

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE - BRASIL (2014 A 2016)

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF TUBERCULOSIS IN HOMELESS IN THE CITY OF RIO BRANCO, ACRE - BRAZIL (2014-2016)

Eufrasia Santos Cadorin¹, Luís Eduardo Maggi²

1 - Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco. Professora da Faculdade Barão do Rio Branco (FAB-UNINORTE/AC)

2 - Professor Adjunto do Centro de Ciências Biológicas e da Natureza (CCBN) da Universidade Federal do Acre. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde na Amazônia Ocidental.

RESUMO - A Tuberculose é um agravo prioritário na saúde pública por ser uma doença negligenciada no Brasil e no mundo, situando-se entre as 10 principais causas de mortalidade no mundo e estando relacionada às desigualdades sociais, o que torna a população em situação de rua, mais vulnerável ao agravo. O artigo analisa o perfil epidemiológico da Tuberculose na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre, no período de 2014 a 2016. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa desenvolvido a partir da análise do banco de dados do Sistema de Informações de Notificação Compulsória (Sinan NET). No período em análise foram notificados 18 casos de Tuberculose na população em situação de rua cadastrada no Sistema, com incidência de 5,980 casos a cada 100 mil hab. e prevalência de 1,3, taxa de mortalidade de 0,12 e coinfeção HIV/TB DE 5,6% da população. Foi possível observar a existência de subnotificação dos casos e a dificuldade de acompanhamento e tratamento dos casos identificados, seguindo o protocolo de tratamento da doença, sendo necessário desenvolver estratégias de enfrentamento mais efetivas na rede pública para o controle e redução do agravo nessa população.

PALAVRAS CHAVE: Tuberculose; Análise; População de rua.

ABSTRACT - Tuberculosis is a further priority in public health by being a neglected disease in Brazil and in the world, standing among the 10 leading causes of mortality in the world and being related to social inequalities, which makes the street population, more vulnerable to injury. The article analyzes the epidemiological profile of Tuberculosis in the homeless in the city of Rio Branco - Acre, in the period from 2014 to 2016. This is a cross-sectional study of a quantitative approach developed from the analysis of the Information System of Compulsory Notification (Sinan NET). In the period under review were notified 18 cases of tuberculosis in the street population registered in the system, with incidence of 5,980 cases every 100,000 inhabitants and prevalence of 1.3, mortality rate of 0.12 and HIV/TB co-infection 5.6% of the population. it was possible to observe the existence of underreporting of cases and the difficulty of monitoring and processing of cases identified, following the Protocol of treatment of the disease, and it is necessary to develop more effective coping strategies on the public network to the control and reduction of injury in this population.

KEY WORDS: Tuberculosis; Analysis; Homeless.

Autor para correspondência: Eufrasia Santos Cadorin
cadorin_eu@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

"Não somos lixo.
Não somos lixo e nem bicho.
Somos humanos.
Se na rua estamos é porque nos desencontramos." [...]
Carlos Eduardo (Cadu)
Morador de rua em Salvador. [1]

Mundialmente, a Tuberculose (TB) ainda figura como um problema de saúde prioritário, mesmo sendo uma doença antiga, descoberta a mais de um século. No ano de 2010 foram estimados 8,8 milhões e 1,1 milhão de óbitos, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, o agravo figurou entre as 10 principais causas de mortalidade no mundo [2,3]. Considerada uma doença negligenciada e endêmica em diversos países é responsável por cerca de 1,3 milhões de óbitos anualmente [4].

No Brasil a situação é semelhante, pois em 2009 foram notificados 72 mil casos, com uma taxa de incidência de 38/100 mil hab., situação que deixou o País dentre os 22 que concentram 80% da carga mundial de Tuberculose, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) [5]. Em 2012 foram notificados 46 casos por 100 mil hab. com presença de bacilos álcool-ácido resistentes, mantendo o Brasil ainda, dentre os 22 países com maior carga da doença [4].

Conhecida há mais de um século, a Tuberculose é causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, acometendo vários órgãos e/ou sistemas, encontradas nas formas pulmonar e extrapulmonar, sendo a forma pulmonar, a responsável pela cadeia de transmissão da doença e a mais relevante para a saúde pública [5].

A transmissão ocorre pelo contato com pacientes bacilíferos e o seu desenvolvimento está associado a vários fatores, dentre eles, condições socioeconômicas e existência de outras comorbidades imunossupressoras. Estudos apontam para essa relação na produção da doença, no nível individual e coletivo, demonstrando que pobreza, desnutrição, más condições sanitárias, alta densidade populacional, síndrome da imunodeficiência adquirida e envelhecimento da população, estão potencialmente relacionados à disseminação da doença [2,4].

Nesse contexto, as pessoas em situação de rua, são consideradas como grupo vulnerável em decorrência de suas condições sociais e maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde. As características de precariedade que delimitam sua condição de vulnerabilidade e risco social, estão relacionadas não somente às condições

econômicas, mas também às condições relacionais e de vida, por serem geralmente excluídas ou se excluírem das relações familiares [6].

A política específica destinada a atenção à saúde à população em situação de rua é recente, por meio das equipes de Consultório na Rua (eCnaR) configuradas de forma flexível, para atender as diversas realidades no País, compondo a Rede de Saúde na Atenção Primária em Saúde (APS) [7].

A pesquisa se propõe a analisar a situação da Tuberculose na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre, no período de 2014 a 2016, a partir dos casos notificados na rede de Atenção Primária.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal de abordagem quantitativa desenvolvido a partir da análise do banco de dados do Sistema de Informações de Notificação Compulsória (SinanNET), referente ao agravo Tuberculose na população em situação de rua a partir do ano de 2014, ano em que se deu o início destas notificações diferenciando essa população específica, até o ano de 2016.

No ano de 2016, foram cadastradas no sistema 301 pessoas em situação de rua no município de Rio Branco. A amostra foi composta por 18 participantes notificados com Tuberculose, sendo analisadas as seguintes variáveis: contatos identificados e examinados; acompanhamento dos casos notificados; frequência por tipo de entrada; frequência por cultura escarro; frequência por HIV; frequência por situação de encerramento; frequência por população em situação de rua; incidência; e prevalência. Os dados coletados, foram organizados em tabelas no programa Numbers (Apple ®) e analisados segundo as variáveis definidas para o estudo.

Considerando que a pesquisa foi desenvolvida a partir da análise de dados provenientes de banco de dados de domínio público, onde os sujeitos não são identificados, a pesquisa dispensou a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

3. RESULTADOS

Na análise do banco de dados SinanNET referente à Tuberculose na população em situação de rua, foi possível observar que nos últimos três anos, foram cadastrados no Sistema 301 pessoas vivendo na rua, as quais pela condição de vida, estão fora da área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que atua com o pressuposto da

da atenção à saúde a uma população adstrita em determinado território geográfico, na perspectiva do vínculo e da longitudinalidade do cuidado [7].

Na Tabela 01, foi possível observar que do total de 18 casos notificados no período de três anos, 03 (16,6%) referem-se a reingresso após abandono de tratamento, 02 casos (11,1%) a recidiva e 12 (66,7%) foram notificados como casos novos. Em 2014 foram notificados 03 casos, enquanto que no ano de 2017 foram 07 casos notificados, o que representa um aumento de mais de 100% de casos identificados no período de 02 anos. Do total da população cadastrada nos últimos três anos, 6% apresentaram a doença.

Tabela 01: Frequência por tipo de entrada dos casos de Tuberculose notificados segundo ano diagnóstico na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre.

Ano	Caso Novo	Recidiva	Reingresso após abandono	Transferência	Total
2014	2	1	0	0	3
2015	5	0	2	1	8
2016	5	1	1	0	7
Total	12	2	3	1	18

Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

Após a notificação dos usuários com suspeita de Tuberculose, a equipe de saúde deve identificar os contatos mais próximos destes usuários, a fim de reconhecer a cadeia de transmissão e desenvolver as medidas necessárias para eliminar essa cadeia. Na Tabela 02 é possível observar que no período de 03 anos de notificação da Tuberculose na população em situação de rua, o percentual de contatos examinados foi de 92,1%. Nos anos de 2014 e 2015 todos os contatos identificados foram examinados, ou seja, 100% destes, percentual que reduz para 89,7% no ano de 2016, o que corresponde a 04 contatos identificados e 04 examinados de 03 casos notificados no ano de 2014, 05 contatos identificados e 05 examinados do total de 08 casos notificados em 2015 e 29 contatos identificados e 26 identificados em 2016 de 07 casos notificados. Ao longo de 03 anos foram notificados 18 casos com 38 contatos identificados e contatos 35 examinados.

Tabela 02: Relação entre contatos identificados e examinados dos casos de Tuberculose notificados segundo ano diagnóstico na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre.

Ano	Contatos Identificados	Contatos Examinados	Contatos Examinados/identificados por 100
2014	4	4	100,0
2015	5	5	100,0
2016	29	26	89,7
Total	38	35	92,1

Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

Um dos métodos para o diagnóstico bacteriológico da doença na rede pública de saúde, é a cultura do escarro. A tabela 03, se refere à Frequência por cultura de escarro dos casos notificados na população em estudo, onde é possível observar que em 04 usuários dos 18 casos notificados, a cultura não foi realizada. Em 2014 esse número correspondeu a 02 casos de cultura não realizada, no total de 03 notificações, em 2015 enquanto que em 2016 esse número correspondeu a 01 exame não realizado, o que equivale a 12,5% dos casos em 2015 e 14,3% dos casos onde a cultura não foi realizada em 2016.

Tabela 03: Frequência por Cultura Escarro dos casos de Tuberculose notificados segundo ano diagnóstico na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre.

Ano	Positivo	Negativo	Em andamento	Não realizado	Total
2014	0	1	0	2	3
2015	3	4	0	1	8
2016	4	0	2	1	7
Total	7	5	2	4	18

(¹) Resultado baciloscopia positivo; (²) Resultado baciloscopia negativo; (³) Baciloscopia em andamento; (⁴) Baciloscopia não realizada.

Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

A Baciloscopia é um método diagnóstico simples e seguro, onde é realizada a pesquisa do Bacilo álcool-ácido-resistente (BAAR), sendo a técnica mais comum para o apoio diagnóstico. É também utilizada para o controle da transmissão da doença, até o encerramento do caso, onde a baciloscopia negativa indica que o usuário não está transmitindo o Bacilo. Na tabela 04 é possível observar que, em 2014, dos 03 casos notificados, nenhum usuário realizou os seis exames de baciloscopia indicados, sendo que 02 casos foram encerrados por cura e 01 caso por abandono. No ano de 2015, dos 08 casos notificados, em 01 a realização de Baciloscopia não se aplicou e nos demais casos o exame não foi realizado conforme preconizado, na situação de encerramento foram 03 curas, 01 abandono, 02 óbitos em decorrência da doença e 02 óbitos por outras causas. Em 2016, em 01 caso notificado dentre os 07 foram realizadas as seis baciloscopias, com 04 casos encerrados por cura, 01 por abandono 02 casos sem informações. No período analisado, do total de 18 casos notificados, 5% fez a baciloscopia conforme preconizado pelo programa.

Tabela 04: Acompanhamento com Baciloscopia nos casos notificados de Tuberculose notificados no período de 2014 a 2016 na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre.

ANO	2014			2015									2016					
Usuário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Tipo de entrada/ Baciloscopia	REC	NV	NV	NV	NV	REI	NV	NV	REI	NV	NV	NV	REC	REI	NV	NV	NV	NV
1	0	0	+	NA	S/I	S/I	-	-	S/I	-	-	+	-	0	-	0	0	S/I
2	-	0	-	NA	S/I	S/I	0	0	S/I	-	-	-	0	0	0	0	0	S/I
3	-	0	-	NA	S/I	S/I	-	0	S/I	-	-	-	0	0	-	0	0	S/I
4	0	0	-	NA	S/I	S/I	-	0	S/I	-	0	-	0	S/I	+	0	0	S/I
5	0	0	S/I	NA	S/I	S/I	-	S/I	S/I	0	0	-	0	S/I	-	0	0	S/I
6	-	0	S/I	NA	S/I	S/I	-	S/I	S/I	0	-	-	-	S/I	-	0	S/I	S/I
Situação Encerramento	CUR	ABA	CUR	OB. TB	OB. TB	OB. OC	CUR	ABA	OB. TB	CUR	CUR	CUR	CUR	ABA	CUR	CUR	S/I	S/I

Tipo de Entrada: (NV) Caso Novo; (REC) Recidiva; (REI) Reingresso após abandono.

Baciloscopia: (+) Positivo; (-) Negativo; (0) Não realizado; (NA) Não se aplica; (S/I) Sem informação.

Situação encerramento: (CUR) Cura; (ABA) Abandono; (OB. TB) Óbito por Tuberculose; (4) (OB. OC) Óbito por outras causas.

Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

A incidência de HIV em pacientes com Tuberculose também é uma situação que merece atenção, pois, em decorrência dos riscos para o paciente, é frequente a coinfeção HIV/TB, por serem estes pacientes imunocomprometidos. Na população estudada, dos 18 casos notificados, 01 apresentou o resultado positivo para HIV e em 02 casos o exame não foi realizado, o que representa 5,6% da população infectada, com uma prevalência de 5% dos casos, de acordo com dados da Tabela 05.

Tabela 05: Frequência por HIV dos casos de Tuberculose notificados segundo ano diagnóstico na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre.

Ano	Positivo ¹	Negativo ²	Não realizado ³	Total
2014	0	3	0	3
2015	1	6	1	8
2016	0	6	1	7
Total	1	15	2	18

(¹) HIV positivo; (²) HIV negativo; (³) Exame não realizado.

Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

As informações constantes na Tabela 06, confirmam a situação de encerramento dos casos, onde se observa que 09 casos foram encerrados por cura, 03 por abandono, 02 óbitos por tuberculose, 02 óbitos por outras causas e 02 casos são ignorados. Quanto ao encerramento dos casos, os dados confirmam que 50% se deu por cura após o tratamento, 16,7% abandonaram o tratamento e 11,2% foram a óbito pela doença.

Com relação a mortalidade (Tabela 06), os óbitos concentraram-se no ano de 2015, no total de 04 óbitos, sendo 02 óbitos em decorrência da doença e 02 óbitos por outras causas. A partir desses dados, estima-se que a taxa de mortalidade foi em torno de 0,12.

Tabela 06: Frequência por Situação de Encerramento dos casos de Tuberculose notificados segundo ano diagnóstico na população em situação de rua no município de Rio Branco - Acre.

Ano	Ign/Branco ¹	Cura ²	Abandono ³	Óbito por TB ³	Óbito por outras causas ⁴	Total
2014	0	2	1	0	0	3
2015	0	3	1	2	2	8
2016	2	4	1	0	0	7
Total	2	9	3	2	2	18

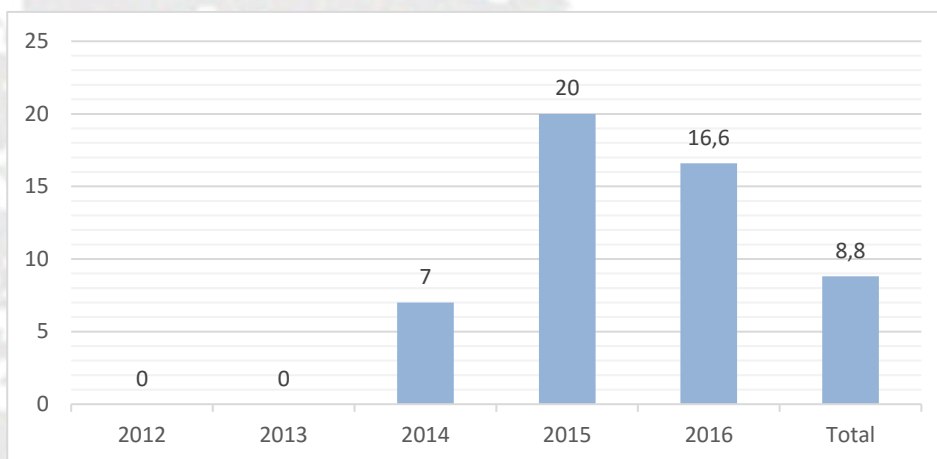
(¹) Ign/Branco; (²) Cura confirmada após tratamento.

(³) Abandono do tratamento; (⁴) óbito decorrente do agravo; (⁵) óbito decorrente de outras causas.

Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

Analisando a incidência da TB na população em situação de rua em Rio Branco - Acre, tem-se que no ano de 2014 esse índice foi de 701/100 mil hab., 2000/100 mil hab. e 1661,1/100 mil hab., nos anos de 2015 e 2016 respectivamente.

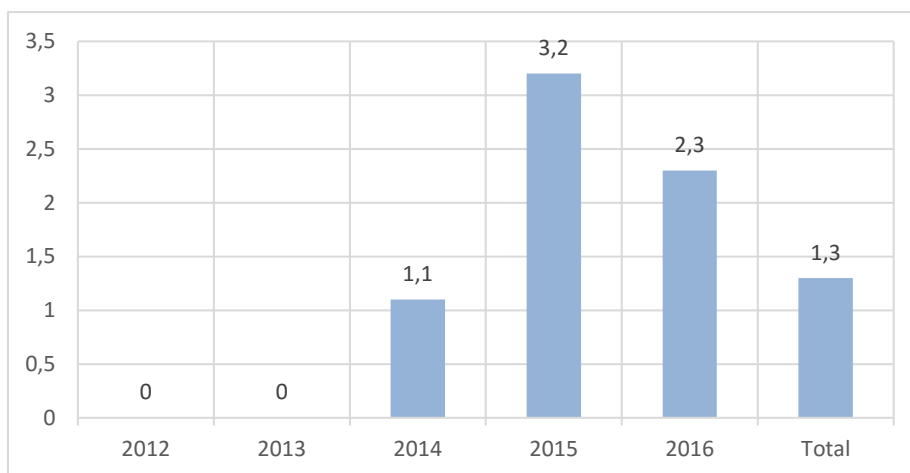
Gráfico 01: Incidência de Casos de Tuberculose/100 mil hab. na População em Situação de Rua segundo ano diagnóstico no município de Rio Branco - Acre.



Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

A prevalência da TB na população em situação de rua foi de 1,1 no ano de 2014, apresentando um aumento para 3,2 em 2015 e uma redução para 2,3 em 2016. É importante ressaltar que a população cadastrada nesse período, oscilou no período analisado, sendo registrado um número de 285 pessoas no ano de 2014, 250 pessoas em 2015 e 301 pessoas cadastradas no ano de 2016.

Gráfico 02: Prevalência de Casos de Tuberculose na População em Situação de Rua segundo ano diagnóstico no município de Rio Branco - Acre.



Fonte: SinanNET/SEMSA (2017).

4. DISCUSSÃO

Historicamente a população em situação de rua, sofre com o processo de exclusão social, vivendo às margens da sociedade e da proteção do Estado. Em uma pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) no ano de 2008, 18,4% dos entrevistados afirmaram ter sofrido algum tipo de discriminação, sendo impedidas de entrar em unidades de saúde [8].

Em 2011, o Ministério da Saúde, propõe a organização da atenção à saúde com as equipes dos consultórios na rua, visando ampliar o acesso à rede de saúde. As equipes atuam de forma itinerante em unidades móveis, desenvolvendo suas ações de forma articulada com toda a rede de atenção básica [7]. Atualmente a rede pública de Rio Branco, conta com uma equipe de Consultório na Rua (eCR), realizando a busca desses usuários em pontos estratégicos, em locais de maior concentração [9].

A incidência e prevalência de TB estão relacionadas às condições socioeconômicas, e nesse contexto, a população em situação de rua é prioridade para a atenção básica. Nos três anos analisados na pesquisa, 6% da população em situação de rua cadastrada no Sistema, foi diagnosticada com Tuberculose, com incidência de 701/100 mil hab. em 2014, 2000/100 mil hab. em 2015 e 1660/100 mil hab. em 2016 [10].

Estudo publicado em 2013 realizado em Houston, demonstrou que a incidência média por 100 mil hab. foi de 411 entre sem-teto e 9,5 entre pessoas alojadas [11]. No Brasil, em 2014, foram diagnosticados 67.966 casos novos de tuberculose o que corresponde a uma incidência de 33,5 por 100 mil hab. [12]. Em 2010, no Acre foram notificados 301 casos novos com taxa de incidência de 41/100 mil hab., enquanto que Rio Branco apresentou taxa de incidência de 57,2/100 mil hab. [13,12].

O Brasil concentra 80% da carga mundial de TB, situação que coloca o País entre os países priorizados pela OMS com estratégias para a redução da doença [3]. A incidência da doença nessa população em Rio Branco, demonstra a necessidade de adoção de estratégias mais efetivas para o enfrentamento da situação, visando sua redução e controle.

De acordo com os dados analisados, a prevalência da TB na população em situação de rua no município de Rio Branco, demonstrou uma variação de 1,05% em 2014, indo para 3,2% em 2015, voltando para 2,32 em 2016. Com estes resultados, não é possível afirmar que houve uma redução na prevalência da doença, considerando que existe uma oscilação entre o número de usuários cadastrados no sistema, o que pode indicar um subcadastro dessa população, e até uma subnotificação dos casos,

pois muitas destas pessoas são invisíveis à sociedade e o serviço de saúde não consegue alcançá-las. Os resultados se aproximam de uma pesquisa realizada no estado de São Paulo, onde a prevalência estimada na população em situação de rua foi de 2,5% [14].

Uma das estratégias para controle da cadeia de transmissão é a busca ativa de contatos próximos dos usuários, a fim de identificar se estes foram contaminados e desenvolveram a doença. Os dados demonstram que nos dois primeiros anos, 100% dos contatos foram examinados e em 2016 esse percentual reduz para 89,7%. Analisando o número de casos absolutos é possível perceber que os contatos identificados em 2014 e 2015 foi na proporção de 1:1 contato identificado para cada caso notificado, e no ano de 2016 essa proporção aumenta para 1:4 contato identificado para cada caso notificado.

Os resultados indicam duas hipóteses para análise, a primeira de que os casos notificados não tiveram contatos com outras pessoas por viverem sozinhos nas ruas e a segunda possibilidade, a de que a equipe de saúde não conseguiu identificar os contatos pela dificuldade de realizar a busca ativa dos pacientes sem moradia, portanto, sem endereço de referência. De acordo com dados da Secretaria de Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde, no estado do Acre no ano de 2015, foram examinados 97,3% dos contatos identificados, o que demonstra que no ano de 2016 os contatos examinados nessa população estiveram aquém do alcançado no ano anterior, refutando a hipótese de que a busca ativa nessa população é mais difícil de ser realizada conforme preconizado no protocolo [15].

Analisando os resultados da cultura de escarro e baciloscopia, percebe-se que existe uma dificuldade relacionada ao acompanhamento destes casos, o que conseqüentemente reflete na cura e encerramento destes. Por não ter vínculo com a equipe de saúde, é comum o abandono do tratamento, fato relevante, considerando que na TB bacilífera, o paciente é transmissor da doença aos seus contatos diretos, até 15 dias após o início do tratamento, o que reforça a necessidade de acompanhamento com a baciloscopia, para indicar se o mesmo ainda é potencial transmissor, quando o resultado é positivo.

No município de Rio Branco, dados referentes ao ano de 2013, demonstraram que a realização da cultura de escarro entre os casos de retratamento foi de 19,2%. Em estudo publicado pelo American Journal of Public Health foi possível observar que na população em situação de rua a taxa de realização de cultura de escarro foi de 77,7%, porém não foi possível identificar esse percentual nos casos de retratamento [11].

Ranzani et al. (2016), relacionaram a falta de moradia e condições associadas, contribuíram com a falta de sucesso do tratamento de tuberculose pulmonar, em São Paulo [14]. Nos Estados Unidos, a estratégia da Terapia Diretamente Observada (TDO), utilizada pelo Departamentos de saúde foi usada para 86% dos pacientes sem teto, estando associada à conclusão oportuna da terapia [16].

Souza, em estudo publicado no ano de 2010, afirma que a necessidade de buscar serviços essenciais como alimentação, abrigo, trabalho e outros, o deslocamento em busca de serviços que nem sempre estão próximos, e a prática de andar a pé, mesmo sendo comum, quando doentes, pode representar um obstáculo para o tratamento adequado [17]. O estudo descreve que dos 13 pacientes com TB que iniciaram o tratamento em 2008, em uma UBS no município de São Paulo, 05 abandonaram o tratamento e no município de Rio Branco, o percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera foi de 88,2%, a pesquisa demonstra que na população em situação de rua esse percentual foi de 50% [17, 12].

Com relação a coinfeção HIV/TB a prevalência observada no estudo foi de 5%, dentre os 88,9% pacientes notificados que realizaram o exame. No Brasil, em 2010 o percentual de coinfeção foi em torno de 1,7%, enquanto que em Rio Branco esse percentual foi de 2,4 em 78,8% dos casos onde foram realizados o teste [12]. Quando da presença de coinfeção, o risco de morte durante o tratamento de TB aumenta, variando conforme a idade [18]. O indivíduo infectado por HIV apresenta probabilidade 10% maior para desenvolver a doença, caracterizando-se como um importante fator de risco [19].

Outro aspecto relevante com relação à doença, refere-se a taxa de mortalidade. A OMS propõe uma redução no coeficiente de mortalidade por TB de 1,9 em 2015 para aproximadamente 1,2 em 2020, caso sejam desenvolvidas as estratégias propostas pela Organização para controle desse agravo no mundo, principalmente nos 22 países prioritários [3].

Um estudo de coorte realizado na Nigéria em 2010, envolvendo 1.424 pacientes com idade média de 36,6 anos, demonstrou que 16,6% dos pacientes com TB, foram a óbito após o início do tratamento, associando como fator determinante a demora no diagnóstico e início do tratamento, tratamento inadequado para a tuberculose resistentes e a coinfeção HIV-TB [20].

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por tuberculose padronizado foi de 2,5 óbitos por 100 mil habitantes no período de 2008 a 2010 e de 2,2 em 2015. No município

de Rio Branco, em estudo realizado no período de 2008 a 2010, constatou-se uma taxa de 2,5 e segundo boletim epidemiológico da SVS o coeficiente de mortalidade em 2014 foi de 4,8% [12, 15, 21].

Ceccon et al. (2017) identificaram que a mortalidade por TB foi mais elevada nas capitais com maior desigualdade de renda, maior proporção de pobres e ainda, nas capitais com maiores coeficientes de coinfeção HIV/TB. Para os autores a desigualdade social aumenta o risco de morte, quando cenários como aumento da pobreza, condições de moradia e alimentação precárias, bem como a dificuldade de acesso a bens e serviços públicos de educação e saúde, são fatores determinantes para o aumento do risco de morte [21].

De acordo com os dados analisados nesse estudo, no período de 2014 a 2016 o coeficiente de mortalidade na população em situação de rua no município de Rio Branco foi de 0,12, o que pode não representar a real situação, considerando que essa população é mais vulnerável. É possível ainda que pode existir uma subnotificação dos casos, pois quando da análise da incidência, percebe-se que esta é significativamente maior, quando comparado à incidência na população geral.

Para o enfrentamento da doença no município de Rio Branco, são necessárias estratégias que possibilitem a ampliação do acesso à rede pública de saúde, tendo o Consultório na Rua como porta de entrada ao sistema e ordenador da rede de cuidados, implementando estratégias para notificação, tratamento e acompanhamento de casos suspeitos e contatos. A rede pública não deve criar barreiras de acesso, com normas que desconsiderem as especificidades destes usuários, como por exemplo, a exigência da apresentação de documentos de identificação e o Cartão SUS para o atendimento na rede pública.

Visando aprofundar o estudo sobre a situação da TB e de outros agravos na população em situação de rua, e a organização na rede para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de agravos, propõe-se a realização de um estudo de campo envolvendo profissionais de saúde, gestores e usuários, para identificar as potencialidades e fragilidades existentes, que possam subsidiar a definição das estratégias necessárias para o enfrentamento da situação, a partir da análise do cotidiano das práticas de atenção à saúde para essa população específica.

REFERÊNCIAS

- [1]. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Saúde da população em situação de rua: um direito humano/**Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf, [acesso 24 de jul 2017].
- [2]. **SAN PEDRO, A.; OLIVEIRA, R. M.** Tuberculose e indicadores socioeconômicos: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 4, p. 294–301, 2013.
- [3]. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**. Global tuberculosis report 2016. WHO. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2016_main_text.pdf?ua=1, [acesso em 13 de jul 2017]
- [4]. **PEREIRA, G. L. A.; MEDRONHO, R. A.; ESCOSTEGUY, C. C.; VALENCIA, L. I. O.; MAGALHÃES, M. A. F.M.** Distribuição espacial e contexto socioeconômico da tuberculose, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 48, p. 1-9, 2015.
- [5]. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil/**Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf, [acesso 11 de jul 2017].
- [6]. **ADORNO, R. de C. F.; VASCONCELOS, M. da P. C.; ALVARENGA, A. T. de.** Saúde Pública, Ciências Sociais e as Chamadas Populações Vulneráveis. **ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H.** Saúde Pública: bases conceituais. 2 ed. - São Paulo: Editora Atheneu, 2013.
- [7]. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_n_2_488_de_21_de_outubro_de_2011/120, [acesso 08 de dez 2016].
- [8]. **BRASIL**. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Sumário Executivo. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. **Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome** - 2008. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/saqi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>, [acesso 20 de jul 2017].

- [9]. **BRASIL**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=12&VCodMunicipio=120040&NomeEstado=ACRE, [acesso 13 de jul 2017].
- [10]. **BRASIL**. Informação Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - 2008. [acesso em: 20 jul 2017]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>
- [11]. **FESKE, M. L.; TEETER, L.D.; MUSSER, J. M.; GRAVISS, E. A.** Counting the Homeless: A Previously Incalculable Tuberculosis Risk and Its Social Determinants. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 839–848, 2013.
- [12]. **BRASIL**. Secretaria de Vigilância em Saúde – **Ministério da Saúde**. **Boletim Epidemiológico**. Volume 46 Nº 9 - 2015. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>, [acesso 17 de jul 2017].
- [13]. **BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Acre – 5. ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ria.pdf, [acesso 17 de jul 2017].
- [14]. **RANZANI, O. T.; CARVALHO, R. R. C.; WALDMAN, E. A.; RODRIGUES, L. C.** The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. **BMC Medicine**. v. 14, n. 41, p. 1-13, 2016.
- [15]. **BRASIL**. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ministério da Saúde**. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/03/site-svs-principais-indicadores-tuberculose-2016.pdf>, [acesso 11 de jul 2017].
- [16]. **HADDAD, M.B.; WILSON, T. W.; IJAZ, K.; MARKS, S.M.; MOORE, M.** Tuberculosis and homelessness in the United States, 1994-2003 **JAMA**, June 8. v. 293, n. 22, p. 2762-2766, 2005.
- [17]. **SOUZA, E. S.** População em Situação de Rua e Tratamento Diretamente Observado (TDO) para Tuberculose (TB) – A Percepção dos Usuários. (**Dissertação**) **Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo (São Paulo), 2010.**
- [18]. **MARKS, S. M.; MAGEE, E.; ROBISON, V.** Patients diagnosed with tuberculosis at death or who died during therapy: association with the human immunodeficiency virus. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease**. v. 15, n. 4, p. 465–470, 2011.
- [19]. **GUIMARÃES, R. M.; LOBO, A.P.; SIQUEIRA, E. A.; BORGES, T. F.F.; MELO, S. C. C.** Tuberculose, HIV e pobreza: tendência temporal no Brasil, Américas e mundo. **J Bras Pneumol**. v. 38, n. 4, p. 511-517, 2012.

[20]. **ADAMU, L. A.; GADANYA, M. A.; ABUBAKAR, I. S.; JIBO, A. M., BELLO, M. M.; GAJIDA, A. U.** et al. High mortality among tuberculosis patients on treatment in Nigeria: a retrospective cohort study. **BMC Infectious Diseases** BMC series – open, inclusive and trusted 2017 17:170. v. 17, n. 170, p. 01-11, 2017.

[21]. **CECCON, R. F.; MAFFACCIOLLI, R.; BURILLE, A.; MENEGHEL, S. N.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; GERHARDT, T. E.** Mortalidade por tuberculose nas capitais brasileiras, 2008-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 26, n. 2, p. 349-358, 2017.