e a de manutenção. E está indicado para os Casos novos de tuberculose ou retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença ativa) em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade); todas as apresentações clínicas (pulmonares e

extrapulmonares), exceto a forma meningocéfálica e osteoarticular (BRASIL,2019; WHO, 2019).

Quadro 2 - Esquema básico para o tratamento da Tuberculose em adultos e adolescentes (\geq 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXA DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 KG	5 comprimidos	
RH 300/150 mg* ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comprimido 300/150mg; ou 2 comprimidos 150/75mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comprimido 300/150mg + 1 comprimido 150/75mg; ou 3 comprimidos 150/75mg	
	51 a 70 Kg	2 comprimidos 300/150mg; ou 4 comprimidos 150/75mg	
	Acima de 70 Kg	2 comprimidos 300/150mg + 1 comprimido 150/75mg; ou 5 comprimidos 150/75mg	

Fonte: Adaptado de Brasil (2011)

Entretanto, pacientes que apresentam comorbidades como HIV e em uso de imunossupressores podem apresentar maior suscetibilidade aos efeitos adversos dos medicamentos Anti-TB devido ao uso concomitante de outras medicações e comorbidades. O que se relaciona diretamente ao comprometimento da imunidade celular, podendo ser difícil o diagnóstico nestes pacientes devido a apresentação clínica não usual da doença e consequentemente na demora do início do tratamento (BRASIL, 2019).

Como principais recomendações para o controle da TB, o Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil explica que um ambiente com luz natural e ventilado diminui a chance de transmissão da infecção (BRASIL, 2019).

3.2 OS IMPACTOS DA TUBERCULOSE NO MUNDO

A Tuberculose (TB) é a principal causa de morte por um único agente infeccioso em todo o mundo, além de ser a principal causa de morte entre as pessoas vivendo com HIV. Estima-se que 10,4 milhões de pessoas no mundo desenvolveram TB em 2015. Destas, aproximadamente 1,4 milhão morreram da doença. No mesmo ano, mais de 6 milhões de novos casos foram registrados mundialmente (BRASIL, 2019).

Entre 2013 e 2015 houve uma queda nos índices de notificação de casos. Porém, em todo o mundo foram 4,3 milhões de casos subnotificados, sendo Índia, Indonésia e Nigéria os principais países responsáveis pela maior parte das subnotificações no período. Nota-se que os países considerados em desenvolvimento são os mais acometidos pela TB: estes países junto com China, Paquistão e África do Sul registraram 60% dos novos casos de TB mundial. Já as Américas notificaram 3% do total mundial, estimando 268 mil casos novos. Destes, 33% foram no Brasil, 14% no Peru, 9% no México e 8% no Haiti. Dos casos notificados, 6,3% acometeram indivíduos com menos de 15 anos (BRASIL, 2019).

Em relação aos desfechos de tratamento, em 2014, o percentual de sucesso de tratamento foi de 83% entre os casos novos e recidivas, 52% entre os casos de TB Multidrogarresistente (MDR) e 28% entre os casos de TB com resistência extensiva a drogas (BRASIL, 2019, p.31).

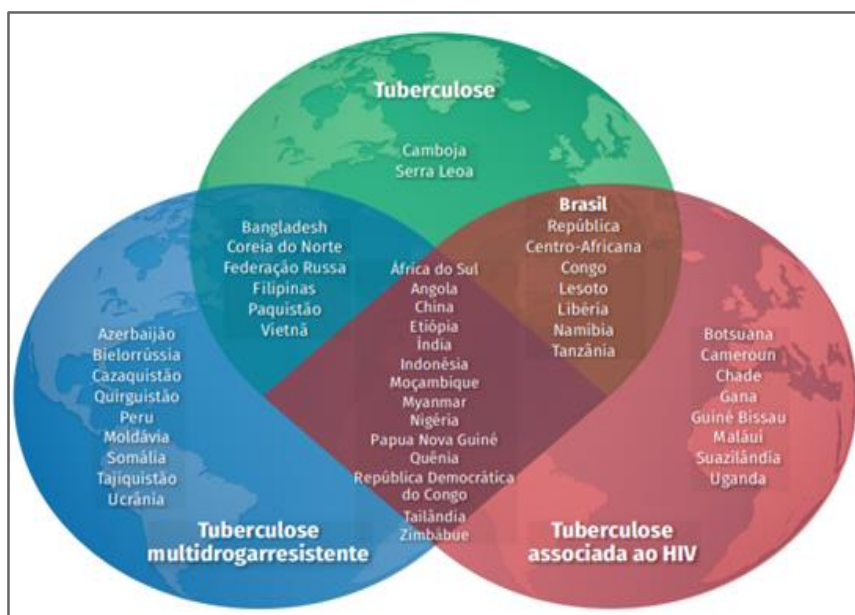
A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1993, declarou a TB como um problema emergente e mundial, devendo ser tratado de acordo com a estratégia Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS). Esta estratégia é baseada em cinco passos fundamentais: detecção de casos através de bacteriologia com fiscalização de qualidade; acordo político simultaneamente financiamento gradativo e sustentável; método de gestão eficaz do abastecimento de medicamentos; sistema de informação que permita o monitoramento, a avaliação das ações e os respectivos impactos; e tratamento padronizado, com supervisão da utilização da medicação e apoio aos doentes (EL KAMEL et al., 2015).

O combate à TB faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser desenvolvidos até o ano de 2015. Também a OMS estabeleceu metas para serem alcançadas até 2015, objetivando a redução em 50% da taxa de incidência e mortalidade, quando comparados aos valores de 1990 (BRASIL, 2019, p. 31).

Até o final de 2015, a Organização Mundial da Saúde priorizava os 22 países com maior carga da doença no mundo, entre eles o Brasil. Para o período de 2016 a 2020 foi definida uma nova classificação de países prioritários, de acordo com as seguintes

características epidemiológicas: casos de tuberculose, casos de coinfeção TB-HIV e casos de TB multirresistente. Cada lista é composta por 30 países, destes 20 países possuem maior número de casos e os outros 10 possuem maior número de coeficiente de incidência da doença. Embora alguns países apareçam em mais de uma lista, têm-se um total de 48 países prioritários para a abordagem da tuberculose. O Brasil ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV (WHO, 2016, p. 33). A Figura 1 ilustra as três categorias adotadas, com a lista de países de alta carga, utilizadas pela OMS durante o período 2016-2020, e suas áreas de sobreposição.

Figura 1 - Classificação de países prioritários para o período de 2016 a 2020



Fonte: CGPNCT/SVS. Adaptado da Organização Mundial da Saúde (2016)

3.3 TUBERCULOSE NO BRASIL: IMPACTOS DIRETOS NA SAÚDE PÚBLICA

O Brasil, um país considerado em desenvolvimento, possui altos índices de infecção pelo Bacilo de Koch. Ainda assim, é o país que mais detecta a doença (OMS, 2017). Esse resultado, embora considerado promissor, não indica quais as porcentagens de cura e adesão ao tratamento, o que impede uma análise criteriosa da atual situação do país.

Segundo o manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, foram diagnosticados, nos últimos 10 anos, cerca de 70 mil novos casos de TB no país. Em 2015 houve a detecção de mais de 85% de novos casos da tuberculose no país (OMS, 2017). Já em 2016, 4,482 óbitos foram vinculados à TB, o que corresponde a 2,2 óbitos por 100.000 habitantes. Ainda, o percentual de sucesso de tratamento para os casos novos foi de mais de 70%, com 10,8% de abandono do tratamento (BRASIL, 2019).

O Sistema de Informação de Tratamento Especiais de Tuberculose registou, em 2017, 1041 novos casos. Destes, 713 casos de multidrogas-resistência ou resistência à Rifampicina, 80 casos de polirresistência, 246 casos de monorresistência e 2 casos de resistência extensiva (BRASIL, 2019, p. 32). Esses dados comprovam que, com a crescente curva de casos de TB no país, o número de casos de bactérias resistente ultrapassa os 10% de todos os contaminados no período (BRASIL, 2019).

Embora os números de infectados sejam altos, a literatura não aponta uma epidemia generalizada no Brasil. De acordo com o Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, a vulnerabilidade é maior em alguns grupos sociais do país: pessoas em situação de rua, pessoas soropositivas, pessoas em privação de liberdade, população indígena e pessoas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza (BRASIL, 2019). O Quadro 3 apresenta esses indivíduos e o possível risco de adoecimento por TB em comparação com a população em geral.

Quadro 3 - Risco de adoecimento por tuberculose: comparação entre populações mais vulneráveis.

Populações vulneráveis	Risco de adoecimento por TB comparado à população em geral
Pessoas em situação de rua	56 vezes maior
Pessoas soropositivas	28 vezes maior
Pessoas privadas de liberdade	28 vezes maior
Indígenas	3 vezes maior

Fonte: Adaptado de Brasil (2019, p. 29)

A preocupação quanto ao futuro da TB na saúde pública do País, promoveu discussões e resultou na criação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose: um documento norteador para a redução da doença, desenvolvido pelo Programa Nacional de Combate da Tuberculose. O documento estabelece estratégias de apoio ao planejamento de ações programáticas nos diferentes níveis da atenção, visando reduzir o coeficiente de incidência e alcançar a meta de menos de 10 casos/100 mil habitantes e de 1 óbito/100 mil habitantes até o ano de 2035 (BRASIL, 2019). Assim, este documento traz diretrizes norteadoras para auxiliar no tratamento da pessoa com TB no país. Os pilares, objetivos e estratégias para diminuição de casos de TB no país englobam diferentes pautas e métodos (Quadro 4). Espera-se que estas estratégias possam ser implementadas nos próximos anos em todos os municípios brasileiros, inclusive em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina.

Quadro 4 - Pilares, objetivos e estratégias do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose no Brasil

Pilar 1: PREVENÇÃO E CUIDADO INTEGRADO E CENTRADO NO PACIENTE	
Objetivos	Estratégias
Intensificar as atividades colaborativas TB-HIV	<ul style="list-style-type: none"> → Estabelecer grupos de trabalho para planejar ações em conjunto TB-HIV; → Oferecer testagem para HIV a todas as pessoas com tuberculose; → Realizar rastreamento da tuberculose em todas as visitas da pessoa vivendo com HIV aos serviços de saúde; → Diagnosticar e tratar a infecção latente da tuberculose em pessoas vivendo com HIV/aids; → Realizar o cuidado das pessoas com coinfeção TB-HIV em um mesmo serviço; → Iniciar de forma oportuna a terapia antirretroviral (TARV); → Executar o conjunto de ações colaborativas definidas para TB-HIV.
Intensificar as ações de prevenção	<ul style="list-style-type: none"> → Implantar a vigilância da Infecção Latente de Tuberculose (ILT); → Incorporar novas tecnologias para o diagnóstico da ILTB no país, com o objetivo de ampliar a rede de diagnóstico da ILTB; → Ampliar o diagnóstico e tratamento da ILTB como uma das principais estratégias de prevenção da tuberculose no país; → Implantar esquemas encurtados de tratamento da ILTB com o objetivo de melhorar a adesão a essa estratégia; → Manter altas e homogêneas coberturas vacinais de BCG; → Implementar as medidas de controle de infecção nos serviços de saúde.

<p>Tratar de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de tuberculose visando à integralidade do cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Estimular o desenvolvimento do cuidado centrado na pessoa com tuberculose; → Organizar a rede de atenção local, tendo em vista a organização da atenção básica, unidades de pronto atendimento, referências e hospitais para favorecer o acesso e a qualidade da assistência; → Integrar ações de vigilância epidemiológica e assistência; → Adotar estratégias para acompanhamento do tratamento, capazes de reduzir os desfechos desfavoráveis; → Desenvolver ações que favoreçam a adesão ao tratamento da tuberculose, como o tratamento diretamente observado e outras; → Integrar o cuidado do paciente com tuberculose com outros equipamentos da rede da saúde e assistência social; → Promover ações que viabilizem o tratamento adequado das populações mais vulneráveis, especialmente pessoas vivendo com HIV e população privada de liberdade; → Implantar a vigilância da tuberculose droga-resistente; → Implantar a vigilância do óbito.
<p>Diagnosticar precocemente todas as formas de tuberculose, com oferta universal de cultura e teste de sensibilidade, incluindo o uso de testes rápidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Fortalecer a rede de diagnóstico laboratorial existente no país; → Ampliar o acesso aos métodos diagnósticos com o teste rápido molecular, baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade, entre outros; → Ampliar a realização de cultura e teste de sensibilidade para todos os casos de tuberculose; → Promover ações que garantam o acesso ao diagnóstico oportuno da tuberculose sensível e resistente, tendo em vista o início oportuno do tratamento; → Intensificar a busca ativa de casos, consideradas as particularidades das populações mais vulneráveis nos territórios; → Promover ações que viabilizem o acesso ao diagnóstico das populações mais vulneráveis, especialmente pessoas vivendo com HIV e população privada de liberdade; → Intensificar a avaliação de contatos.
<p>Pilar 2. POLÍTICAS ARROJADAS E SISTEMAS DE APOIO</p>	
<p>Objetivos</p>	<p>Estratégias</p>
<p>Fomentar ações para garantir a realização das atividades de cuidado e prevenção da doença com recursos adequados (humanos, infraestrutura e financeiros)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Inserir ações de controle da tuberculose nos Planos Plurianuais; → Pautar a tuberculose nas instâncias de pactuação e controle social; → Implementar ações de comunicação, advocacia e mobilização social para ampliar a visibilidade da doença; → Disponibilizar, em tempo oportuno, insumos para o diagnóstico e medicamentos para o tratamento de todas as formas de tuberculose: sensível, resistente e infecção latente; → Utilizar ferramenta informatizada para monitoramento do estoque de medicamentos de primeira linha; → Propor políticas que promovam controle de infecção como estratégia de prevenção da doença.

<p>Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Pautar a tuberculose na agenda política das três esferas de governos, por meio da articulação com executivo, legislativo e judiciário; → Pautar a tuberculose nas seguintes agendas de trabalho: assistência social, educação, justiça, direitos humanos, entre outros; → Implementar as recomendações das políticas vigentes de articulação intra e intersectorial; → Implementar as recomendações da Instrução Operacional conjunta entre Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS); → Fomentar a elaboração de legislações que contribuam para proteção social da pessoa com tuberculose; → Pautar a tuberculose nos meios de comunicação disponíveis.
<p>Melhorar a qualidade dos sistemas informatizados de registro de casos para tomada de decisão mais oportuna</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Aprimorar a análise dos indicadores relacionados à doença; → Adequar os sistemas de informação SINAN, SITE-TB, Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), entre outros, para atender as necessidades da vigilância da tuberculose; → Integrar os sistemas de informação para atender as necessidades da vigilância da tuberculose; → Apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico no país; → Fortalecer a utilização dos sistemas de informação para registro dos casos.
<p>Pilar 3: INTENSIFICAÇÃO DA PESQUISA E INOVAÇÃO</p>	
<p>Objetivos</p>	<p>Estratégias</p>
<p>Estabelecer parcerias para fomentar a realização de pesquisas no país em temas de interesse para saúde pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Fortalecer a integração dos programas de controle da tuberculose com instituições acadêmicas e sociedade civil; → Participar da implementação da agenda prioritária de pesquisas de tuberculose em todas as esferas de governo; → Fomentar parcerias intersectoriais para promover a realização de pesquisa em tuberculose; → Apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico no país; → Incentivar a divulgação dos resultados das pesquisas desenvolvidas.
<p>Promover a incorporação de iniciativas inovadoras para aprimorar o controle da tuberculose</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Estimular a utilização dos resultados das pesquisas no enfrentamento da tuberculose; → Estimular a troca e a implantação de experiências exitosas das → Ações de controle entre os programas de controle da tuberculose; → Incorporar, de maneira oportuna, novas tecnologias de diagnóstico; → Incorporar, de maneira oportuna, novos medicamentos aos esquemas de tratamento da doença ativa e infecção latente.

Fonte: adaptado de Brasil (2019)

No Brasil, as diretrizes de controle da TB são executadas a partir do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). A política de controle da TB é organizada por padrões assistenciais e técnicos bem delimitados entre a união, estados e municípios, através

dos serviços de saúde, desenvolvendo ações de controle e prevenção da doença e buscando garantir a toda a população o acesso ao diagnóstico, medicamentos e insumos (BRASIL, 2015).

Para tanto, o MS define algumas populações como prioritárias, que demandam uma maior cautela no cuidado à saúde, dentre estas se encontra a população em situação de rua (PSR). O próximo capítulo, então, desenvolve-se sobre a ótica dos estudos acerca desta população

3.4 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: VULNERABILIDADE POPULACIONAL

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a situação de rua é uma crise global de direitos humanos que vem afetando todos os contextos socioeconômicos – as economias desenvolvidas, emergentes e em desenvolvimento, na prosperidade e austeridade e requer uma resposta global urgente. Trata-se de um fenômeno diverso, que afeta diferentes grupos de pessoas de diferentes maneiras, mas com características comuns (ONU, 2015). Ainda, a situação de rua é uma experiência individual de alguns membros mais vulneráveis da sociedade, que muitas vezes é caracterizada pelo abandono, desespero, transtornos mentais, uso de drogas dentre outras características (OMS, 2015).

Para Mendes (2016), a população em situação de rua surge como um segmento significativo da desigualdade social, principalmente a partir das mudanças políticas, sociais e econômicas mundiais das últimas décadas. Mostra-se como um grupo social complexo, especialmente quando se pensa no processo de “vulnerabilidade” como dinâmico e anterior à ida para as ruas. É importante analisar e compreender as particularidades em que vivem essa população, principalmente no âmbito da saúde pública mundial (MENDES, 2016).

O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma que “toda pessoa tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (ONU, 1948, p.6). Entretanto, mesmo sem uma definição universal, a Organização das Nações Unidas estima que, no mundo, 100 milhões de pessoas vive nas ruas (ONU, 2015). A OMS (2015) propõe que se priorize o cuidado a grupos vulneráveis articulado ao exercício de direitos humanos e de cidadania, buscando superar as fragmentações das ações e serviços de saúde e ampliar os serviços para o acolhimento das pessoas em vulnerabilidade.

3.4.1 População em situação de rua no Brasil: características e relação com os números de casos de Tuberculose no país

O processo de ida para as ruas é composto por diferentes determinantes e estar nessa condição é uma situação multifacetada que não pode ser explicada por uma interpretação única ou perspectiva monocausal. (GALLO, 2016).

O Decreto Presidencial nº 7053, de 21 de dezembro de 2009 define pessoa em situação de rua como:

“Um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporário ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009).

Segundo a Fundação Nacional de Saúde, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, desenvolvida pelo órgão e aplicada em 71 cidades brasileiras em 2008, identificou mais de 30 mil adultos em situação de rua — sendo que quatro grandes capitais foram deixadas de fora desta pesquisa, dentre elas São Paulo. Dessa população, 82% eram homens. A faixa etária majoritária possuía entre 25 e 44 anos e 67% declarou-se preta ou parda. Dentre os principais motivos para estarem vivendo em situação de rua, 36% declararam problemas com álcool ou drogas, 30% desemprego e 29% questões familiares. Já sobre atividades remuneradas para sobrevivência, 71% declararam que exerciam alguma dessas atividades, sendo as principais: catador de materiais recicláveis (28%), flanelinha (14%), construção civil (6%) e limpeza (2%), 16% afirmaram pedir dinheiro como principal meio de sobrevivência. Na pesquisa publicada, destaca-se a informação de que um quarto (25%) dos entrevistados não possuíam qualquer documento de identificação (BRASIL, 2008).

Já um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), intitulado “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil” aponta que em 2015 um total de 101.854 pessoas estavam vivendo em situação de rua no país (Ipea, 2016).

O Quadro 5 traz alguns decretos e publicações que regulamentaram as ações para o atual atendimento às pessoas em situação de rua. A pesquisa trouxe a evolução, e as constantes revisões permitiram que essas políticas criadas vissem o sujeito como um todo; o que proporciona atualmente um atendimento mais amplo e direcionado à individualidade com um olhar voltado ao coletivo dessa população.

Quadro 5 - Síntese de publicações que regulamentam as ações propostas para o atendimento às pessoas em situação de rua.

Pesquisa Nacional sobre a população em Situação de Rua. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Foi coordenada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; • dá visibilidade às dimensões sociodemográficas dessa população.
Decreto Presidencial nº 7.053 (23/12/2009)	<ul style="list-style-type: none"> • Institui a PNPR e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política. CIAMP -RUA.
Portaria no 3.305 do Gabinete do Ministério da Saúde (24/12/2009).	<ul style="list-style-type: none"> • Institui o Comitê Técnico da Saúde para a População em Situação de Rua.
PNAB/Portaria nº 2.488 (21/10/2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo; • Observa-se que, em contexto da revisão da PNAB em sua edição de 2017, comparada com a versão de 2011, foi possível identificar elementos de continuidade nesse aspecto
Portaria nº 3.088 (23/12/2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, de álcool e de outras drogas, no âmbito do SUS.
Portaria nº 122 (25/01/2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Define as diretrizes de organização e funcionamento das eCRs, previstas pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que atualiza a PNAB.
Portaria nº 123 (25/01/2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Define os critérios de cálculo do número máximo de eCRs por município.
Nota Técnica Conjunta/2012 DAPES/SAS/MS e SAS/MS.	<ul style="list-style-type: none"> • No intuito de esclarecer as dúvidas mais comuns de gestores e equipes acerca da publicação das Portarias nº 122/2012 e nº 123/2012, afirma que “a proposta do Consultório de Rua, até então ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passa a ser denominada de CR, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica.”
Portaria Nº 3.110, de dezembro de 20013	<ul style="list-style-type: none"> • Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios com alta carga da doença para implantação/implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da tuberculose.
Portaria nº 1.029 (20/05/2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as eCRs em suas diferentes modalidades.

Fonte: autora (2020)

As pessoas em situação de rua enfrentam quotidianamente condições de vida sub-humanas e ficam expostas a todas as formas de vulnerabilidade, além de serem consideradas como um dos grupos com maior risco de adoecimento por Tuberculose no Brasil e mundo.

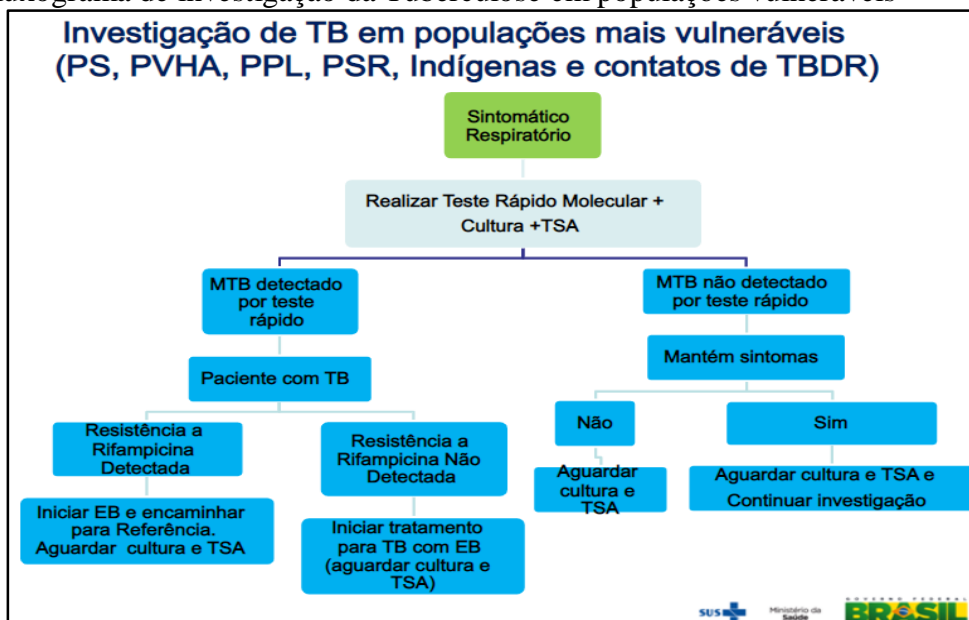
No Brasil, os dados disponíveis sobre a TB na PSR são escassos, o que torna difícil traçar o perfil de adoecimento sobre os processos de saúde e doença. Em 2015 foi incorporada na ficha de notificação do paciente com tuberculose do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, a variável que indica “situação de rua”, os dados disponíveis sobre a tuberculose

nas pessoas em situação de rua ainda não são suficientes acerca do número preciso de casos de TB que ocorrem nesta população. Devido a elevada taxa de incidência e abandono do tratamento, esta população é considerada pelo Ministério da Saúde como um grupo de elevada vulnerabilidade (BRASIL, 2015).

O tratamento de pessoas em situação de rua é mais oneroso e difícil, pois demanda um maior cuidado e apoio profissional e de instituições de saúde, em comparação à população em geral. A dinâmica da vida nas ruas dificulta a adesão ao tratamento da tuberculose e o seu abandono pode gerar resistência à medicação, além de ser um tratamento prolongado e complexo e de aumentar consideravelmente o risco de óbito. (WHO, 2016). Esses custos elevados estão associados a diversos fatores, como a dificuldade de adesão ao tratamento, dificuldade de alimentação e repouso, abuso de álcool, uso de outras drogas, baixa autoestima e autocuidado (ZENNER et al., 2013; BRASIL, 2016).

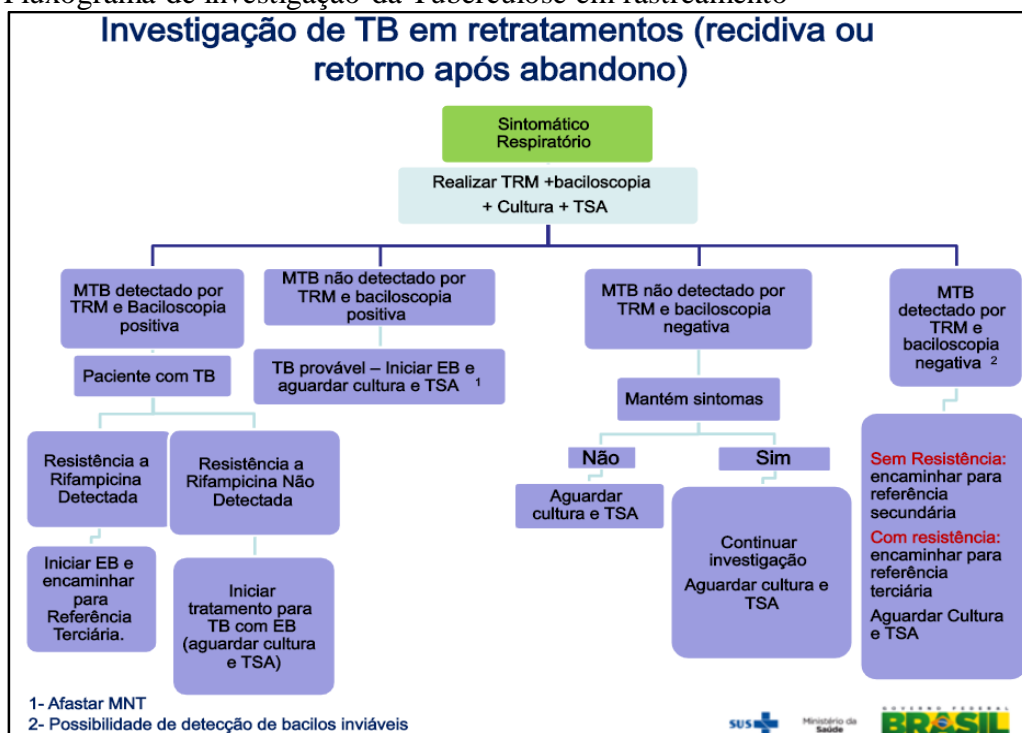
A seguir podemos observar como é feita a investigação e seu seguimento, preconizados pelo MS para investigação, tratamento e retratamento da TB em populações mais vulneráveis incluindo PSR.

Figura 2 - Fluxograma de investigação da Tuberculose em populações vulneráveis



Fonte: Brasil (2014)

Figura 3 - Fluxograma de investigação da Tuberculose em rastreamento



Fonte: Brasil (2014)

Diante do atual cenário econômico no país, onde a taxa de desemprego está elevada e a atual crise de saúde pública com a pandemia (COVID -19) vem gerando uma crise financeira sem precedentes, é possível que o quantitativo de pessoas em Situação de Rua (PSR) cresça consideravelmente nos próximos anos. Além disso, ainda existe a instabilidade da manutenção dos recursos e serviços oferecidos pelo SUS por parte dos governantes: a escassez de recursos para aprimoramento e fiscalização das políticas direcionadas a esses indivíduos geram dificuldades para o atendimento dessa população.

3.4.2 População em situação de rua no município de Florianópolis: vulnerabilidade para doenças oportunistas - tuberculose

Segundo o boletim epidemiológico de Santa Catarina no ano de 2017 foram notificados 1.856 casos novos de tuberculose, o que representa uma incidência de 26,7 casos por 100 mil habitantes. Do total de casos notificados 71% das pessoas receberam alta por cura e 9% abandonaram o tratamento. Ainda em 2017 Santa Catarina registrou um percentual da coinfeção TB/HIV de 16% (SES/MS/SINAN, 2018).

A tuberculose na população em situação de rua (PSR), configura-se como um grave problema de saúde pública no país, caracterizando-se pelo elevado coeficiente de incidência e abandono de tratamento. A criação de políticas públicas para essa população é um dos maiores desafios para gestores do mundo inteiro, pois envolve inúmeros aspectos econômicos e psicossociais, como habitação, emprego, saúde e reinserção social, que muitas vezes esbarram no preconceito e na falta de informação da comunidade (BRASIL, 2015).

A partir do reconhecimento de que essa população não tem seus direitos fundamentais garantidos, por meio do 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 a promoção de ações que atendam às necessidades particulares desse grupo, além de preconizar o reconhecimento da pessoa em situação de rua como cidadã de direitos (BRASIL,2015).

Florianópolis possui mais de 400 mil habitantes, sendo que em 2017 haviam cerca de 500 pessoas em situação de rua na cidade. Em 2015 foi realizado um projeto de contagem da população em situação de rua em Florianópolis, cujos principais resultados do projeto foram:

- 88% das pessoas em situação de rua são homens;
- A idade média dessa população é de 73 anos;
- 58% das pessoas em situação de rua se autodeclararam brancos, 19% negros e 21% pardos;
- A maior parte dessa população tem ensino fundamental incompleto (35%), seguido por ensino médio completo (23%). Ainda, 8 pessoas em situação de rua tinham ensino superior incompleto;
- 66% ainda mantém contato com algum membro da família;
- 20% da população em situação de rua não faz uso de nenhum tipo de droga;
- Dos que fazem uso de drogas, 77% fazem uso de álcool e/ou outras drogas ilícitas: 27% são etilista exclusivos, 53% fazem uso de maconha; 37% fazem uso de crack; e 27% fazem uso de cocaína (PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS, 2018, p. 12).

Com a realidade vivenciada pela população em situação de rua, é comum que a Tuberculose e seu tratamento não seja a principal preocupação do indivíduo infectado, pois questões de necessidade básica como segurança, alimentação e descanso competem com o cuidado de saúde. Assim, o suporte oferecido a estes indivíduos para auxiliar na solução desses problemas se torna fundamental para alcançar a adesão e o sucesso do tratamento da

TB (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1992; GALLO, 2016; PLUMB, 2000).

Ainda, a população em situação de rua tem 44 vezes mais chances de adoecer por tuberculose do que a população em geral, o que comprova que fatores sociais como as más condições de vida, moradia precária, desnutrição e dificuldade de acesso e frequência aos serviços público de saúde tem uma alta influência no diagnóstico e prognóstico da doença (SES/MS/SINAN, 2015).

De acordo com o MS, a produção de uma rede de cuidado, a reorganização e atenção em saúde em todos os níveis, traz a proposta da humanização e integralidade de ações e serviços de saúde para a PSR e como consequência e responsabilização de todos, transformações concretas na prática cotidiana das unidades de saúde, nos Centros de Atendimento e nas Equipes multidisciplinares no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Comunitário Grande Florianópolis (ICOM, 2017) apontou que a cidade de Florianópolis contava, em 2017, com dois Centro de Atendimento Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS-AD), um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), duas casas de acolhimento, uma casa de passagem, um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Unidade Básica de Saúde (UBS). Quanto ao acesso a esses e outros serviços: 86% acessavam as UBS e/ou hospitais; 76% das pessoas em situação de rua responderam que utilizavam o Centro POP; 44% recebiam bolsa família; e 16% utilizavam o CAPS AD.

Assim, observa-se que embora essa população tenha acesso a diferentes serviços no município de Florianópolis, as pessoas em situação de rua acessam, majoritariamente, UBS/hospitais e o centro POP. Dentre a PSR que acessaram UBS e/ou hospitais, mais da metade recorriam ao atendimento para tratamento de doenças oportunistas e/ou crônicas (ICOM, 2017).

Sarmento (2015) percebeu em sua pesquisa que a falta de assistência pública às PSR, que priorize um atendimento contínuo mesmo àqueles que não sofrem de comorbidades e/ou doenças crônicas, é constante. Assim, entende-se que a PSR na cidade de Florianópolis é formada por um grupo de risco às doenças oportunistas e, embora procure ajuda médica e assistencial em mais da metade dos casos, as doenças como a tuberculose tornam-se um desafio quanto ao tratamento e à cura, resultado em elevados índices de casos, concentrados nesse grupo da população.

3.5 TUBERCULOSE: OS PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS À (NÃO) ADESÃO AO TRATAMENTO

O Ministério da Saúde (MS) afirma que a adesão ao tratamento contra a tuberculose (TB) está diretamente associada a características demográficas, sociais e de estilo de vida das pessoas; resultando na sua forma de lidar com o significado do diagnóstico, com a representação social da doença e com os desafios apresentados pelo tratamento (BRASIL, 2014).

Psicologicamente, entende-se que os indivíduos vivendo em situação de rua tenham um senso de autoproteção muito baixo, podendo tender à autodestruição por questões psicológicas, como a depressão relacionada ao abandono familiar, social e do poder público. A falta de perspectiva de qualidade de vida bem como de confiança nos profissionais de saúde pode, também, fazer parte desse espectro. Fisicamente, destaca-se a questão da alimentação e hidratação inadequada, o uso de álcool e outras drogas e os constantes deslocamentos que prejudicam o cuidado por parte de uma mesma equipe de saúde. Ainda, a rua, em si, não é um ambiente que facilita um tratamento tão longo, por mais simples que ele possa parecer aos olhos daqueles que não estão nesta situação (VALENCIO et al., 2008; BRASIL, 2015; BARATA, 2015).

Não obstante, há uma parcela dessa população que se sente discriminada em unidades de saúde: segundo a Fundação Nacional de Saúde, 18,4% da discriminação que esses indivíduos sofrem ocorre em unidades de saúde (BRASIL, 2008). Isto pode ocorrer tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por parte dos que estão aguardando o atendimento médico já que, no geral, as pessoas em situação de rua são consideradas um fardo aos que não entendem a situação em que elas se encontram, bem como normalmente não são obrigadas a conviver em um mesmo espaço ou mesmo dividir um serviço público com esses indivíduos socialmente marginalizados (BRASIL, 2008; AGUIAR, IRIART, 2012).

Antunes (2016) explica que as pessoas que vivenciam situação de rua são vítimas de preconceito quando procuram os serviços de saúde e frequentemente se deparam com o despreparo e a inabilidade dos profissionais de saúde para a realização da escuta qualificada e do acolhimento das demandas e necessidades de saúde. Paiva (2016) relata que o preconceito e a discriminação relacionados às condições de higiene (prejudicada pelo uso de vestimentas sujas, falta de banho, odor fétido), bem como a falta de documentação para identificação e cadastro do usuário e longo período de espera pelo atendimento impedem ou retardam a procura pelos serviços de saúde.

De acordo com Carvalho (2014), a adesão ao tratamento da tuberculose também pode variar com o tempo de tratamento. Pacientes que estão com ótima adesão em determinado momento podem vir a cometer falhas na utilização do medicamento ou mesmo interromper a terapia medicamentosa. Por isso, deve-se tentar compreender quais são os fatores que podem interferir na adesão, desenvolver em conjunto um plano e discutir de que forma a equipe pode se organizar para melhor apoiar o doente em todas as fases do tratamento.

A adesão ao tratamento da tuberculose, compreende não apenas a adesão à ingestão medicamentosa, mas um processo dinâmico e multidimensional que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais, e requer decisões e responsabilidades compartilhadas entre usuário, equipe de saúde e rede social de apoio, com abordagem que atenda às singularidades dos indivíduos, de tal forma que alia as orientações e adequações dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do sujeito, bem como ao suporte que este tem, seja no âmbito familiar, social e até mesmo emocional. E para o efetivo controle da TB, o comportamento deste no processo de cura deve ser valorizado, constituindo, provavelmente, o fator mais importante do sucesso terapêutico (BRASIL, 2014; WHO, 2014).

O principal objetivo do tratamento da TB é a cura e sua rápida redução de transmissão comunitária. Assim, o esquema de fármacos utilizados deve reduzir o mais rápido possível o poder de transmissibilidade; resultando na prevenção à resistência medicamentosa e prevenindo a recidiva da doença (BRASIL, 2014). Durante todo o processo do cuidado deve-se promover o empoderamento do indivíduo infectado e estimular o sentimento de pertencimento a uma comunidade e o exercício da cidadania, assegurando condições que permitam resguardar e desenvolver as potencialidades humanas e sociais nesse indivíduo (BRASIL, 2013b).

Embora a eficácia do esquema antituberculose seja de até 95%, a efetividade do tratamento (pacientes que se curam ao final do tratamento em condições de rotina) varia muito de acordo com o local, estando em torno de 70% na média nacional (RABAHI, 2017).

Uma das causas associadas à baixa efetividade é a falta de adesão, que pode ocorrer em três níveis: 1-Abandono do tratamento (paciente para de usar todos os medicamentos); 2- Uso errôneo dos medicamentos (paciente usa alguns dos medicamentos prescritos); e/ou 3- Uso irregular dos medicamentos (paciente toma os medicamentos alguns dias da semana, mas não todos os dias (RABAHI, 2017).

O MS considera situação de abandono de tratamento quando o paciente deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos, após a data prevista para o seu retorno. Nos casos de tratamento diretamente observado, o prazo de 30 dias é contado a

partir da última tomada do medicamento; os fatores relacionados ao abandono do tratamento são múltiplos e nem sempre relacionados ao descuido ou intenção de abandonar o tratamento pelo paciente. Ainda de acordo com o MS, os problemas de adesão são responsáveis tanto pela falência terapêutica, quanto pela seleção de germes resistentes e, também, pela recidiva da doença (BRASIL, 2014).

Assim, é importante que a equipe de saúde perceba que, quanto maior a dificuldade de adesão, maior será a necessidade de apoio e vínculo com este paciente para garantir o sucesso do tratamento. Uma importante atividade para melhorar a adesão ao tratamento é a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), conjuntamente com o Plano Individual de Acompanhamento (PIA) /Assistência Social. A intersetorialidade é um aspecto-chave do PTS e PIA, e a interlocução deve ser sistemática com as equipes da RAPS e parceiros locais da assistência social, educação, organizações não governamentais e outros (BRASIL, 2014).

A adesão aos tratamentos da tuberculose e o seu acompanhamento pelas equipes de saúde é um desafio constante. No caso desta doença, a não adesão ao tratamento pode ter consequências importantes para o paciente e para a comunidade em geral, pois diminui a possibilidade de cura, mantém a cadeia de transmissão, aumenta o risco de resistência aos medicamentos e, conseqüentemente, o índice de óbitos por tuberculose (BRASIL, 2016). Assim, faz-se necessário o empoderamento do sujeito, incentivando esses pacientes em situação de rua a participar dos serviços de saúde, a conhecer seu território e tudo que é ofertado para acompanhamento das suas necessidades básicas e de direito.

Diante da realidade, com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento da tuberculose e reestruturar os serviços de saúde, desde o início da década de 90 a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a adoção da estratégia de tratamento diretamente observado de curta duração (*directly observed treatment short course* - DOTS), que é constituído de cinco componentes: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde. Em recentes fóruns nacionais e internacionais reconhece-se a importância do controle social e da organização dos serviços que, uma vez aliados aos cinco pilares, potencializam as ações para conter o avanço da TB (BRASIL, 2014; OMS 2014).

3.5.1 Estratégias facilitadoras para adesão ao tratamento da tuberculose junto à população em situação de rua

A Constituição Federal Brasileira dispõe a saúde, a moradia e a assistência aos desamparados como direitos sociais, compreendendo que a precariedade e insalubridade das ruas culminam em vulnerabilidade cumulativa que requer intervenções orientadas segundo sua especificidade. Assim, a articulação entre as políticas de saúde é essencial para a efetivação de práticas de saúde no acompanhamento à PSR. (BRASIL, 2016; VARANDA; ADORNO, 2004).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), possui suas atividades voltadas para o âmbito individual, familiar e coletivo, tendo como foco as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde. A Política tem o propósito de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2014). O Governo Federal instituiu em 2008 a Política Nacional para Inclusão Social da PSR (PNIS) (BRASIL, 2008) e, em 2009, a Política Nacional para a População em Situação de Rua; bem como o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento de tal Política (BRASIL, 2014).

Portanto, quando se trata de PSR e TB o estigma e preconceito, já existentes, são acentuados, devido a doença e ao estilo de vida da PSR. Os desafios encontrados no cuidado a PSR constituem barreiras que dificultam, inibem ou até mesmo inviabilizam o acesso do sujeito à rede de saúde e à rede intersetorial. Sendo uma das principais barreiras, o fator social envolve o estigma e reforça a invisibilidade dessas pessoas. Assim, a forma como são abordados é um importante preditivo para adesão ao tratamento e aos cuidados de saúde (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014).

Para Oliveira (2015), é de grande importância a integralidade e a intersetorialidade na atenção aos sujeitos com TB, considerando as peculiaridades do contexto socioeconômico e cultural dos indivíduos, assim como os sentimentos implicados na vivência do adoecimento e que interferem diretamente na busca do serviço de saúde e na adesão ao tratamento. Ainda, Alecrim et al (2016) complementam a relevância da articulação intersetorial entre profissionais de diferentes áreas de conhecimento que trabalhem com a população em situação de rua, articulando os serviços de saúde com serviços de assistência social.

De acordo com MS, o controle da tuberculose, para ser efetivo, deve ir além das usuais estratégias de diagnóstico e tratamento, demandando também o fortalecimento de ações que

considerem os condicionantes e determinantes sociais da doença (BRASIL, 2018). Por trazer implicações que extrapolam as práticas clínicas, o controle da doença envolve ações mais amplas sobre as condições de vida da população; portanto, é importante considerar a contribuição de outras áreas do conhecimento e reconhecer as limitações do setor saúde (BRASIL, 2008).

Ainda Intersetorialidade pode ser interpretada como uma ação direcionada à busca da promoção de produtos sociais em comum. É a ação ou parceria em que todos os setores irão compartilhar conhecimentos e desfrutar dos benefícios. Deve ser o eixo estruturador das políticas públicas, possibilitando uma abordagem geral dos problemas sociais. A intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação das instituições governamentais entre si e com a sociedade civil (BRASIL, 2018).

O trabalho intersetorial é compreendido como essencial no cuidado a essa população, mas sua efetivação nem sempre é possível, devido às dificuldades dos serviços em considerar características e necessidades desse grupo em seu planejamento e sua organização (VAN; MÂNGIA, 2017).

Diante disso, o trabalho intersetorial e interprofissional dos diferentes serviços e cuidados destinados às PSR e a descentralização dos serviços de saúde são essenciais para que as ações de saúde como; prevenção, diagnóstico precoce e adesão ao tratamento da TB por parte das pessoas em situação de rua sejam mais efetivos, com maior chance de cura da tuberculose nessa população.

3.5.2 Estratégias que apoiam o tratamento em PSR com tuberculose

Com o intuito de promover a adesão ao tratamento da tuberculose, faz-se necessário o desenvolvimento e a aplicação de estratégias inovadoras e direcionadas para o público alvo. Atualmente há três grandes estratégias que apoiam o tratamento da tuberculose em PSR: Atenção Básica e Redes de Apoio, Consultório na Rua, e Tratamento Diretamente Observado (TDO).

Atenção Básica e Redes de Apoio.

A unidade básica de saúde é considerada uma porta de entrada para o SUS; é um serviço constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da

saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2017).

Segundo o MS, atualmente a rede de apoio ao atendimento à PSR envolve ações integradas do SUS, por meio das equipes de Consultório na Rua (eCR), Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), hospitais, instituições governamentais (hospitais/abrigos), não governamentais (ONG/ abrigos) e as ações de proteção social, básica e especial, desenvolvidas pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é mais uma ferramenta dos SUS que tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Os principais objetivos da RAPS são:

“A ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção do acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências”. (BRASIL, 2017)

Os serviços de proteção e assistência social destinados à população em situação de rua incluem o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e o Serviço Especializado em Abordagem Social, ofertado de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa nos territórios, a fim de promover o acesso à rede de serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas, desencadear o processo de saída das ruas, e o retorno familiar e comunitário. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é um outro Programa que pode ser utilizado por essa população (BRASIL, 2014).

Os estudos de Souza (2010), Silva, Frazão e Linhares (2014), Alecrim (2015), Lindner (2016) e Silveira (2016) evidenciam a fragmentação do cuidado e a dificuldade nas ações de controle da TB que acontecem devido a lacuna encontrada na relação entre os serviços de saúde e/ou profissionais de saúde e a PSR. As ações para a PSR com abordagem não higienista e assistencialista, considerando complexidade do fenômeno de estar na rua, sem

juízo de cunho moral ou social pode ser efetiva para o trabalho dos profissionais com a PSR (SILVEIRA, 2016). Entretanto, percebe-se carência de profissionais e de serviços capacitados que trabalhem de forma articulada para lidar com a PSR (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014).

As ações de saúde realizadas na prática das equipes de Consultórios na Rua (CnaR) dependem das demandas dos usuários, sendo necessário envolver diversos atores da comunidade como parceiros para possibilitar ações conjuntas e efetivas (ALECRIM, 2016). Entre esses profissionais estão a assistência social e a rede básica de saúde. Diferentes serviços articulados e alinhados de forma organizada e sistematizada devem ser planejados para atender PSR e conseguir abranger suas demandas de maneira efetiva (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014).

Portanto, considerando o alto risco do desenvolvimento de TB e as altas taxas de abandono ao tratamento, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) considera a PSR como prioritária para o controle da doença, recomendando estratégias para alcance de população em situação de rua a serem adotadas pelos níveis locais envolvendo tanto a atenção básica, como a rede de proteção governamental – rede de assistência social e não governamental (BRASIL, 2014).

Assim, a continuidade do tratamento da TB passa a ser conjunta e realizada pela unidade de saúde e as redes de apoio do município de destino, acompanhar esse indivíduo durante o tratamento, conhecer suas necessidades, a fim de prestar um cuidado efetivo e acolhedor, sempre identificando e respeitando suas vulnerabilidades (BRASIL, 2014).

O tratamento diretamente observado

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia valiosa para vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço. Além disso, durante o TDO é possível identificar dificuldades enfrentadas pelos pacientes e intervir oportunamente frente a situações que representem riscos à tomada dos medicamentos (BRASIL, 2014).

O TDO da tuberculose consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os envolvidos: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2015).

A adesão ao tratamento não consiste apenas em garantir a ingestão da medicação; deve-se tomar como prioridade conhecer a pessoa e seu contexto, seus modos de vida, sua dinâmica familiar, suas crenças, suas opiniões e seus conhecimentos a respeito da doença e do

próprio tratamento. Conversar sobre outros assuntos além da tuberculose e ter tempo suficiente para esclarecer dúvidas sobre o tratamento são posturas que contribuem para a formação do vínculo, o que pode permitir identificar as necessidades do paciente e a busca de soluções. Assim, para contribuir para a adesão ao tratamento são apontados o vínculo entre o profissional e o sujeito, a compreensão da subjetividade deste e que determinam uma intervenção educativa (CHIRINOS et al., 2015). Dessa forma, são objetivos do TDO:

“Melhorar a atenção ao sujeito doente por meio do acolhimento humanizado; Possibilitar a adesão, garantindo a cura; Reduzir a taxa de abandono; Interromper a cadeia de transmissão da doença; Diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes; Reduzir a mortalidade; Reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença consumptiva, transmissível e de alto custo social; e Realizar uma educação em saúde mais efetiva, de forma individualizada voltada para orientar, corresponsabilizando o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde” (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, o TDO destina-se a todos as pessoas com diagnóstico de tuberculose e sua realização traduz uma oportunidade única de aproximação dos profissionais com o contexto social dos indivíduos, o que possibilita a identificação de riscos para a não adesão ao tratamento e o estabelecimento de vínculos entre serviço de saúde-sujeito-família (BRASIL, 2019). Ainda, após a implantação do TDO, observou-se aumento nos índices de cura, comprovando que a estratégia incentiva a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, diminui o surgimento de bacilos resistentes (SILVA, 2015).

Os métodos utilizados para aferição da adesão incluem medidas diretas e indiretas. O TDO pode ser considerado como um método direto de aferição da adesão uma vez que possibilita a verificação objetiva da tomada do medicamento. Como exemplo de medidas indiretas estão o auto-relato, sistemas de informação, contagem de comprimidos e registros referentes à retirada de medicamentos da farmácia (BRASIL, 2018).

Consultório na Rua

O atendimento a grupos vulneráveis, como a PSR, é um constante desafio para a prática dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica. Imbuído pela necessidade de efetivação de ações de cuidado resolutivo que incluísse este grupo vulnerável, o Ministério da Saúde, em consonância com a PNAB e a Política Nacional para População em Situação de Rua, criou o equipamento clínico denominado Consultório na Rua (CnaR), com suas respectivas equipes. O CnaR foi criado, desse modo, como um equipamento clínico que objetiva promover cuidados a PSR com diferentes problemas e necessidades de saúde,

desenvolvendo ações compartilhadas e integradas com as Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2015).

O surgimento dos CnaR, ocorreu a partir da experiência idealizada e proposta pelo Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, na Bahia, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento “extramuros”, visando a promoção do acesso aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários de drogas e promoção de laços sociais com enfoque intersetorial (BRASIL, 2012; SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014). Vargas e Macerata (2018), relacionam o surgimento do CnaR à um contexto de ampliação dos direitos sociais no Brasil pela extensão de políticas públicas a populações que antes não tinham acesso a direitos básicos garantidos pela Constituição brasileira, de forma a intervir nos coeficientes de desigualdade social.

Segundo Trino et al. (2012), esses dispositivos desenvolvem ações de saúde *in locu*, visando a resolutividade perante as necessidades de saúde da PSR, realizando uma abordagem ampliada, que possibilite a essa população o acesso ao cuidado da sua saúde como direito, e não mais como uma caridade ofertada. O direito à atenção integral à saúde, é um princípio preconizado pelo SUS, estendido a todo e qualquer brasileiro, advindo do sentido de democracia a ser incorporado pela sociedade e garantido pelo Estado (TRINO et al., 2012). Assim, sob a portaria nº 122/2011, consolidam-se os CnaR, transferindo o atendimento da população em situação de rua para a atenção básica (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014).

A equipe de CnaR é constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade desta equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental para pessoas em situação de rua em geral, pessoas com transtornos mentais, e usuários de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Entre as ações dessas equipes, incluem-se ações de redução de danos, em parceria com outros pontos de atenção da rede de saúde, como unidades básicas de saúde, centros de Atenção Psicossocial, prontos-socorros e unidades hospitalares (BRASIL, 2017). A estruturação de atuação dessa estratégia pode ser observada na Figura 4.

Figura 4 – Esquema da estruturação do Consultório na Rua



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012

Lindner (2016), relata que o sistema de saúde e social apresentam-se frágil ao se tratar da PSR. A gestão do controle da TB, a realidade de viver na rua e o uso de álcool e outras drogas formam uma complexa característica que necessita de atenção, pois revela uma variedade de questões a serem aprofundadas que podem colaborar no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da PSR.

Vargas et al. (2018), trazem que as eCR têm como função prioritária o desenvolvimento de cuidados primários, prestando assistência voltada aos agravos mais prevalentes das pessoas em situação de rua, com distribuição de insumos e orientações em saúde; garantindo o acesso às ações e serviços a partir da própria rua, criando vínculos dessa população com outros serviços que não sejam somente de urgência e emergência. Corroborando com o autor, Ross (2014) afirma que há “necessidade de reforço para a equipe do projeto no que diz respeito à qualidade adequada de trabalhadores, tendo em vista a abrangência e complexidade das ações realizadas e da grande demanda de trabalho nas ruas”.

Nesta perspectiva, torna-se necessário expandir a proposta dos CnaR para atender a demanda de rua, assim como, investir em recursos humanos especializados e capacitados na área específica e na educação permanente em saúde para atuar junto à PSR, intensificando o trabalho nas comunidades com os demais atores sociais (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014).

A ideia de criar novas políticas de saúde e reestruturar as existentes para o contexto da realidade atual não é uma estratégia diretamente voltada ao tratamento da TB para a PSR, porém pode contribuir para que isto aconteça de maneira efetiva (LINHARES, 2014). Para Roos (2014), é difícil pensar na possibilidade de um trabalho que gere resultados efetivos da

equipe do CnaR com a falta de tantos recursos materiais fundamentais como veículo, identificação dos trabalhadores, insumos de prevenção, material informativo e, inclusive, celulares para comunicação.

Segundo o MS, o Brasil conta com aproximadamente 144 equipes atuantes do CnaR, com uma prática clínica de cuidado que percorre a rede ao promover a atenção e a inclusão da população em situação de rua. Devido a ampla ação que se passa na rua, este torna-se um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disposição de práticas da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A capital de Santa Catarina, Florianópolis, é considerada pelo MS como a melhor em atenção à saúde primária do Brasil. Essa capital conta com uma equipe de consultório na rua que presta atendimento diário, além de outras ações de saúde em praças, abrigos e acompanhamento de pacientes em instituições de internação, fortalecendo o vínculo e garantindo o seu acompanhamento até a conclusão do tratamento da tuberculose (BRASIL,2015).

A equipe do consultório na rua de Florianópolis, realiza reuniões mensais com outros centros de apoios, abrigos, profissionais de saúde e voluntários que atendem esses usuários e que estão em contato frequente com as PSR. Essas reuniões servem para propor ações conjuntas e elaborar novas estratégias que visem melhor atender esses usuários e informar as demais redes de apoio sobre as ações realizadas, trazendo demandas e programando ações que possam melhorar a adesão à tratamentos de saúde, dando suporte social e auxiliando essa população que vivencia a rua no município.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, valendo-se de consulta ao banco de dados do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (HNE) da instituição de saúde Hospital Nereu Ramos, que tem como base o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a respeito das notificações de casos confirmados de TB, internados na instituição no período de 1 de janeiro de 2014 a 30 de novembro de 2019.

4.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi composta por todos os casos confirmados de tuberculose e notificados ao SINAN, com maior interesse às fichas que notificaram pacientes em situação de rua, tendo a coleta sido realizada no mês de novembro de 2019, conforme calendário previamente acordado junto ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (HNE) da Instituição.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Preliminarmente, foi realizada a análise de todos os dados notificados a fim de excluir os casos duplicados e as fichas com informações incompletas. Posteriormente, realizou-se a análise descritiva da ocorrência de internações na instituição com diagnóstico confirmado de TB, dando maior destaque à população em situação de rua, a qual despertou o interesse da pesquisadora.

As variáveis dependentes foram as notificações que encerraram por cura/alta, abandono, referenciados, reinternação ou morte e as variáveis independentes, as sociodemográficas como sexo masculino e feminino, faixa etária, escolaridade e as variáveis clínicas como teste de Anti-HIV em Positivo ou Negativo, Outros (ignorado, não realizado, em andamento).

Os dados foram analisados em sequência anual, tabulados em planilhas de *Microsoft Office Excel 2010*, no servidor *Windows 10*. As variáveis categóricas foram descritas em termos de números absolutos (n) e de frequência (%).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa proposta foi desenvolvida de acordo com os princípios éticos de respeito à pessoa, beneficência e justiça, seguindo as diretrizes e normas regulamentares da Resolução nº 466/2012 do MS (BRASIL,2012a). Neste projeto de pesquisa não foi necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois tivemos acesso apenas a dados

secundários de notificação de casos de TB. Portanto salienta-se que em nenhum momento houve contato do pesquisador responsável com qualquer sujeito da pesquisa.

No entanto, sabendo-se do risco para os indivíduos registrados nas bases de dados do SINAN em relação ao sigilo dados, pois consultamos informações sigilosas que contém nome e dados pessoais do usuário, o pesquisador responsável pela manuseio dos dados assinou um Termo de Responsabilidade de Utilização de Dados junto ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (HNE) do Hospital Nereu Ramos (HNR), garantindo assim o compromisso com a privacidade e o sigilo dos dados utilizados, preservando plenamente o anonimato dos pacientes.

Por fim, mediante essas garantias o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/UFSC sob parecer nº.: 3.499.329, CAAE: 17714719.9.0000.0121.

5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de manuscrito conforme orientação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, seguindo a Instrução Normativa de 2017 para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Graduação em Enfermagem (UFSC, 2017).

5.1 MANUSCRITO: REINFECÇÃO POR TUBERCULOSE EM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ANÁLISE DE NOTIFICAÇÕES DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA DE FLORIANÓPOLIS

RESUMO

Introdução: A Tuberculose é uma doença infecto-contagiosa considerada grave problema de saúde pública no mundo, sendo a doença infecciosa que mais mata. **Objetivo:** Compreender as influências dos aspectos sociais, econômicos e clínicos na reincidência das internações por tuberculose em um hospital de referência no sul do Brasil. **Método:** Estudo retrospectivo, analítico, descritivo, quantitativo. Analisou-se registros de notificações entre janeiro/2014 e novembro/2019 para os indicadores epidemiológicos de tuberculose. A análise, feita através do programa SPSS, considerou frequências absolutas, relativas e cálculos de medidas de dispersão. **Resultados:** Dentre as 1.419 fichas de notificações com diagnóstico de tuberculose, 238 eram relacionados às pessoas em situação de rua. Ainda, o HIV e a baixa escolaridade foram determinantes sociais relevantes de vulnerabilidades encontrados no estudo. **Conclusão:** Os aspectos socioeconômicos mostram-se fatores limitantes para a adesão ao tratamento da tuberculose.

Palavras-chave: Enfermagem. Tuberculose. Pessoas em Situação de Rua. Populações vulneráveis. Integralidade em saúde.

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) segue sendo um sério problema de Saúde Pública do mundo, aponta uma associação direta com a pobreza e afeta principalmente os territórios onde a distribuição de renda é desproporcional. Essa é a atual situação vivenciada pelo Brasil, país que atualmente ocupa a 19ª posição entre os 22 países que são considerados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como prioridade para a implantação das “Estratégias e metas para a prevenção, atenção e controle da tuberculose”, e que, juntos, correspondem a 80% da carga da doença no mundo (OMS, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil registrou 73.864 novos casos de TB, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35,0 casos/100 mil habitantes. Ainda, em 2018 foram registrados 4.490 óbitos em decorrência da doença, valor equivalente a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes. O Brasil ainda tem um longo caminho pela frente para cumprir as metas estabelecidas pela OMS, que são as de reduzir em 95% os óbitos até 2035 e diminuir a incidência em 90%, bem como eliminar a TB como problema de saúde pública até 2050 (BRASIL, 2019).

A TB é umas das principais doenças enfrentadas no Brasil atualmente, sendo relacionada a alguns determinantes sociais como a exclusão social, a marginalização de parte dessa população que por vezes podem estar expostas a más condições de vida, moradia precária ou a inexistência dela, alimentação, higiene deficiente, além da dificuldade encontrada no acesso aos serviços de saúde que faz com que o tratamento de diversas doenças, como a tuberculose, tornem a adesão e conclusão do tratamento de difícil manejo, causando danos que por vezes geram consequências permanentes para a vida (BRASIL, 2016).

Como consequência da alta vulnerabilidade social vivenciada, o número de pessoas em situação de rua tem aumentado nos últimos anos no Brasil; essa população possui uma taxa de incidência da TB 44 vezes maior que a população em geral (BRASIL, 2014). A forma pulmonar da TB, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, por conta do potencial de transmissão da doença. É uma doença curável, que pode evoluir para formas graves com necessidades de internação a médio e longo prazo. Assim, o diagnóstico precoce e o início do tratamento da TB são considerados cruciais (SILVA, 2017; MONROE, 2018).

Segundo MS, o abandono do tratamento é um dos principais desafios para o controle da doença e favorece a manutenção da sua transmissão, o que pode causar a resistência da bactéria aos medicamentos utilizados no tratamento levando a ocorrência de casos graves e

consequentemente óbitos (BRASIL,2018). Por isso se faz necessário investir e preparar os indivíduos com informações claras e corretas sobre a TB e seu tratamento, promovendo informação suficiente para que a adesão ocorra efetivamente logo no início do tratamento.

ALECRIM et al (2016) trazem que o processo de tratamento para a TB na estrutura existente é entendido como desafiador e fonte de angústia devido à falta de recursos institucionais, sociais e preparo prévio dos profissionais para atuar neste contexto social, uma vez que lidar com a miséria humana é demasiadamente difícil. Um bom acolhimento e esclarecimento das percepções negativas do usuário em relação ao serviço de saúde devem ser trabalhadas inicialmente para que o vínculo se estabeleça e o processo de adesão ocorra (ALECRIM et al., 2016).

A participação das instituições governamentais e não governamentais, e um engajamento maior por parte dos profissionais que atendem essa população diariamente são fundamentais para diminuir o impacto negativo da doença. O Ministério da Saúde recomenda a adoção de estratégias diferenciadas para grupos mais vulneráveis, como atendimento no local onde vive essa população, com atuação da atenção primária à saúde que desempenha um importante papel no controle da doença (BRASIL, 2014). Esse esforço conjunto pode ser essencial para diminuir ainda mais os casos de abandono do tratamento e aumentar os casos de cura da tuberculose, contribuindo assim para a erradicação e/ou redução da transmissão da doença.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo e analítico, valendo-se de consulta ao banco de dados do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (HNE) de uma instituição hospitalar referência do sul do Estado de Santa Catarina, que tem como base o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a respeito das notificações de casos confirmados de TB, internados na instituição no período de 1 de janeiro de 2014 a 30 de novembro de 2019.

A população de estudo foi composta por todos os casos confirmados de tuberculose e notificados ao SINAN, com maior enfoque nesta pesquisa às fichas que notificaram pacientes em situação de rua, tendo a coleta sido realizada no mês de novembro de 2019, conforme calendário previamente acordado junto ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (HNE) da Instituição.

Preliminarmente, foi realizada a análise de todos os dados notificados a fim de excluir os casos duplicados e as fichas com informações incompletas. Posteriormente, realizou-se a

análise descritiva da ocorrência de internações na instituição com diagnóstico confirmado de TB, dando maior destaque à população em situação de rua, a qual despertou o interesse da pesquisadora.

As variáveis dependentes foram as notificações que encerraram por cura/alta, abandono, referenciados, reinternação ou morte e as variáveis independentes, as sociodemográficas como sexo masculino e feminino, faixa etária, escolaridade e as variáveis clínicas como teste de Anti-HIV em Positivo ou Negativo, Outros (ignorado, não realizado, em andamento).

Os dados foram analisados em sequência anual, tabulados em planilhas de *Microsoft Office Excel 2010*, no servidor *Windows 10*. Realizou-se a análise estatística, através da ferramenta *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 22.0 para *Windows*.

As variáveis categóricas foram descritas em termos de números absolutos (n) e de frequência (%), e a verificação de associações entre essas variáveis foi feita por teste χ^2 . Foi considerado o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Após o processo de exclusão, seleção e classificação do banco de dados foram analisadas 1.419 fichas de investigação do SINAN que indicava diagnóstico confirmado de Tuberculose na instituição, destes foi realizada uma subclassificação por ano de pesquisa, do quantitativo anual foram analisadas separadamente as fichas onde indicava se tratar de Pessoas em Situação de Rua (PSR), somando-se um total de 245 fichas nos seis anos analisados, todos os casos passaram por internações na instituição e estiveram em tratamento e isolamento, conforme o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

O total de 34 notificações foram excluídas durante a análise por mudança de diagnóstico na situação de encerramento.

A Tabela 1 mostra a proporção de todos os casos de TB notificados anualmente, no período de 2014 a 2019, com destaque para o percentual de novos casos diagnosticados e de diagnósticos registrados para pessoas em situação de rua (PSR).

Tabela 1 - Total de casos anuais de Tuberculose atendidos em um hospital de referência em Florianópolis e notificados no SINAN entre os anos de 2014 e 2019. (n = 1.419)

Ano	Número de casos: população geral	Número total de casos em PSR	Números de novos casos em PSR	Total de notificações (n)
2014	267	51	18	318
2015	218	30	06	248

2016	192	42	08	234
2017	178	47	10	225
2018	188	36	06	224
2019	131	39	06	170

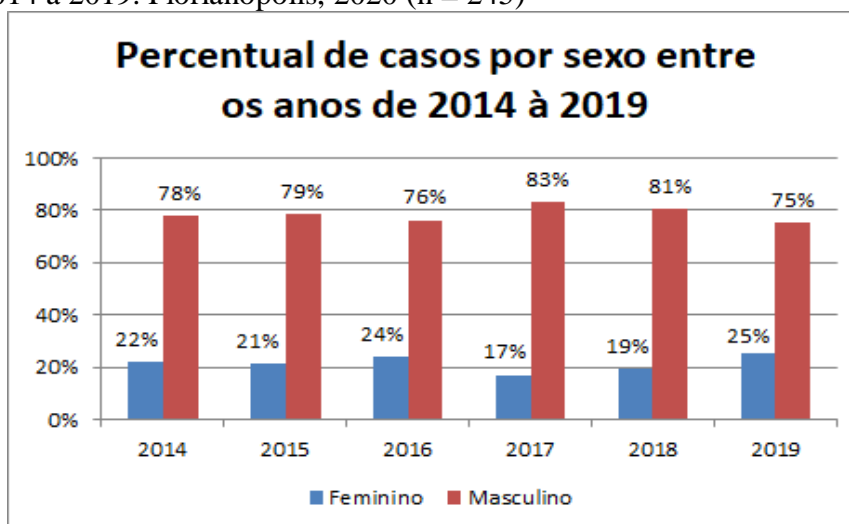
Fonte: autora (2020)

Em 2014 foram notificados 318 casos, com uma porcentagem de 22,4% dos casos de TB notificados no período. Destes, 51 (11%) eram PSR e 18 (5%) foram casos novos notificados nessa população. Em 2015 houve um decréscimo nos números, com 248 (17,5%) casos confirmados neste ano; destes, 30 (10%) casos notificados em PSR, sendo 6 (2%) novos casos nesta população.

O percentual do total de casos continuou diminuindo nos anos seguintes, tendo um total de 234 (16,5%) em 2016. Porém houve um aumento das notificações relacionadas à PSR, tendo 42 (15%) casos confirmados de TB; nota-se que essa é a terceira maior porcentagem dos seis anos analisados, com 8 casos (3%) notificados como casos novos. Em 2017 o total anual somava-se 225 (15,8%) casos, uma redução dos casos totais; ainda com o maior quantitativo de casos em PSR: 47 (17%) casos, sendo 10 (4%) classificados como novos.

Em 2018 foram notificados 224 (15,8%) casos, sendo 36 (14%) em PSR e destes, 6 (2%) foram registrados como novos casos. No último ano da coleta de dados houve um decréscimo significativo, com 170 (12%) casos confirmados no total, sendo 39 (18%) casos em PSR, com 6 (3%) casos novos de tuberculose notificados nessa população pelo SINAN da instituição.

Gráfico 1 - Percentual de casos de Tuberculose por sexo em população em situação de rua no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020 (n = 245)



Fonte: autora (2020)

O Gráfico 1 mostra que a população do sexo masculino, em situação de rua, foram os mais acometidos pela doença, tendo uma importante diferença nas proporções anuais.

Em 2017, dos 47 casos confirmados de TB, 39 (83%) eram masculinos, em 2018 dos 36 casos notificados 29 (81%) eram homens. Já em 2019 o percentual de casos de TB em PSR do sexo masculino caiu para 33 (75%) casos; e registrou o aumento do número de casos na população feminina em situação de rua: as mulheres que mantiveram uma proporção baixa em relação ao diagnóstico da TB, somaram 11 (25%) dos 44 casos notificados em PSR.

A Tabela 2 representa o número de casos notificados no sistema SINAN pelo hospital com diagnóstico de TB em PSR no período de 2014 a 2019 em relação à faixa etária e à escolaridade dos indivíduos.

Tabela 2 - Total de casos de Tuberculose em população em situação de rua de acordo com a faixa etária e escolaridade no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020 (n = 245)

ANO	FAIXA ETÁRIA				ESCOLARIDADE			
	18 a 30 anos	%	31 a 50 anos	%	Ensino Fundamental	%	Ensino Médio	%
2014	44	85	7	15	39	76	12	24
2015	22	75	8	25	21	71	9	29
2016	33	79	9	21	33	79	9	21
2017	39	83	8	17	39	83	8	17
2018	26	72	10	28	30	83	6	17
2019	34	86	5	14	31	80	8	20

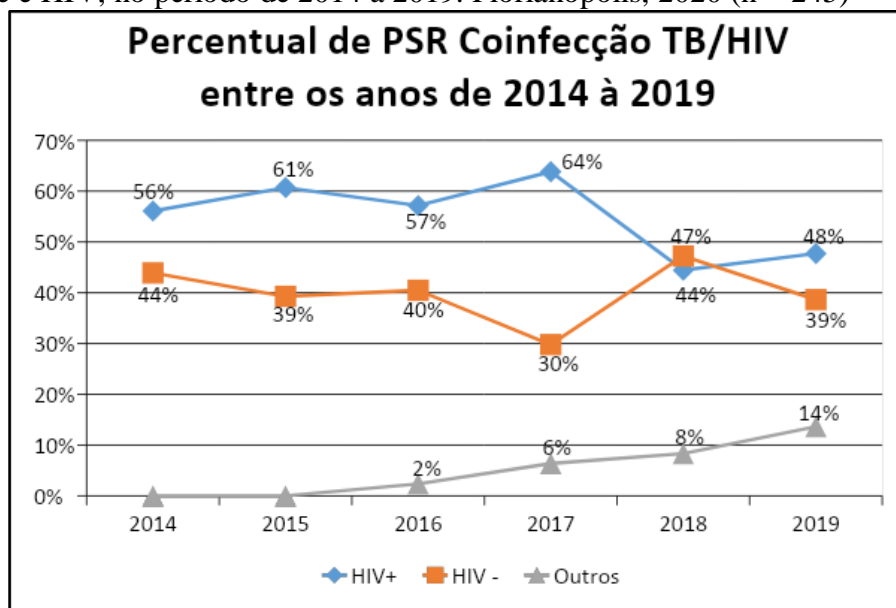
Fonte: autora (2020)

Com relação à faixa etária nota-se uma instabilidade ao longo dos anos. As maiores taxas de incidência apresentam-se entre 18 e 30 anos, com os maiores índices em 2014, 2017 e 2019. Em 2018, do número de casos notificados, 26 (72%) foram em indivíduos entre 18 e 30 anos, o menor percentual do período para essa faixa etária. Em relação à população entre 30 e 50 anos, o maior percentual de notificações ocorreu em 2015, com 10 (28%) casos registrados.

Quanto à escolaridade percebe-se que a maior proporção está naqueles que concluíram o ensino fundamental (1º ao 9º ano do ensino básico), mas não o ensino médio. Em 2017, 47 (14%) dos casos notificados foram em PSR e, destes 39 (83%) não possuíam ensino médio; já em 2019, segundo maior ano com notificação de TB em PSR (44 casos - 20%) percebe-se redução dessa porcentagem, com 31 (80%) casos notificados. O maior índice de notificações de PSR com ensino médio completo ocorreu em 2015, onde das 28 notificações, 9 (29%) correspondiam à essa parcela.

Uma outra característica identificada no estudo foi a coinfeção TB/HIV na PSR (Gráfico 2). Em 2017, o ano de maior notificação de TB em PSR, 64% também possuíam diagnóstico de HIV. Embora os índices continuem altos, percebe-se uma diminuição no percentual TB/HIV nos anos seguintes e, 2019 (segundo ano com maior número de casos de TB em PSR) teve uma queda na proporção: das 44 notificações, 21 registros (48%) tinham diagnóstico de HIV.

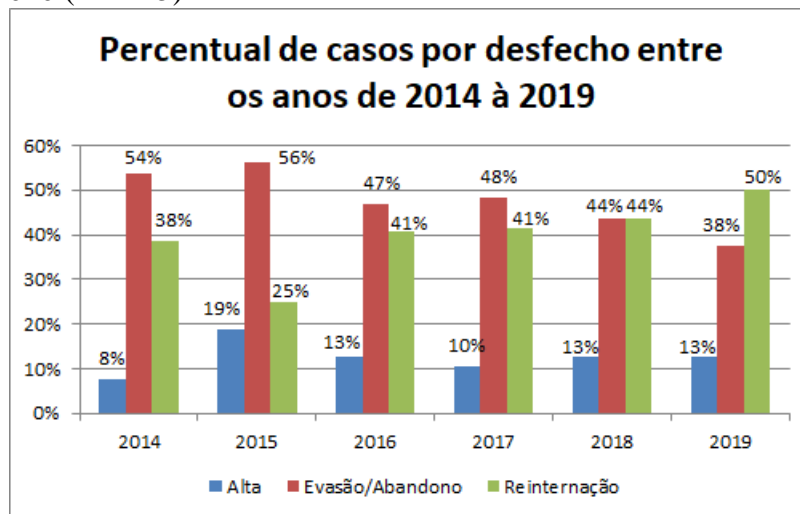
Gráfico 2 - Percentual de população em situação de rua com diagnóstico e coinfeção de Tuberculose e HIV, no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020 (n = 245)



Fonte: autora (2020)

Percebe-se que em 2018 o número de registros que não possuíam no diagnóstico a coinfeção TB/HIV foi maior que àqueles com coinfeção, totalizando 16 (47%) dos casos notificados; foi o único ano no período entre 2014 e 2019 em que isso ocorreu. Ainda, foi verificado que em algumas notificações não havia diagnósticos conclusivos de HIV, sendo classificados como outros (não realizado o teste ou teste em andamento - investigação) na ficha de notificação, não podendo classificar ou descartar a coinfeção.

Gráfico 3 - Desfecho do tratamento da população em situação de rua registrado nas fichas de notificações do SINAN por um hospital de referência do sul do Estado de Santa Catarina (%). Florianópolis, 2020 (n = 245)

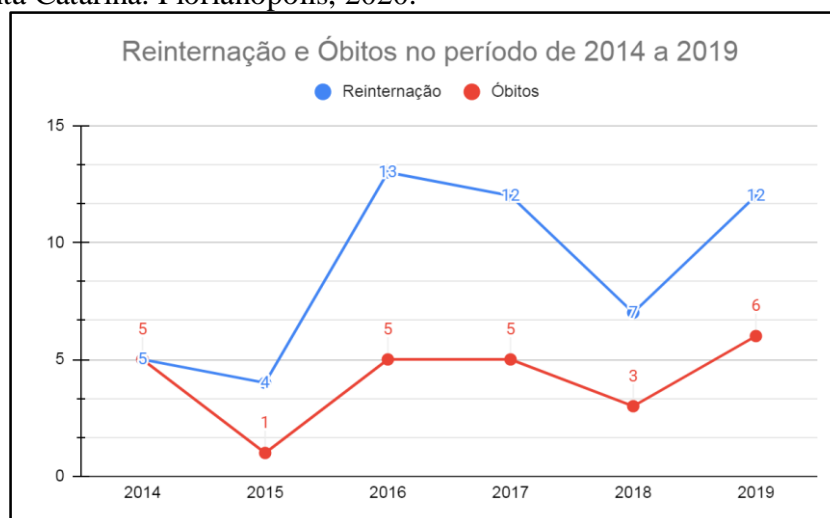


Fonte: autora (2020)

Em relação ao desfecho e seguimento dos casos internados (Gráfico 3), 2015 foi o ano em que mais ocorreu evasão/abandono do tratamento, com um percentual de 56% nos registros; ainda, foi o ano que teve maior percentual de alta por cura, totalizando 19% das notificações no ano. Em contrapartida, 2014 registrou o menor percentual de alta, com apenas 8% dos casos. Já em 2019, houve a maior porcentagem de reinternação por TB, totalizando 50% das notificações no ano.

Além das reinternações notificadas, também foi possível verificar o total de óbitos no período, por ano, conforme mostra o Gráfico 4.

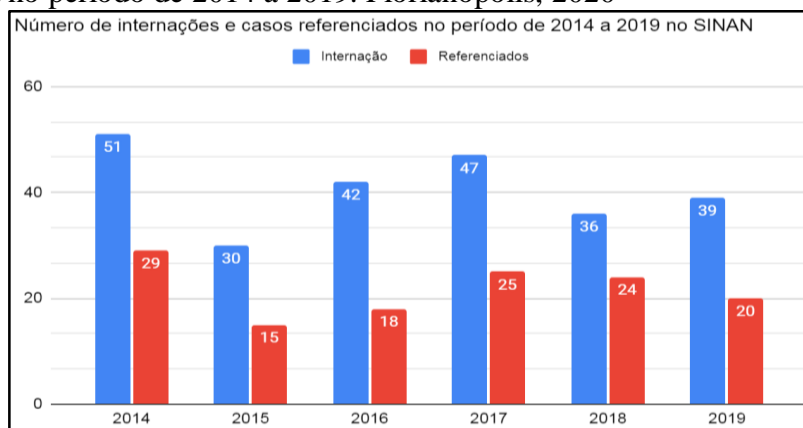
Gráfico 4 - Registro de reinternação e óbitos por Tuberculose em população em situação de rua notificados no SINAN no período de 2014 a 2019 em um hospital de referência no sul do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.



Fonte: autora (2020)

Ao que diz respeito ao percentual de reinternação e óbitos por TB notificados na instituição de pesquisa, percebe-se que em 2014 todos os casos de reinternação (n=5) foram à óbitos. Nota-se que nos anos subsequentes existe uma significativa mudança no percentual de incidência: em 2015 25% dos reinternados foram à óbito, resultando na menor percentagem reinternação/óbito no período estudado. Em contrapartida, 2019 registrou o maior percentual, com 50% de óbitos do total de reinternação.

Gráfico 5 - Número de internações e referenciados de casos de Tuberculose em população em situação de rua no período de 2014 a 2019. Florianópolis, 2020



Fonte: autora (2020)

O Gráfico 5 mostra a incidência dos casos de internação e de pacientes referenciados para a Unidade Básica de Saúde ou centros apoio entre os anos de 2014 e 2019. Em 2016 evidencia-se a menor proporção de pacientes referenciados quando comparados ao número de internação: apenas 46% foram referenciados. Já em 2018, 66% dos pacientes internados foram referenciados, apenas 12 usuários não deram continuidade ao tratamento.

Embora não tenha sido possível verificar o tempo médio de internação e os desfechos dos pacientes referenciados, averiguou-se nesse estudo a reincidência das internações na instituição hospitalar de referência, possibilitando a elaboração de hipóteses (Quadro 6) relacionadas a não adesão do tratamento da tuberculose em PSR.

Quadro 6 - Hipótese de fatores relacionados à não adesão ao tratamento da tuberculose por indivíduos vivendo em situação de rua

Falta de informação / compreensão sobre a doença e o tratamento
Uso de álcool e outras drogas
Vulnerabilidade social, econômica e cultural
Baixa escolaridade, faixa etária e sexo
Problemas inerentes aos medicamentos e à coinfeção tuberculose e HIV

Fonte: autora (2020)

DISCUSSÃO

A população em situação de rua (PSR) apresenta-se nas sociedades contemporâneas como uma realidade em vigência no Brasil e no exterior (VIEGAS, 2012; BRASIL, 2011; ANDRADE, COSTA, MARQUETTI, 2014). De acordo com Araújo e Tavares (2015, p.127), as identidades e representações para esta população são marcadas por uma relação dialética de inclusão/exclusão. Além disso, como fatores agravantes, os serviços públicos destinados a essas pessoas, com vistas a atender suas necessidades básicas, são por vezes, precários e deficientes, ajudando a reforçar ainda mais a invisibilidade delas (PINTO, 2013).

Atualmente existem diversas políticas públicas direcionadas para esse segmento, porém, cabe discutir o compromisso do Estado e municípios em estabelecer as ações que estão estabelecidos por leis e diretrizes. A principal legislação brasileira voltada para a atenção à essa população é a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), instituída em 2009 e consolidada por meio do Decreto Nº 7.053, com foco na intersetorialidade como uma estratégia de negociação permanente para o desenvolvimento de serviços, programas, projetos e benefícios que atendam aos direitos humanos da PSR nas diversas políticas públicas; assim, a Política forma uma rede que assegura a efetividade e a qualidade da atenção ofertada (BRASIL, 2009).

Além da universalidade, da igualdade e da equidade, essa Política tem como princípios o respeito à dignidade, à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e o respeito às condições sociais e diferenças de origem (raça, idade, nacionalidade, gênero) dentre outros princípios. O objetivo principal é garantir a assistência a essa população que vive em extrema vulnerabilidade: que vivem na rua e que possuem hábitos que causam, na maioria das vezes, danos irreparáveis à saúde (BRASIL, 2014).

Dessa forma, torna-se necessário uma análise mais ampla sobre essas pessoas, compreendendo sua trajetória de vida, como se organizam e se relacionam, quais são suas necessidades e vontades, histórias e memórias; o trabalho com esses indivíduos deve ser orientado por uma perspectiva crítica dessa realidade, buscando construir estratégias em unísono com eles (ANDRADE, COSTA, MARQUETTI, 2014).

Embora perceba-se a diminuição do número de incidência de internações por PSR no ano de 2019, esta redução não pode ser considerada significativa do ponto de vista da saúde, pois o número de óbitos em decorrência da doença aumentou. Tratando-se de pessoas em situação de rua, entende-se que o fator predominante das internações e reinternações seja social: o perfil de adoecimento dessa população pode ser visto, pela sociedade, como uma

situação comum. Ainda que se considere o entendimento de saúde por parte dos próprios indivíduos enquanto precário, há a busca pela sensibilização social e profissional (principalmente dos profissionais da saúde) quanto à esta condição, que por si só não é favorável aos que nela estão (BRASIL, 2014).

O diagnóstico precoce da tuberculose é uma das principais formas para conter o avanço da doença a nível social (BRASIL, 2017). Entretanto, embora ocorra o diagnóstico precoce (ou tardio) o tratamento torna-se a principal forma de diminuir a transmissibilidade da doença. Observa-se que a maior dificuldade encontrada relacionada à tuberculose em PSR é o tratamento correto (ALMEIDA, 2015), que engloba o conhecimento da doença, o uso correto do medicamento e o não abandono do tratamento (COSTA et al., 2014; FERREIRA et al., 2014; ALMEIDA, 2016).

Corroborando com o que traz a literatura, o estudo apontou que após o diagnóstico há quatro prováveis desfecho para o indivíduo: alta por cura, óbito, abandono do tratamento ou encaminhamento para alguma unidade da Rede de apoio (BRASIL, 2016; MACEDO, MACIEL, STRUCHINER, 2020). As altas por cura e os casos referenciados são considerados desfechos positivos, enquanto que os casos de óbito e de abandono do tratamento são considerados negativos.

O estudo apontou que 46% dos casos confirmados de TB no período de 2014 a 2019 foram referenciados para continuidade do tratamento junto à Rede de Apoio. A ficha notifica a Unidade de Federação de transferência e município de transferência para onde esses usuários são encaminhados para continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Preconiza-se que nesses casos ocorra um contato prévio por parte do núcleo de epidemiologia da instituição para referenciar esses pacientes e informar a unidade de saúde que acompanhará esse paciente até o final do tratamento da TB (BRASIL, 2014).

A rede de apoio é ampla e conta as unidades de Atenção Básica/Estratégias de Saúde da Família, Rede de atenção Psicossocial, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, dentre outros (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017). Entretanto, a carência de profissionais qualificados para atendimento à essa população e a falta de recursos vivenciados na atualidade pelo sistema de saúde são considerados negativos quando o objetivo é a adesão ao tratamento da TB pela PSR. Essas carências percebidas provocam uma série de situações que podem levar ao abandono do tratamento (SILVA, FRAZÃO, LINHARES, 2014; SILVEIRA, 2016).

O abandono do tratamento ocorre por diferentes razões: tempo prolongado do tratamento, efeitos adversos do medicamento, uso de substâncias entorpecentes (álcool e

outras drogas), falta de conhecimento acerca da doença e suas complicações, falta de perspectiva positiva para o futuro, etc (COSTA et al., 2014; CASSIANO, 2014; FERREIRA et al., 2014; ALMEIDA, 2015; SILVA, 2017; MONROE et al., 2018; MACEDO, MACIEL, STRUCHINER, 2020)

Entende-se que o seno de proteção desses indivíduos são baixo e que existe a possibilidade de autodestruição por motivos psicológicos (falta de perspectiva positiva para a vida). Ainda, as condições físicas de vida são precárias e a constante migração dificulta o acompanhamento contínuo pela equipe de saúde (VALENCIO et al., 2008; BRASIL, 2015; BARATA, 2015).

Frente ao exposto, as internações e reinternações por tuberculose constituem-se indicadores importantes para adequação e reestruturação de políticas públicas que atendem as pessoas que vivenciam a situação de rua, consideradas parte de um grupo de risco elevado para as doenças oportunistas como tuberculose. A adequação das práticas assistenciais possibilita qualificar e oferecer condições de acesso aos serviços de assistência à saúde, observando as necessidades, demandas e dignidade dessa população (ANDRADE, COSTA, MARQUETTI, 2014).

Apresenta-se a seguir os principais fatores relacionados à não adesão ao tratamento da tuberculose pela PSR; e a importância da sua manutenção para a melhoria da qualidade da assistência prestada à essa parcela da população.

A falta de informação do paciente sobre a doença

A adesão ao tratamento de uma doença depende de seu conhecimento sobre a patologia, tempo de duração, importância da regularidade no uso das medicações e do seu conhecimento sobre as consequências ocasionadas pela interrupção do tratamento (COSTA et al., 2014). O estudo trouxe que grande parte da PSR não possui Ensino Médio completo, tendo estudado apenas até o Ensino Fundamental Básico (78,99%); assim, a capacidade de entendimento referente às condições complexas de saúde pode ser falha mesmo diante da explicação por algum profissional da saúde.

Ainda, a adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito a influências de múltiplos fatores que afetam diretamente o indivíduo. Esses fatores estão relacionados às condições socioeconômicas, à doença, à terapêutica, à relação dos profissionais de saúde com a pessoa, bem como à própria pessoa (FILHO et al., 2013).

Silva (2017), reforça que é necessário conhecer a reação do sujeito doente em relação ao seu próprio quadro. Tal reação diz respeito à construção de um sentido para a situação

existencial durante o período do tratamento. O comportamento no processo de cura deve ser valorizado na consecução da integralidade do tratamento, a partir do entendimento do indivíduo em relação à sua doença e necessidade de cura.

O uso de álcool e outras drogas

O consumo de drogas ilícitas, álcool e tabaco associado à TB representa um grande desafio para a saúde global, pois cria uma vulnerabilidade social que dificulta o controle da doença. Além da interação nociva destas substâncias com o organismo, seu uso compromete a capacidade do indivíduo de compreensão sobre a importância do tratamento e dificulta a atuação dos profissionais de saúde quanto a sensibilização do indivíduo para o tratamento (SOUZA, 2016).

Segundo SILVA (2017), o alcoolismo associado à tuberculose pode interferir de maneira significativa no abandono do tratamento; Característica esta que serve de alerta e impõe à assistência prestada uma ótica diferenciada porque o alcoolismo é um dos fatores que predispõe o regime terapêutico à resultados desfavoráveis, tornando o indivíduo mais vulnerável a comprometer e abandonar o tratamento em função da bebida. Ainda, o uso concomitante de medicação e álcool inibe os efeitos dos remédios, comprometendo o tratamento e aumentando o risco de intolerância à medicação (SOARES, 2014).

Além disso, o uso de drogas ilícitas é um dos principais responsáveis pelo abandono do tratamento de TB, potencializado por aspectos sociodemográficos, relacionados aos serviços de saúde e ao tratamento da doença, comorbidades e o cuidado com a saúde em geral (CASSIANO, 2014; SILVA, 2017).

Em relação às drogas ilícitas, o crack se destaca por ser uma droga ampla e rapidamente difundida, de baixo custo, que atinge todas as classes sociais e faixas etárias. Há uma íntima relação entre a pobreza e a vulnerabilidade ao uso de crack, por seu menor custo e efeito quase instantâneo. Sua relação com a TB se deve ao fato de o baixo poder aquisitivo privar as pessoas de condições dignas de habitação e de vida, levando-as a viver em áreas de infraestrutura urbana precária, aglomeradas em pequenos espaços, tornando-se mais vulneráveis à contaminação. Além, a redução dos níveis de consciência causada pelo uso desta substância, aliada aos efeitos colaterais da medicação antituberculosa, dificultam o tratamento dos doentes de TB usuários de crack (COUTO, CARVALHO, 2014; SILVA, FARO, 2016; HALPERN, SCHERER, 2017).

Segundo Araújo (2017), os usuários de drogas ilícitas apresentam dificuldade de reconhecer os sintomas tradicionais da doença, como tosse e expectoração; mesmo após o

diagnóstico, apresentam-se tardiamente nos serviços de saúde, para iniciar o tratamento e têm a tendência de não aderir ao tratamento e esconder a doença de seus pares, por medo de serem abandonados e proibidos de compartilhar drogas.

Além do alcoolismo e das drogas ilícitas, o tabagismo também ocupa espaço importante na manutenção da cadeia de transmissão da TB: de acordo com a OMS, o tabagismo aumenta em mais de 2,5 vezes o risco de adquirir tuberculose (WHO, 2014). Também aumenta o risco da tuberculose de infecção latente (TBIL), da progressão da TB ativa, de atraso e negativação do exame de escarro, reduz a adesão ao tratamento, aumenta a recidiva e contribui para a multirresistência (NOVOTNY, HENDRICKSON, 2017).

Portanto as drogas ilícitas, álcool, tabaco, representam, um grande obstáculo para o controle da TB, pois os usuários apresentam comportamento vulnerável, não fazem uso correto da medicação, não se alimentam bem e não seguem as orientações do tratamento proposto, aumentando o risco de insucesso do tratamento e favorecendo a transmissão do bacilo, em nível familiar, social e comunitário (CASSIANO, 2014).

Vulnerabilidade social, econômica, demográfica e cultural

Existe uma relação entre o perfil sociodemográfico e o abandono do tratamento da tuberculose. A grande proporção de pacientes sem moradia associada à pobreza e com circunstâncias sociais desfavoráveis sugere que a falta de acesso rotineiro aos cuidados de saúde contribui para o aumento dos casos de TB (LINDNER, 2016; MINDRA et al, 2017). A carência de apoio social contribui para que o portador de tuberculose abandone o tratamento, pois grande parte dessa população não possui família nuclear, sofre isolamento ou tem pouco apoio familiar (CHIRINOS et al., 2015).

Segundo Oliveira (2015), os aspectos culturais, comportamentais e sociais dos sujeitos com TB também influenciam no retardo do diagnóstico e na adesão ao tratamento. A prática cultural da automedicação contribui para uma busca tardia do serviço de saúde e, conseqüentemente, retarda o diagnóstico, agravando os casos. Ainda, no estudo percebeu-se a prevalência da doença no sexo masculino (78,57%), relacionado às diferenças culturais no desempenho de papéis entre os sexos, que engloba, entre outros, a procura limitada pelos serviços de saúde por parte dos homens (FIORI, 2016).

A escolaridade, sexo, faixa etária

Durante a pesquisa notou-se a predominância de adultos jovens (80,7%), do sexo masculino (78,6%), que estudaram apenas até o Ensino Fundamental Básico (78,9%).

Segundo Fiori (2016), a prevalência de casos de TB entre homens é comum em todas as faixas etárias; isso ocorre devido à maior exposição dos homens a fatores de risco para a TB, como descaso pela saúde e conseqüentemente menor procura pela assistência em saúde e uso de drogas.

A baixa escolaridade e o analfabetismo, juntos, perfazem 85% dos casos, e apresentam-se associados ao abandono do tratamento. A escolaridade tem sido apontada como o melhor dentre os indicadores utilizados para mensurar o nível socioeconômico, justamente por ser fácil de ser obtido e ter uma grande importância como determinante de saúde, manifestando-se na percepção e capacidade de entendimento das informações e problemas de saúde; adoção de estilo de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos (SILVA et al., 2014). Ainda, Araújo (2017) relata que esta condição exige maior atenção dos profissionais da saúde com o doente de TB em tratamento, pois a baixa escolaridade é um indicador de vulnerabilidade social, que contribui para o retardo do diagnóstico, não aceitação da doença e baixa adesão ao tratamento.

Nessa perspectiva, o baixo nível de escolaridade é o reflexo de um conjunto de condições socioeconômicas precárias, que aumentam a vulnerabilidade à tuberculose e estão diretamente associados à fraca adesão e resultados negativos ao tratamento da tuberculose (SILVA et al., 2014).

Problemas inerentes aos medicamentos e a Coinfecção TB/HIV

O abandono ao tratamento pode ser apontado como fator importante que afeta a efetividade e, conseqüentemente, o controle da TB no Brasil; e as reações adversas ocasionadas pela medicação contribuem para que ocorra o abandono ao tratamento da TB (FERREIRA et al., 2014).

Chirinos (2015) diz que quase todas as pessoas que vivenciaram o tratamento dessa doença sofreram os efeitos colaterais dos medicamentos (dor e ardor no estômago, náuseas, vômitos e dor generalizada em todo o corpo). Segundo o autor, os sintomas e sinais gerados pelos efeitos colaterais da medicação, sentidos pelas pessoas com tuberculose, parecem ser mais fortes do que sintomas da doença, o que estimula as pessoas a abandonarem o tratamento (CHIRINOS, 2015).

Esses efeitos colaterais também contribuem para a não adesão do tratamento por parte da PSR. O uso de drogas intensifica os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados para a TB, levando à crença de que o tratamento não está fazendo efeito e/ou a doença está

agravando com o uso do medicamento, o que contribui para que o abandono e retratamentos por parte dessa população sejam frequentes.

Segundo ALMEIDA (2015), os pacientes coinfetados precisam ser tratados de forma ainda mais cautelosa, considerando todas as questões imunológicas envolvidas, que afetam o seu prognóstico quando tratados inadequadamente.

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) representa um grande desafio para o controle da TB em todo o mundo. Pessoas vivendo com Aids são 26 vezes mais suscetíveis a desenvolver TB quando comparadas a pessoas imunocompetentes (WHO, 2015). O estudo desenvolvido revelou que mais da metade das fichas de notificações analisadas (55%) possuíam o diagnóstico de coinfeção TB/HIV. Os dados são corroborados por estudos realizados mundialmente: em 2014, 1,2 milhões (12%) das 9,6 milhões de pessoas que desenvolveram TB também tinham HIV no mundo; no Brasil, a incidência estimada de casos de TB e HIV positivo foi de 16% (WHO, 2015).

A associação TB/HIV eleva a probabilidade de morte das pessoas acometidas, uma vez que, na situação de coinfeção TB/HIV, ocorre uma modificação mútua da evolução de cada infecção e, conseqüentemente, das doenças resultantes, o que se revela como complicações do quadro clínico, respostas diferenciadas às terapias medicamentosas e prognósticos incertos ou desfavoráveis. Diante disso, o diagnóstico precoce da coinfeção TB/HIV é fundamental para as ações direcionadas à vinculação dos indivíduos aos serviços de saúde, a fim de melhorar a adesão ao tratamento de ambas as infecções e alcançar um melhor prognóstico para a pessoa com a coinfeção (BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

Muitos são os desafios enfrentados pelas pessoas em situação de rua na manutenção da saúde e no tratamento da tuberculose. Mesmo diante das políticas públicas direcionadas para essa população, o abandono frequente é um grande desafio para os gestores públicos da atualidade.

Diante dos dados, nota-se que os homens jovens, de baixa escolaridade são os mais acometidos pela doença, e são também os que menos procuram atendimento e dão continuidade ao tratamento. Isso está intimamente relacionado a fatores sociodemográficos, econômicos e sociais vivenciados pelas pessoas em situação de rua, que vivenciam um estigma imposto pela sociedade no seu dia-a-dia.

A coinfeção TB/HIV é uma variável que teve índices elevados ao longo dos anos observados, sendo considerado um agravante para o tratamento da tuberculose, pois o fator

importante relacionado a imunidade pode retardar o diagnóstico e adesão do tratamento da doença.

Apesar do índice de referenciados serem elevados, essa reinternação frequente pode ser indicativo das fragilidades das redes de referência e unidades de saúde no acompanhamento desses pacientes que não aderiram ao tratamento da tuberculose. Para que ocorra uma redução nas taxas de abandono da TB é importante que as barreiras existentes sejam trabalhadas pelo sujeito e pelos responsáveis pelo cuidado, a fim de superá-las em conjunto, redirecionando e criando novas estratégias para diminuir as taxas de abandono, reduzindo a incidência da doença, aumentando as chances de cura e a não disseminação da TB.

Por fim, para que as estratégias atuais sejam efetivas no tratamento da TB na PSR, é importante conhecer o sujeito, as redes de apoio, unidades de saúde, as fragilidades do sistema, a fim de proporcionar uma assistência adequada para que o sujeito possa dar continuidade e finalização no tratamento da tuberculose, contribuindo assim para a erradicação da doença no meio onde vive. Ainda, devido à relevância epidemiológica da tuberculose em pacientes em situação de rua na atualidade, reforça-se a necessidade de mais estudos que aprofundem o conhecimento sobre os fatores associados ao abandono, as reinternações frequentes e a falta de adesão ao tratamento da tuberculose por essa população.

REFERÊNCIAS

ALECRIM, Tatiana Ferraz de Araújo *et al.* Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 808-815, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>. Acesso em: 10 set. 2020

ANDRADE, Luana Padilha. COSTA, Samira Lima da. MARQUETTI, Fernanda Cristina. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1248-61, 2014. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400011. Acesso em: 13 jul. 2020

ARAUJO, Adson Silva. VIEIRA, Silmara Santo. LUCENA JUNIOR, Bernardo. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento da tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, p. 18-23, 2017. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/585>. Acesso em 15 ago.2020.

ARAÚJO, Paulo Thiago de. TAVARES, Marcelo Góes. População em situação de rua: identidade social e a dialética da inclusão/exclusão. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v.

2, n.3, p. 113-131, 2015. Disponível em:
<https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/2081>. Acesso em: 23 out. 2020

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, v. 24, supl. 1, p. 219-232, 2015. DOI: 10.1590/s0104-12902015s01019. Acesso em: 02 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua**. Ministério da Saúde, Brasília, 2016, 48 p. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wpcontent/uploads/2016/11/Adesao_tuberculose_web.pdf. Acesso em 06 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2015**. Ministério da Saúde, Brasília, v. 46, n. 9, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 07 jun.2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico - Coinfecção TB-HIV no Brasil: panorama epidemiológico e atividades colaborativas**. Ministério da Saúde, Brasília, p. 3-14, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

CASSIANO Janete Galvão Martins. **Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas: entre a cura e o abandono**, 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9093>. Acesso em 08 de agosto 2020.

COSTA, Ronaldo Rodrigues da. SILVA, Márcio Roberto. GONÇALVES, Izabel Cristina. Diagnóstico laboratorial de tuberculose: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28, supl. 5, p. e-S280525, 2018.

FIORI, Nadia Spada *et al.* Prevalência e fatores associados ao tabagismo em fumicultores do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 32, v. 7, e00123115, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00123115. Acesso em 10 ago.2020.

MACEDO, Laylla Ribeiro. MACIEL, Ethel Leonor Noia. STRUCHINER, Claudio José. Populações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, [internet], 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/populacoes-vulneraveis-e-o-desfecho-dos-casos-de-tuberculose-no-brasil/17739?id=17739>. Acesso em: 18 out. 2020

MONROE, Aline Aparecida *et al.* O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e-3095, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100397&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2020.

NOVOTNY, Thomas *et al.* HIV/AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma sindemia que exige intervenções integradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Brasília, n.33, Sup. 3, e00124215, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00124215>. Acesso em: 06 set. 2020

OLIVEIRA, Luana Carla Santana *et al.* The discourse of individuals on feelings associated with coping with tuberculosis. **Rev eletrônica enferm** [online], v. 17, n.1, 2015, p. 12-20. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/24523>. Acesso em 08 ago. 2020.

PINTO, Regina Maria Prado. Perambulando pelas ruas: uma reflexão sobre a (in)visibilidade da população em situação de rua em Maracanaú. IV Seminário CETROS, Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social. UECE, Fortaleza-Ce, 2013.

SILVA, Felicialle Pereira da. FRAZÃO, Iracema da Silva. LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, abr, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000400805&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 ago. 2020.

SILVA, Kelly de Oliveira Galvão da *et al.* Análise das metas de controle da tuberculose no Brasil: uma revisão narrativa.: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 5, p. 01-10, 2 abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3063.2020>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SILVA, Rosiane Davina da. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. **BMC Public Health**, [online], v. 17, n. 725, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4752-3?site=bmcpublikealth.biomedcentral.com>. Acesso em 11 jul. 2020.

SOUSA, Luciana de Oliveira *et al.* Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 69, v. 6, p. 1154-63, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0330>. Acesso em 02 ago. 2020.

WHO, World Health Organization. **WHA approves post-2015 global TB strategy and targets**. WHO, Geneva, 2014. Disponível em: http://who.int/tb/features_archive/globaltb_strategy/en/. Acesso em: 14 de mai. de 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou o seu objetivo ao avaliar os principais fatores relacionados à não adesão ao tratamento da tuberculose pela população em situação de rua. Com base nos dados analisados, observou-se que as variantes de vulnerabilidade socioeconômicas e culturais são os principais fatores relacionados ao abandono do tratamento. Ainda, foi possível verificar o perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua com diagnóstico de tuberculose e o desfecho do tratamento proposto.

Por ser baseado em fichas de notificação, os dados coletados dependem da interpretação secundária de uma ficha com informações pré-determinadas. A impossibilidade de ter acesso às informações adicionais do caso em prontuários gerou limitações no estudo; ainda, a ocorrência de registros sem encerramento ou encerrados por transferência, e a não atualização das variáveis relacionadas a exames laboratoriais que permanecem em andamento, resultam em limitações durante a coleta de dados. Com isso, a análise dos dados foi reduzida, o que pode significar uma não fidedignidade dos resultados encontrados.

Nesta perspectiva, faz-se necessários novos estudos capazes de verificar com maior fidedignidade os determinantes de vulnerabilidade social, e o quão esses determinantes tornam-se obstáculos maiores a cada dia para a eliminação da tuberculose, contribuindo para a continuação da sua ocorrência elevada na população em situação de rua.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Maria Magalhães. IRIART, Jorge Alberto Bernstein. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115–124, jan. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 mar. 2020.
- ALECRIM, Tatiana Ferraz de Araújo. **A rua que acolhe, a rua que cura**: equipe de Consultório na Rua como estratégia para atenção à pessoa com tuberculose. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7686/DissTFAA.pdf>. Acesso em 19 ago. 2020
- ALECRIM, Tatiana Ferraz de Araújo *et al.* Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 808-815, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600014>. Acesso em: 10 set. 2020
- ALVES FILHO, Pedro; PELLEGRINI FILHO, Alberto; RIBEIRO, Patrícia Tavares. Desigualdades socioespaciais relacionadas à tuberculose no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 20, p.559-572, dez. 2017. DOI: 10.1590/1980-5497201700040001. Acesso em: 20 abr.2019.
- ANDRADE, Luana Padilha. COSTA, Samira Lima da. MARQUETTI, Fernanda Cristina. A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1248-61, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902014000400011. Acesso em: 13 jul. 2020
- ANTUNES, Clara Maria Conde. ROSA, Anderson Silva. BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. From the stigmatizing disease to resignification of living on the streets. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [Internet], v. 18, e1150, 2016. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yx9jn>. Acesso em: 20 mar.2020.
- ARAÚJO, Adson Silva. VIEIRA, Silmara Santo. LUCENA JUNIOR, Bernardo. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento da tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 6, p. 18-23, 2017. Disponível em: <https://www.uninter.com/cadernosuninter/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/585>. Acesso em 15 ago.2020.
- ARAÚJO, Paulo Thiago de. TAVARES, Marcelo Góes. População em situação de rua: identidade social e a dialética da inclusão/exclusão. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n.3, p. 113-131, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/2081>. Acesso em: 23 out. 2020
- ARGILES, Mariglei dos Santos. **População adulta em situação de rua**: da invisibilidade social ao direito a ter direitos. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Políticas Sociais. Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2012.

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, v. 24, supl. 1, p. 219-232, 2015. DOI: 10.1590/s0104-12902015s01019. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família**. Ministério da Saúde: 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1998. Acesso em: 08 jun. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Sumário Executivo. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/institucional/secretarias/secretariade-avaliacao-e-gestao-da-informacao-sagi/pesquisas>. Acesso em: 28 fev. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua**. Ministério da Saúde, Brasília, 2016, 48 p. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wpcontent/uploads/2016/11/Adesao_tuberculose_web.pdf. Acesso em 06 jun. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 2015**. Ministério da Saúde, Brasília, v. 46, n. 9, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em: 07 jun.2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de Saúde Pública**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico - **Coinfecção TB-HIV no Brasil: panorama epidemiológico e atividades colaborativas**. Ministério da Saúde, Brasília, p. 3-14, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Controle da Tuberculose em Santa Catarina, Avanços e Desafios**. DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Santa Catarina 2016. Disponível em: http://dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses/publicacoes/Informativo_Tuberculose.pdf. Acesso em: 27 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf. Acesso em: 06 jun. 2020.

_____. **População em situação de rua**. Coleção Caravana de Educação em Direitos Humanos. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República — SDH/PR e Faculdade Latino-americana de Ciências Sociais — Flacso, Brasil, 2015.

_____. Presidência da República. **Política Nacional para População em Situação de Rua**. Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Brasília, 2009.

CANÔNICO, Rhavana Pilz *et al.* Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p.799-803, dez. 2007. DOI: 10.1590/s0080-62342007000500010. Acesso em 12 jan. 2019.

CASSIANO Janete Galvão Martins. **Tuberculose pulmonar e o uso de drogas ilícitas: entre a cura e o abandono**, 2014. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/9093>. Acesso em 08 de agosto 2020.

COSTA, Ronaldo Rodrigues da. SILVA, Márcio Roberto. GONÇALVES, Izabel Cristina. Diagnóstico laboratorial de tuberculose: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 28, supl. 5, p. e-S280525, 2018.

EL KAMEL, Ali *et al.* La lutte antituberculeuse dans le mond. **Revue de Pneumologie Clinique**, v. 71, p. 181-87, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2014.03.004>. Acesso em: 13 mar. 2020

FIORI, Nadia Spada *et al.* Prevalência e fatores associados ao tabagismo em fumicultores do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 32, v. 7, e00123115, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00123115. Acesso em 10 ago.2020.

FLORIANÓPOLIS. **Diagnóstico social participativo da população em situação de rua na grande Florianópolis**. ICOM e MNPR. Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://www.icomfloripa.org.br/wp-content/uploads/2017/07/Diagn%C3%B3stico-Social->

Participativo-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-na-Grande-Florian%C3%B3polis.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

FLORIANÓPOLIS. **Floripa social**: projeto de atendimento integrado às pessoas em situação de rua. 2018. Florianópolis. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Projeto_Floripa_Social_Pessoas_em_Situacao_de_Rua.pdf. Acesso em: 19 mar. 2020.

GALLO, Luciana Guerra. **Modelo de atenção à saúde de adultos em situação de rua com tuberculose pulmonar no Distrito Federal**. 2016. 274 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Núcleo de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, 2016.

LINDNER, L.C. “Dando uma moral” Moralidades, prazeres e poderes no caminho da cura da tuberculose na população em situação de rua do município de São Paulo. Universidade de São Paulo; 2016.

MACEDO, Laylla Ribeiro. MACIEL, Ethel Leonor Noia. STRUCHINER, Claudio José. Populações vulneráveis e o desfecho dos casos de tuberculose no Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, [internet], 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/populacoes-vulneraveis-e-o-desfecho-dos-casos-de-tuberculose-no-brasil/17739?id=17739>. Acesso em: 18 out. 2020

MENDES, Kíssila Teixeira; RONZANI, Telmo Mota; PAIVA, Fernando Santana de. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, VULNERABILIDADES E DROGAS: uma revisão sistemática. **Psicologia & Sociedade**, [online], v. 31, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>. Acesso em: 19 de abr.2020.

MONROE, Aline Aparecida *et al.* O controle da tuberculose na ótica de profissionais do Consultório na Rua. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e-3095, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100397&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2020.

MOSS, Andrew *et al.* Tuberculosis in the Homeless. **American Journal Of Respiratory and Critical Care Medicine**, [online], v. 162, n. 2, p.460-464, ago. 2000. DOI: 10.1164/ajrccm.162.2.9910055. Acesso em 15 mar.2019.

NOVOTNY, Thomas *et al.* HIV/AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma sindemia que exige intervenções integradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Brasília, n.33, Sup. 3, e00124215, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00124215>. Acesso em: 06 set. 2020

OLIVEIRA, Gabriela Melo de PETRONI, Tatiane Ferreira. Avaliação de Indicadores epidemiológicos da Tuberculose no Brasil. **Revista Saúde UniToledo**, [online], v. 1, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.toledo.br/index.php/saude/article/view/2443#:~:text=No%20Brasil%2C%20houve%20uma%20redu%C3%A7%C3%A3o,resistentes%20e%20multirresistentes%20%C3%A0s%20drogas>. Acesso em: 20 abr. 2019.

OLIVEIRA, Luana Carla Santana *et al.* The discourse of individuals on feelings associated with coping with tuberculosis. **Rev eletrônica enferm** [online], v. 17, n.1, 2015, p. 12-20. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/24523>. Acesso em 08 ago. 2020.

OLIVEIRA, Nathália França de. GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Fatores sociais e ambientais associados à hospitalização de pacientes com tuberculose. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 507-514, 2013. DOI: 10.1590/S0104-11692013000200006. Acesso em: 13 out. 2020

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento *et al.* Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. **Ciência e Saúde Coletiva**, [Internet], v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/en_1413-8123-csc-21-08-2595.pdf. Acesso em 22 mar. 2020.

PAULA, Hermes Candido de *et al.* A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, Sup. 6, p. 2843-47, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0616>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PINTO, Regina Maria Prado. Perambulando pelas ruas: uma reflexão sobre a (in)visibilidade da população em situação de rua em Maracanaú. IV Seminário CETROS, Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social. UECE, Fortaleza-Ce, 2013.

RODRIGUES, Isabela Cristina *et al.* Recidiva da Tuberculose: fatores associados em um Grupo de Vigilância Epidemiológica de São Paulo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [internet], v. 19, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42694#:~:text=Foram%20encontrados%20dois%20fatores%20associados,a%20qualidade%20da%20assist%C3%Aancia%20prestada>. Acesso em 08. Ago. 2020.

ROOS, Cristine Moraes. **Se esta rua fosse minha... caminhos rizomáticos de um Consultório de Rua**. 2014. 109 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2014.

ROSEMBERG, José. Tuberculose: aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 5- 29, 1999. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-460X1999000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 jan.2019.

SANTOS JÚNIOR, Gilberto Menezes; SANTOS, Diego Oliveira; GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes; BISPO, Tânia Christiane Ferreira. TUBERCULOSE: adesão ao tratamento e os fatores que desencadeiam em abandono. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 284-292, nov. 2016. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i2.1041>. Acesso em 23 set. 2020.

SARMENTO, Rosana Souza de Moraes. **A assistência social à população em situação de rua: um estudo na cidade de Florianópolis/SC**. 2015. 279 f. Tese (Doutorado) - Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

SILVA, Denise Rossato *et al.* Características clínicas e evolução de pacientes imunocomprometidos não HIV com diagnóstico intra-hospitalar de tuberculose. **Jornal**

Brasileiro de Pneumologia, [s.l.], v. 36, n. 4, p. 475-484, ago. 2010. DOI: 10.1590/s1806-37132010000400013. Acesso em 25 abr. 2020.

SILVA, Felicialle Pereira da. FRAZÃO, Iracema da Silva. LINHARES, Francisca Márcia Pereira. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-814, abr, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000400805&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 ago. 2020.

SILVA, Kelly de Oliveira Galvão da *et al.* Análise das metas de controle da tuberculose no Brasil: uma revisão narrativa.: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 5, p. 01-10, 2 abr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3063.2020>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SILVA, Rosiane Davina da. Patients' perception regarding the influence of individual and social vulnerabilities on the adherence to tuberculosis treatment: a qualitative study. **BMC Public Health**, [online], v. 17, n. 725, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-017-4752-3?site=bmcpublikealth.biomedcentral.com>. Acesso em 11 jul. 2020.

SILVA, Vangie Dias da. MELLO, Fernanda Carvalho de Queiroz. FIGUEIREDO, Sonia Catarina de Abreu. Estimativas das taxas de recidiva, cura e abandono de tratamento em pacientes com tuberculose pulmonar tratados com esquema de dose fixa combinada de quatro drogas em uma unidade de saúde terciária na cidade do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 113-120, 2017. DOI: 10.1590/s1806-37562016000000204. Acesso em 08 ago. 2020.

SOUSA, Luciana de Oliveira *et al.* Terapia de curta duração da tuberculose: uma análise discursiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 69, v. 6, p. 1154-63, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0330>. Acesso em 02 ago. 2020.

TRINO, Alexandre Teixeira. MACHADO, Marcelo Pedra Martins. RODRIGUES, Rosana Ballesterio. **Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua**. In: Teixeira M, Fonseca Z, organizadores. *Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde - cuidado à população em situação de rua e a usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Editora Hucitec; 2015, pg 27-44.

UN. United Nations. Report of the Special Rapporteur on adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and on the right to non-discrimination in this context. United Nations: Geneve, 2015.

UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. **Instrução Normativa Para Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Curso de Enfermagem**. Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://enfermagem.ufsc.br/instrucoes-normativas/>. Acesso em: 09 jun. 2019.

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, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56–69, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>. Acesso em: 13 jun. 2020.

VARGAS, Everson Rach. MACERATA, Iacã. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Rev Panam Salud Publica**, [online], v. 42, e1702018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.170>. Acesso em 27 set. 2020.

WHO, World Health Organization. **Global tuberculosis report 2017**. WHO, Geneva, 2017.

WHO, World Health Organization. **Global tuberculosis report 2018**. WHO, Geneva, 2018.

WHO, World Health Organization. **Global tuberculosis report 2019**. WHO, Geneva, 2019.

WHO, World Health Organization. **Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management**. Geneva, 2018.

WHO, World Health Organization. **WHA approves post-2015 global TB strategy and targets**. WHO, Geneva, 2014. Disponível em: http://who.int/tb/features_archive/globaltb_strategy/en/. Acesso em: 14 de mai. de 2019.

WIJK, Lívia Bustamante Van. MANGIA, Elisabete Ferreira. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, dez. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711511. Acesso em: 17 out. 2020.

ZENNER, D. et al. Active case finding for tuberculosis among high-risk groups in low incidence countries. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, Paris, v. 17 n. 5 p. 573-582, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23575321/>. Acesso em: 30 jun. 2020

ANEXO A - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN):
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº					
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE									
<p>TUBERCULOSE PULMONAR: 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. TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: Paciente com evidências clínicas, achados laboratoriais, inclusive histopatológicos, compatíveis com tuberculose extrapulmonar ativa, ou pacientes com pelo menos uma cultura positiva para <i>M. tuberculosis</i> de material proveniente de localização extrapulmonar.</p>									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		3	Data da Notificação				
	TUBERCULOSE		Código (CID10)	A 16.9					
	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	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - idade gestacional/ ignorado 5 - Não 6 - Não se aplica	13	Raça/Cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarela 4 - Pardo 5 - Indígena 6 - Ignorado
	14	Escolaridade 1 - Realizado 2-1ª a 4ª série incompleta do EF (ensino primário ou 1º grau) 3-4ª série completa do EF (ensino primário ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (ensino ginsêo ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (ensino colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (ensino colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica							
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe				
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência		27	CEP	
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado		30	Pais (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso								
	Antecedentes Epidemiológicos	31	Número do Prontuário		32	Ocupação			
33		Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência			34	Institucionalizado 1 - Não 2 - Presídio 3 - Asilo 4 - Orfanato 5 - Hospital Psiquiátrico 6 - Outro 9 - Ignorado			
Dados Clínicos	35	Rato X do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado			36	Teste Tuberculínico 1 - Não Reator 2 - Reator Fraco 3 - Reator Forte 4 - Não Realizado			
	37	Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		38	Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perif. 3 - Genitourinária 4 - Ossea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra				
	39	Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					<input type="checkbox"/> Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Outras		
Dados de Laboratório	40	Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1ª amostra 1 - Positiva 2 - Negativa 2ª amostra 3 - Não Realizada		41	Baciloscopia de Outro Material 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada		42	Cultura de Escarro 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada	
	43	Cultura de Outro Material 1 - Positiva 3 - Em Andamento 2 - Negativa 4 - Não Realizada		44	Hiv 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		45	Histopatologia 1 - Baar Positivo 4 - Em Andamento 2 - Sugestivo de TB 5 - Não Realizado 3 - Não Sugestivo de TB	
	46	Data de Início do Tratamento Atual 1 - Sim 2 - Não		47	Drogas <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Isoniazida <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etionamida <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Estreptomicona <input type="checkbox"/> Outras				
Tratamento	48	Indicado para Tratamento Supervisionado (TS/DOIS)? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		49	Número de Contatos Registrados		50	Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Investigador	Município/Unidade de Saúde					Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome			Função		Assinatura			
	Tuberculose			Sinan NET		SVS 18/05/2006			

TELA DE ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE

48	UF	49 Município de Notificação Atual	Código (IBGE)	50	Nº Notificação Atual
51	Data da Notificação Atual		52	Unidade de Saúde Atual	
53	UF	54 Município de Residência Atual	Código (IBGE)	55	CEP
56	Distrito de Residência Atual		57	Bairro de Residência Atual	
58	Baciloscopias de acompanhamento (escarro) 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 4 - Não se aplica				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					6º mês Após 6º mês
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Número do prontuário atual		60	Tratamento Diretamente Observado (TDO) realizado	
				<input type="checkbox"/>	61 Total de contatos examinados
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
62	Situação de Encerramento				
	1 - Cura 2 - Abandono 3 - Óbito por TB 4 - Óbito por outras causas 5 - Transferência 6 - Mudança de Diagnóstico 7 - TB-DR				
	8 - Mudança de esquema 9 - Falência 10 - Abandono Primário				
63	Se transferência				
	1 - Mesmo município 2 - Município diferente (mesma UF) 3 - UF diferente 4 - País diferente 9 - Ignorado				
64	UF de transferência	65	Município de transferência	66	Data de Encerramento

ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À PREVALÊNCIA DA REINFECÇÃO DA TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL

Pesquisador: CRISTINE MORAES ROOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17714719.9.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.582.212

Apresentação do Projeto:

Estudo retrospectivo, analítico, descritivo/quantitativo de coleta de dados envolvendo a Instituição, o Núcleo Hospitalar, o Núcleo de Epidemiologia (NHE) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Será analisado o período entre 2014 e 2019 para os indicadores epidemiológicos.

Critério de Inclusão:

Dados de:

- Pacientes com idade superior a 18 anos;- Pacientes com diagnóstico confirmado de Tuberculose; Critério de Exclusão:

Dados de:

- Pacientes que não possuem internação na instituição de pesquisa;
- Pacientes com diagnóstico duvidoso ou não confirmado de Tuberculose.
- Pacientes que não pertencem ao grupo de vulnerabilidade social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as influências dos aspectos sociais e clínicos na reincidência das internações por tuberculose.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO C – PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (48) 3721.9480 - 3721.4998

**DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO
DE CURSO**

Declaro que a acadêmica Andrea Araújo Ribeiro cumpriu todas as etapas de planejamento, desenvolvimento e redação do Trabalho de Conclusão de Curso, assim como os ajustes apontados pela banca examinadora, sendo aprovada, como requisito parcial para conclusão do curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Florianópolis, 15 de dezembro de 2020.



Documento assinado digitalmente
Cristine Moraes Roos
Data: 15/12/2020 20:33:34-0300
CPF: 000.145.170-92

Porfã. Dra. Cristine Moraes Roos