MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

Boletim Epidemiológico

NÚMERO ESPECIAL
10 Out. 2023

Saúde da População Negra

Volume 2

Brasília/DF 2023

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Boletim Epidemiológico

Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Número Especial | Out. 2023

Saúde da **População Negra**

Volume

2

Brasília/DF 2023

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

1969 Ministério da Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

Tiragem: 2023 – versão eletrônica

Boletim Epidemiológico
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Ministério da Saúde

ISSN 2358-9450

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Gabinete da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
SRTV, Quadra 701, via W5 Norte, lote D, Edifício PO 700, 7º andar
CEP: 70719-040 – Brasília-DF
Site: https://www.gov.br/saude/pt-br
E-mail: gabinetesvsa@saude.gov.br

Ministra de Estado da Saúde:
Nísia Verônica Trindade Lima

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:
Ethel Leonor Noia Maciel

Edição científica:
Ethel Leonor Noia Maciel – SVSA/MS
Guilherme Loureiro Werneck – Daevs/SVSA/MS
Marcos Vinicius da Silva Cordeiro – GAB/SVSA/MS

Organização:
Marcos Vinicius da Silva Cordeiro – GAB/SVSA/MS

Revisão científica:
Alda Maria da Cruz – DEDT/SVSA/MS
Dráurio Barreira – Dathi/SVSA/MS
Guilherme Loreiro Werneck – Daevs/SVSA/MS
Joilda Silva Nery – ISC/UFBA

Elaboração:
Ana Carolina Laraia Ciarlini – Cema/DEDT/SVSA
Anderson Coutinho da Silva – Cema/DEDT/SVSA
Cássio Roberto Leonel Peterka – Cema/DEDT/SVSA
Daniele Maria Pelissari – CGTM/Dathi/SVSA
Fernanda Dockhorn Costa – CGTM/Dathi/SVSA
Franscisco Edilson Ferreira de Lima Júnior – CGZV/DEDT/SVSA
Geisa Poliane de Oliveira Cervieri – CGTM/Dathi/SVSA
Isabela de Lucena Heráclio – CGTM/Dathi/SVSA
José Nildo de Barros Silva Júnior – CGTM/Dathi/SVSA
José Nilton Gomes da Costa – CGZV/DEDT/SVSA
Kathiely Martins dos Santos – CGZV/DEDT/SVSA
Layana Costa Alves – CGTM/Dathi/SVSA
Lucas Edel Donato – CGZV/DEDT/SVSA
Luiz Henrique Arroyo – CGTM/Dathi/SVSA
Marcia Leie de Sousa-Gomes – CGZV/DEDT/SVSA
Patrícia Carla dos Santos – Dathi/SVSA
Patrícia Rodrigues Sanine – CGTM/Dathi/SVSA
Rafaella Alburquerque e Silva – CGZV/DEDT/SVSA
Ronaldo de Almeida Coelho – Dathi/SVSA

Colaboração:
Alícia Krüger – GAB/SVSA/MS
Augusto Cesar Cardoso-dos-Santos – Daent/SVSA/MS
Beatriz Almeida – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)
Luís Eduardo Batista – GM/MS
Noêmia de Souza Lima – GAB/SVSA/MS
Rony Coelho – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)
Victor Nobre – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Editores assistentes:
Maryane Oliveira Campos – CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Paola Barbosa Marchesini – CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Antonio Ygor Modesto de Oliveira – CGDEP/Daevs/SVSA/MS

Produção:
Núcleo de Comunicação (Nucom/SVSA/MS)
Edgard Rebouças – Nucom/SVSA/MS

Diagramação e capa:
Fred Lobo – Editorial Nucom/SVSA/MS

Revisão:
Yana Palankof – Revisão Nucom/SVSA/MS

Normalização:
Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI



Imagem da capa:
NYANSAPOW – Símbolo adinkra de sabedoria, engenhosidade, inteligência e paciência. Os símbolos adinkras vêm dos povos acã da África ocidental – os asante de Gana. Sua escrita, baseada em símbolos, representa ideias expressas em provérbios africanos (https://ipeafro.org.br/acoes/pesquisa/adinkra/).

1. Saúde da População Negra. 2. Epidemiologia. 3. Vigilância em Saúde.

Título para indexação: Epidemiological Report – Health of the black population – Volume 2

Sumário

Apresentação 5

Introdução 6

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: cenários e desafios para sua implementação 7

Dados sobre infecções sexualmente transmissíveis: um olhar para saúde da população negra 14

Vigilância do HIV/aids, sífilis e hepatites virais 15

Panorama epidemiológico da malária no Brasil: um enfoque no enfrentamento à doença na população negra 28

Malária 29

Leishmaniose tegumentar: uma doença que afeta populações negligenciadas 34

Leishmaniose tegumentar 35

Tuberculose e a saúde da população negra: um desafio do hoje 36

Tuberculose na população negra: uma análise epidemiológica e dos desafios 39

Considerações finais 42

Apresentação

Cara leitora, caro leitor

Este documento traz uma fotografia da vigilância sobre saúde da população negra no Brasil. Trata-se não apenas de um simples recorte epidemiológico. Abordamos aqui as condições de saúde da maior parte da população brasileira, dando destaque para as evidências de uma desigualdade social que também é racial. Por esse aspecto, nossos desafios são ainda maiores. Infelizmente, o racismo institucional constrói barreiras e abismos entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a população negra, o que resulta em piores condições de saúde e uma histórica vulnerabilidade social.

A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (SVSA/MS) vem se propondo a atuar como uma aliada na garantia da equidade étnico-racial, e para isso tem abordado tais questões de maneira interseccional. Entendemos que para uma melhor efetividade das políticas públicas de saúde para pessoas negras precisamos desenhá-las tendo como base o conhecimento científico. Os dados revelam o modus operandi do racismo, o que destaca ainda mais a importância desta pauta. Assim, a epidemiologia torna-se uma ciência que deve operar no sentido de contribuir com gestores, profissionais de saúde, movimentos sociais e defensores do SUS, subsidiando-os para caminharem rumo à equidade étnico-racial.

Um grande desafio posto para a Vigilância em Saúde no Brasil é a qualidade das informações disponíveis nos sistemas do SUS. O correto preenchimento de campos, como o quesito raça-cor, é o que nos permite traçar estratégias de gestão para solucionarmos problemas e monitorarmos os indicadores de saúde desta população.

Neste segundo volume do *Boletim epidemiológico especial: saúde da população negra* abordamos as doenças infecciosas que afetam, em sua maioria, pessoas negras. Isso não quer dizer que elas tenham mais predisposição para essas doenças, mas sim que a estrutura racial estabelecida pela sociedade brasileira impõe às pessoas negras péssimas condições de vida, e nessas condições está a limitação de acesso aos serviços de saúde. A consequência desse quadro são os altos níveis de morbimortalidade.

Como uma das iniciativas para o enfrentamento desse cenário, em abril de 2023 o Ministério da Saúde, a partir da SVSA, sugeriu a criação do Comitê Interministerial de Eliminação da Tuberculose e outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), o que foi prontamente atendido pelo governo federal com a publicação do Decreto Presidencial n. 11.494/2023. Trata-se da união, inicialmente, de nove ministérios na perspectiva de reiterar e atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o objetivo 3.3, que almeja a eliminação da aids, da tuberculose, da malária e de outras doenças negligenciadas, além de combater as hepatites, as doenças transmitidas pela água e outras transmissíveis.

O Ciedds tem a finalidade de promover ações intersetoriais que contribuam para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, possibilitando a efetiva eliminação dessas doenças como problema de saúde pública no país até o ano de 2030.

Desde 2015, as Nações Unidas mudaram o paradigma do enfrentamento dessas doenças, passando de uma fase de controle para uma fase de eliminação. É sabido que a abordagem biomédica, de forma isolada, não é capaz de eliminar os determinantes sociais da saúde. É necessário um esforço multissetorial para atingirmos essas metas. Nesse sentido, o Ciedds é um modelo brasileiro a ser observado e seguido por diversos outros países, principalmente aqueles cujas situações socioeconômicas são semelhantes à nossa. Após alguns duros anos de negacionismo científico, o Brasil voltou a ser referência mundial em saúde.

Sabemos que não conseguiremos esgotar aqui todas as demandas e necessidades da população preta e parda do Brasil em relação à saúde. Mas temos a certeza de que estamos dando visibilidade a um problema estrutural em nossa sociedade. Contamos com a participação de todas e todos para que as mudanças ocorram o quanto antes. Os dados científicos estão aí à disposição para nos ajudar nessa luta.

Ethel Maciel
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Ministério da Saúde

Introdução

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: cenários e desafios para sua implementação

Rony Coelho, Marcos Vinícius da Silva Cordeiro, Victor Nobre, Beatriz Almeida.

A população negra no Brasil detém os piores indicadores de saúde. Mesmo tendo a Constituição Federal de 1988 estabelecido a saúde como um direito universal, integral e equânime, políticas públicas específicas para lidar com esse problema político, social e de saúde pública ainda carecem de atenção por parte das esferas e dos poderes federativos.

A instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009[1] foi um marco importante ao estabelecer diretrizes para a promoção, a prevenção e o tratamento de saúde de pessoas pretas e pardas, propondo ações para mitigar as barreiras de acesso ao sistema de saúde. Criada com base nas demandas dos movimentos sociais, especialmente de mulheres negras, a política reconhece o racismo como um determinante social da saúde, em linha com o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).[2] Não sem razão, a PNSIPN propõe a inclusão do tema racismo e saúde da população negra na formação dos profissionais de saúde. Além disso, prescreve orientações para o fortalecimento da participação do movimento negro no controle social, o fomento à pesquisa científica sobre saúde e raça e a promoção de comunicação e educação para eliminar estigmas e preconceitos, bem como para fortalecer a identidade positiva da população negra, visando à redução das vulnerabilidades em saúde e à discriminação sofrida nos serviços médico-hospitalares.

A ausência de incentivos, monitoramento e recursos bem como a baixa adesão dos municípios têm dificultado a implementação de ações concretas que deem conta de abarcar o que propõe a PNSIPN, ou seja, contribuir para a redução das desigualdades étnico-raciais. Essas iniquidades manifestam-se em vários indicadores de morbimortalidade, desfechos e agravos, mesmo após ponderar por fatores socioeconômicos e demográficos. Isso tem sido evidenciado por uma série de pesquisas, abarcando desde doenças crônicas até a saúde materna, passando pela saúde infantil, pela saúde mental e também pelo enfrentamento de violências diversas no cotidiano.[3-7]

A PNSIPN foi conquistada a duras penas. Ela é o resultado de décadas de lutas dos movimentos sociais negros e da abertura de uma janela de oportunidades nos anos 1990 e 2000, com a possibilidade de diversas conquistas para a questão racial ante o Estado brasileiro. Dentre essas conquistas pode-se citar a criação da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir),[8] a aprovação do Estatuto da Igualdade Racial[9] e, como resultado desse processo, a criação da Lei de Cotas.[10] Contudo, após um período de ganhos relativos, houve uma inflexão pós-2016. Com a modificação da correlação de forças no governo federal, os avanços das pautas raciais foram interrompidos, tendo sido fechado o diálogo do Estado com os movimentos.

Nesse ínterim, a PNSIPN, que deveria iniciar seu processo de implementação a partir de 2009, apenas patinou. Poucas cidades adotaram e mantiveram a política segundo os dados disponíveis das Pesquisas de Informações Básicas Municipais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Munic/IBGE) dos anos de 2018 e 2021. Antes dessas pesquisas do IBGE não se conhecia (ou apenas se conhecia muito pouco)[i] como a PNSIPN estava ou não sendo implantada e capitalizada no território brasileiro.

[i] Um levantamento anterior sugeriu que em um universo de mais de 5 mil municípios somente 57 colocaram a política de saúde da população negra em prática. No entanto, não são claros os critérios desse levantamento. As pesquisas Munic/IBGE, realizadas desde 1999, aplicam questionário padronizado para todas as localidades. Disponível em: https://oglobo.globo.com/saude/politica-de-saude-para-populacao-negra-so-existe-em-57-municipios-12-anos-apos-ser-criada-23364705

A inclusão de questões sobre a PNSIPN nessas pesquisas deu-se a partir das contribuições fundamentais dos pesquisadores do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que vinham pesquisando a respeito do tema, em articulação com diversos outros especialistas e instituições, e tiveram a capacidade de articular para que essa pauta fosse incluída nas pesquisas ordinárias realizadas pelo IBGE sobre as gestões municipais e estaduais.[11]

Hoje, com os dados disponibilizados é possível ter maior clareza de como a PNSIPN tem sido incorporada, ou não, aos planos municipais de saúde e se os gestores têm criado instâncias ou adotado projetos com o intuito de promover ações voltadas à saúde da população negra. O objetivo deste texto é analisar esses dados.[ii]

A PNSIPN tem enfrentado barreiras para ser efetivada nos municípios. Essa dificuldade se dá em parte devido à falta de incentivos e de repasses financeiros, o que caracteriza a ausência de priorização da temática pela gestão federal, complicando a institucionalização da política em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com as novas ações do governo federal, eleito para o ciclo 2023-2026, como a criação do Ministério da Igualdade Racial e de diversas assessorias pró-igualdade racial no âmbito do gabinete da ministra e de secretarias do Ministério da Saúde, como na Vigilância em Saúde, abre-se uma nova janela de oportunidades para se repensar e avançar com a PNSIPN. Aliás, o Grupo de Trabalho da Igualdade Racial da transição dos governos já tinha identificado que as ações voltadas à redução das desigualdades raciais na saúde haviam sido quase completamente desmontadas e recomenda sua retomada.[12]

Além disso, nos primeiros dias de governo, as ministras da Igualdade Racial, Anielle Franco, e da Saúde, Nísia Trindade, reuniram-se para debater, dentre outros temas, a PNSIPN, conforme notícia veiculada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde.[13] Antes dessa reunião, a ministra da Saúde já havia adiantado, em coletiva à imprensa, que avançar com as políticas integradas de saúde e raça seria uma das prioridades do governo na frente de combate às desigualdades em saúde, conforme divulgado pelo próprio Ministério da Saúde.[14]

A Conferência Livre Nacional de Saúde da População Negra, realizada em maio de 2023, deu um passo na direção de reforçar a importância da pauta para a melhoria das condições de saúde e vida da população negra, tal como a urgência dessa e de outras que perpassam a vida desses cidadãos e cidadãs. Nesse novo contexto político e social, é importante acompanhar e monitorar a evolução das ações envolvendo a PNSIPN e seu processo de implementação, dada a retomada da interlocução entre governo e controle social.

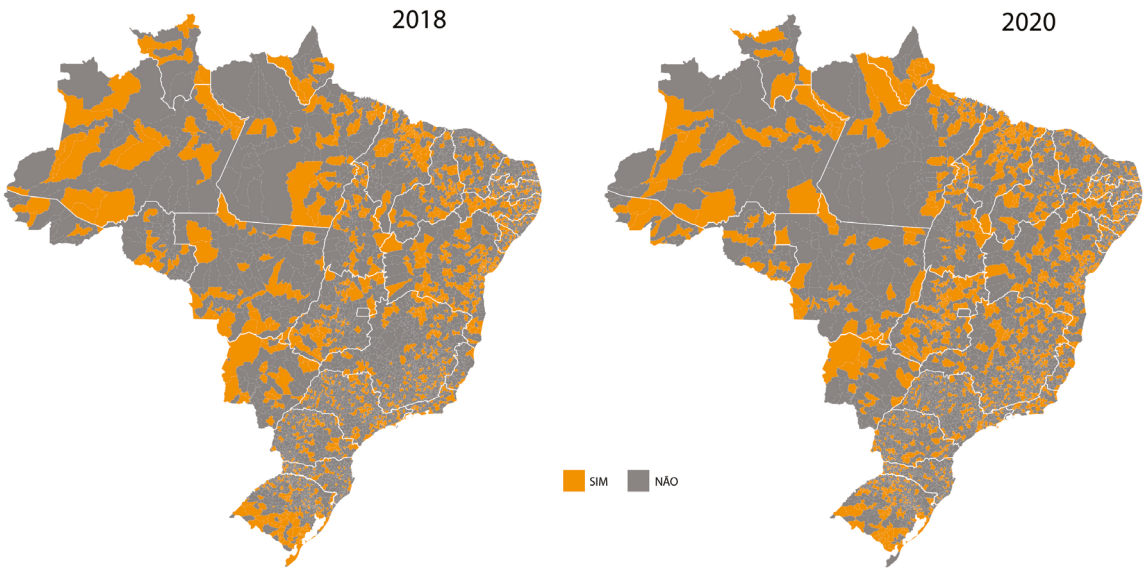
A baixa adesão à PNSIPN nos municípios

Em 2018, 1.550 (27,8%) localidades declararam ter incluído em seus planos municipais de saúde ações previstas na PNSIPN. Em 2021, esse número subiu para 1.781 (32%), um pequeno aumento de menos de cinco pontos percentuais (p.p.). Porém, apenas 686 localidades deram continuidade à política de 2018 para 2021. Ou seja, somente 12,3% dos municípios brasileiros declararam possuir ações da PNSIPN em ambos os anos dos inquéritos do IBGE. Isso revela que não apenas a adoção, mas também a manutenção das ações da PNSIPN ainda são incipientes. Em outras palavras, o processo de implantação da PNSIPN tem encontrado entraves, com idas e vindas.

Analisando esse mesmo dado sob outra perspectiva, no total, 2.645 municípios distintos declararam ter adotado ações da PNSIPN ou em 2018 ou em 2021, o que representa 47,5% dos entes federados locais. Isso quer dizer que mais da metade das localidades, cerca de 52,5%, não adotou a PNSIPN em nenhum dos momentos das pesquisas realizadas pelo IBGE. Os mapas a seguir registram esses dados demonstrando os municípios que responderam "sim" ou "não" à pergunta: "As ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foram incluídas no Plano Municipal de Saúde em 2018 e 2021"?.

Além da inclusão ou não da PNSIPN nos planos municipais de saúde, as pesquisas do IBGE incluem ainda outras questões relacionadas à política, tais como: "Existe no município uma instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra?"; "Os tópicos saúde da população negra e combate ao racismo estão inseridos nos cursos e nos processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde?".

[ii]Esta é uma versão com discussões ampliadas do texto publicado no Nexo políticas públicas: Política Nacional de Saúde da População Negra deve ser prioridade no novo governo. Disponível em: https://pp.nexojornal.com.br/opiniao/2023/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Sa%C3%BAde-da-Popula%C3%A7%C3%A3o-Negra-deve-ser-prioridade-no-novo-governo. Acesso em 15 de agosto 2023.

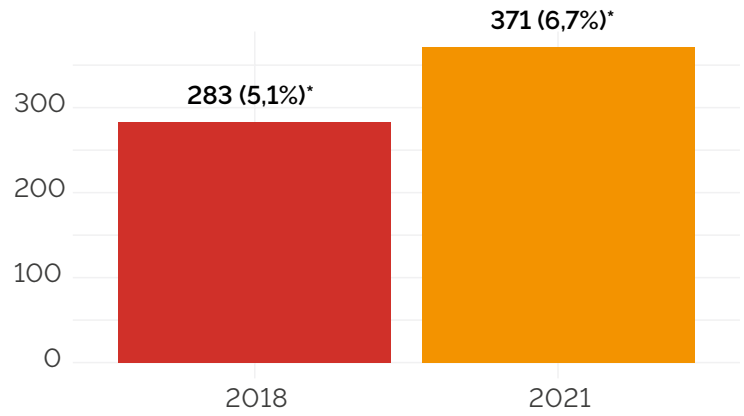


Fonte: elaboração do autor. Dados das Munics de 2018 e 2021.

FIGURA 1 Município com ações previstas na PNSIPN incluídas no Plano Municipal de Saúde

Sobre a existência de instância específica ou órgão de gestão para as ações de saúde voltadas à população negra, apenas 283 municípios responderam "sim", em 2018, e 371, em 2021, dentre os que disseram ter incluído ações voltadas à população negra nos planos municipais de saúde. De outro modo, em 2018, apenas 18% dos que declararam incluir ações voltadas à população negra nos planos de saúde declararam possuir também instâncias específicas para as ações de saúde voltadas à população negra. Esses 283 municípios representam apenas 5,1% do total. Em 2021, foram 20,8% das 1.781 localidades que declararam, além de incluir ações da PNSIPN no plano municipal de saúde, também possuir instâncias específicas para a promoção de ações, que representam 6,7% das unidades federativas locais brasileiras. Isso indica que mais de 93% dos municípios brasileiros ainda não implementaram a PNSIPN em sua totalidade e potencialidade. Além da adoção formal da PNSIPN nos planos municipais de saúde, é fundamental a criação de instâncias específicas voltadas à saúde da população para que a política possa ser de fato efetivada.

Verifica-se que de um ano para outro há uma pequena evolução de 2,5 p.p dos municípios que registraram possuir instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra. Nesse sentido, a PNSIPN tem avançado, mas a passos bem lentos. Apesar das pequenas mudanças incrementais, os dados sugerem que ainda há uma aderência sistematicamente baixa à implementação efetiva da PNSIPN com a criação de instâncias que, concretamente, promovam ações de cuidados específicos voltadas à população negra.

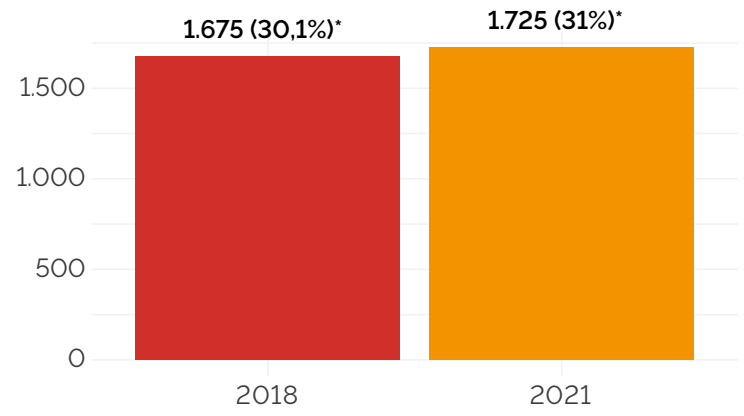


Fonte: elaboração do autor. Dados das Munics de 2018 e 2021.
Nota: *porcentagem do total de municípios.

FIGURA 2 Município com instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra

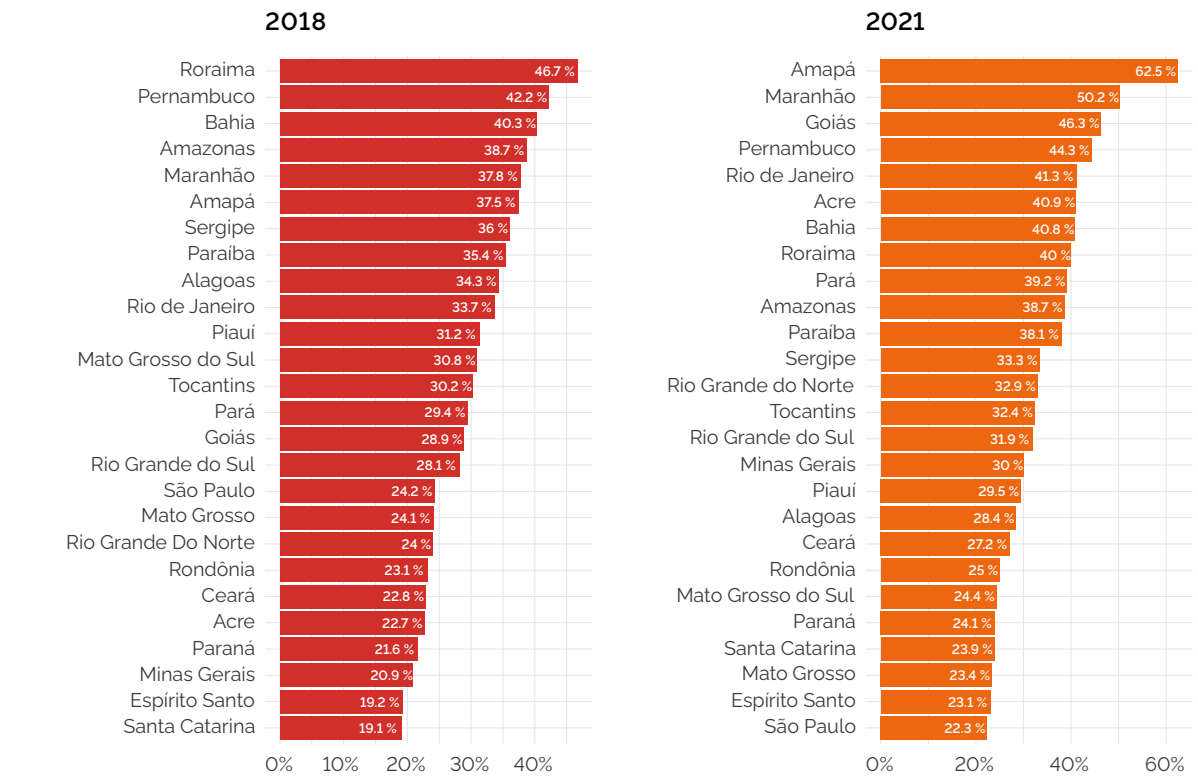
Sobre o oferecimento de cursos e processos de formação continuada para os trabalhadores da saúde com tópicos sobre a saúde da população negra e combate ao racismo, os dados do IBGE indicam que em 2018 1.675 municípios declararam ter esse tópico em algum curso ou processo de formação. Esse número é 8% maior do que o de municípios que declararam ter inserido a PNSIPN no mesmo ano, o que apontaria a presença de ações pontuais, porém não coordenadas pela política. Em 2021, 1.725 municípios responderam "sim" à pergunta sobre esses cursos – um aumento de 3% em relação a 2018.

No cômputo global, tanto em 2018 quanto em 2021 apenas 30% dos municípios, aproximadamente, declararam ter oferecido cursos de formação com tópicos de saúde da população negra e combate ao racismo para o pessoal da saúde. No total, 2.715 municípios distintos declararam ter feito esses cursos em um dos anos das pesquisas do IBGE, o que representa 48,7% do total. Aqui, verifica-se que há um grande espaço para avanços se pensarmos em quais medidas de incentivos poderiam ser tomadas para que mais municípios adotassem essa medida.



Fonte: elaboração do autor. Dados das Munics de 2018 e 2021.
Nota: *porcentagem do total de municípios.

FIGURA 3 Municípios com tópicos saúde da população negra e combate ao racismo estão inseridos nos cursos e nos processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde



Fonte: elaboração do autor. Dados das Munics de 2018 e 2021.

FIGURA 4 Município com instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra

Analisando, por fim, a inclusão ou não da PNSIPN nos planos municipais de saúde de maneira agregada por estados da Federação,[iii] é possível verificar avanços e recuos. Em 2018, Roraima (46,7%), Pernambuco (42,2%) e Bahia (40,3%) foram os estados com as maiores porcentagens de municípios que incluíram a política nos seus planos municipais de saúde. Nesse ano, nenhum estado apresentou mais de 50% dos municípios com adesão às ações da PNSIPN.

Em 2021, essas posições modificaram-se um pouco. Esses estados caíram, respectivamente, para as posições 8ª, 4ª e 7ª. Amapá (62,5%), Maranhão (50,2%) e Goiás (46,3%) ganharam maiores destaques no ranking nacional.

Outros estados também merecem ser destacados, dentre eles o Acre. Entre 2018 e 2021, o percentual de municípios do estado que adotaram a política praticamente dobrou, saindo de 22,7%, em 2018, para 40%, em 2021. O Rio de Janeiro é um caso semelhante — houve um aumento de 8 p.p comparando-se 2018 com 2021.

No Espírito Santo houve um tímido aumento de 3% de municípios que adotaram a PNSIPN em 2021, porém o estado mantém pela segunda vez consecutiva o penúltimo lugar no ranking. São Paulo, que em 2018 ocupava uma posição mediana (24,2%), em 2021 passou ao último lugar no ranking, com apenas 22,3% dos municípios aderindo às ações da PNSIPN nos planos municipais de saúde, o que reflete não só uma queda nos percentuais, como uma baixa aderência histórica da política nos municípios paulistas.

Agora com dados disponíveis, são necessárias mais pesquisas para compreender essas dinâmicas. Talvez esses dados preliminares sejam úteis para orientar mais questões e, quiçá, principalmente, direcionar ações para que os municípios adotem a PNSIPN e, assim, se engajem no combate às desigualdades raciais na saúde.

[iii]Não inclusos os dados do Distrito Federal, não presentes para esse item nas Munics.

Considerações finais

O racismo é um determinante social da saúde, e como todos os determinantes sociais é um problema político,[15] e problemas políticos dessa natureza devem ser resolvidos por meio de políticas públicas adequadas e específicas.

Para o combate das desigualdades raciais na saúde já existe um arcabouço jurídico conquistado pelos movimentos sociais negros — a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A consolidação e a implementação em maior escala desta política, que pode ser entendida como uma ação afirmativa, é fundamental não só para reduzir problemas de saúde urgentes e sensíveis à população negra, mas também para garantir um atendimento permanente mais adequado e cuidadoso a uma população que enfrenta múltiplas vulnerabilidades, quando não sobreposição de opressões.

Nas trocas de gestões municipais (houve eleição em 2020 entre os dois registros do IBGE) sempre há o desafio de dar continuidade às políticas públicas em geral, e em particular para a PNSIPN. Portanto, é preciso pensar em política de incentivos não apenas sob o aspecto de sua adoção, como também para a manutenção da PNSIPN. Incentivos e repasses financeiros devem ser atrelados a indicadores que precisam ser definidos e avaliados. Logo, a priorização da temática pela gestão federal para que a política seja institucionalizada em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental à efetivação da PNSIPN.

É necessário que as gestões municipais incorporem em seus planos municipais de saúde ações da PNSIPN, criando instâncias, projetos e programas voltados para a população negra. Isso pode ser feito observando-se o que os planos operativos discriminam, mas também há margem para inovações. Ao longo dos anos (2008, 2013, 2017) foram criados planos operativos para a PNSIPN. Repensar ações, processos, objetivos, indicadores e metas desses planos é uma tarefa premente.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009 [Internet]. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF; MS; 2009 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html

2. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852

3. Souza TA. Condições de saúde da população negra: análise das desigualdades raciais nas doenças crônicas não transmissíveis e pandemia da covid-19 [tese na Internet]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/45982/1/Condicoessaudepopulacao_Souza_2021.pdf

4. Coelho R, Mrejen M, Remédios j, Campos G. Desigualdades raciais na saúde: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014-2020 [Internet]. Nota Técnica n. 27. São Paulo: IEPS; 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf

5. Rebouças P, Goes E, Pescarini J, Ramos D, Ichihara MY, Sena S, *et al*. Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies. The Lancet Global Health. 2022;10(10):e1453-e1462.

6. Ministério da Saúde (BR). Óbitos por suicídio em adolescentes negros, 2012-2016 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [citado 1 Ago 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf

7. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021. Anuário Brasileiro de Segurança Pública [Internet]. 2021 [citado 1 Ago 2023];15:1-380. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf

8. Brasil. Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003 [Internet]. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. Brasília, DF: PR; 2003 [citado 1 Ago 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.678.htm

9. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010 [Internet]. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília, DF: PR; 2010 [citado 15 Ago 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm

10. Brasil. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012 [Internet]. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF: PR; 2012 [citado 30 Ago 2012]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm

11. São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Instituto de Saúde. Núcleo de Comunicação Técnico-Científica. IBGE incorpora indicadores sobre saúde da população negra apontados em pesquisa do Instituto de Saúde [Internet]. São Paulo, SP: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo; 2019 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/transparencia/ultimas-noticias/ibge-incorpora-indicadores-sobre-saude-da-populacao-negra-apontados-em-pesquisa-do-is

12. Cravo A, Ferreira P. Grupo de Igualdade Racial da Transição propõe que novo governo retome programas criados nas gestões do PT: Relatório entregue ao vice-presidente eleito, Geraldo Alckmin, contém as primeiras conclusões, diagnósticos e propostas do trabalho a equipe. O Globo [Internet]. 2022 Dez 02 [citado 27 Set. 2023]. Disponível em: https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2022/12/grupo-de-igualdade-racial-da-transicao-propoe-que-novo-governo-retome-programas-criados-nas-gestoes-do-pt.ghtml

13. Victor N. Combate ao racismo: ministras debatem redução de desigualdades no acesso à saúde. Gov.br [Internet]. 2023 Jan. 13 [citado 15 Ago 2023]; Saúde. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/20358

14. Guimarães M. Em coletiva, ministra da Saúde anuncia ações prioritárias e campanha de vacinação em fevereiro. Gov.br [Internet]. 2023 Jan 10 [citado 15 Ago 2023]; Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/em-coletiva-ministra-da-saude-anuncia-acoes-prioritarias-e-campanha-de-vacinacao-em-fevereiro

15. Neighbors HW, Mattingly DT, Johnson J, Morse K. The contribution of research to racial health equity? Blame and responsibility in navigating the status quo of anti-black systemic racism [Internet]. Soc Sci Med [Internet]. 2023 [citado 27 Set 2023];316:115209. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35927144/

Dados sobre infecções sexualmente transmissíveis: um olhar para saúde da população negra

Vigilância do HIV/aids, sífilis e hepatites virais

Vigilância do HIV/aids, sífilis e hepatites virais

Departamento de HIV/aids, tuberculose, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis (Dathi/SVSA/MS): Patrícia Carla dos Santos e Ronaldo de Almeida Coelho, Dráurio Barreira.

Aids e HIV

A infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças[1], sendo a aids de notificação compulsória desde 1986, e a infeção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV, desde 2000[2]. Assim, na ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de aids, estes devem ser reportados às autoridades de saúde.

As informações apresentadas descrevem o perfil epidemiológico desses agravos desagregado por raça-cor. Foram utilizadas as notificações compulsórias dos casos de aids e de HIV em gestantes no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e óbitos por aids no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em todo o território nacional nos anos de 2011 a 2021.

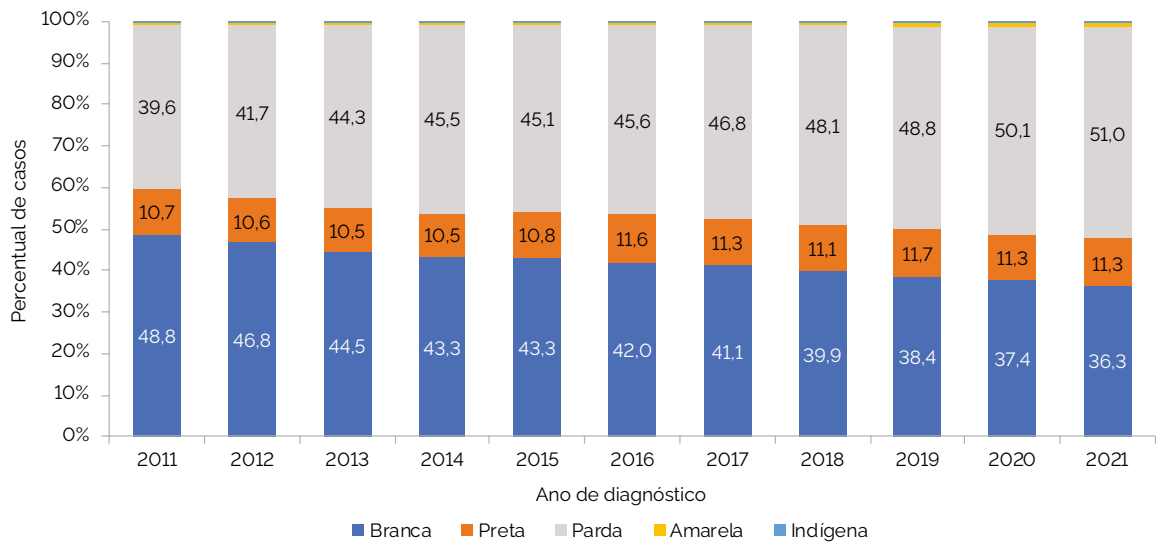
Houve uma melhora no preenchimento da informação raça/cor autodeclarada nas notificações de aids e HIV em gestantes. Nas declarações de aids, o percentual de ignorados em 2011 foi de 8,2%, e em 2021 foi de 5,3%. Para HIV em gestantes, a proporção de ignorados passou de 5,7% em 2011 para 4,1% em 2021. A completitude dessa informação no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) é um pouco melhor, tendo a proporção de ignorados variado de 5,6% em 2011 para 2,6% em 2021.[3]

Proporção de casos detectados de aids segundo a raça/cor

Quando se analisa a distribuição dos casos de aids nos últimos dez anos segundo o quesito raça/cor, observa-se aumento na proporção de casos entre as pessoas pardas e queda na proporção entre as pretas (Figura 1). No entanto, considerando-se a proporção conjunta de pretos e pardos, observa-se aumento de 12 pontos percentuais na proporção de casos entre pessoas negras entre os anos de 2011 (50,3%) e 2021 (62,3%).

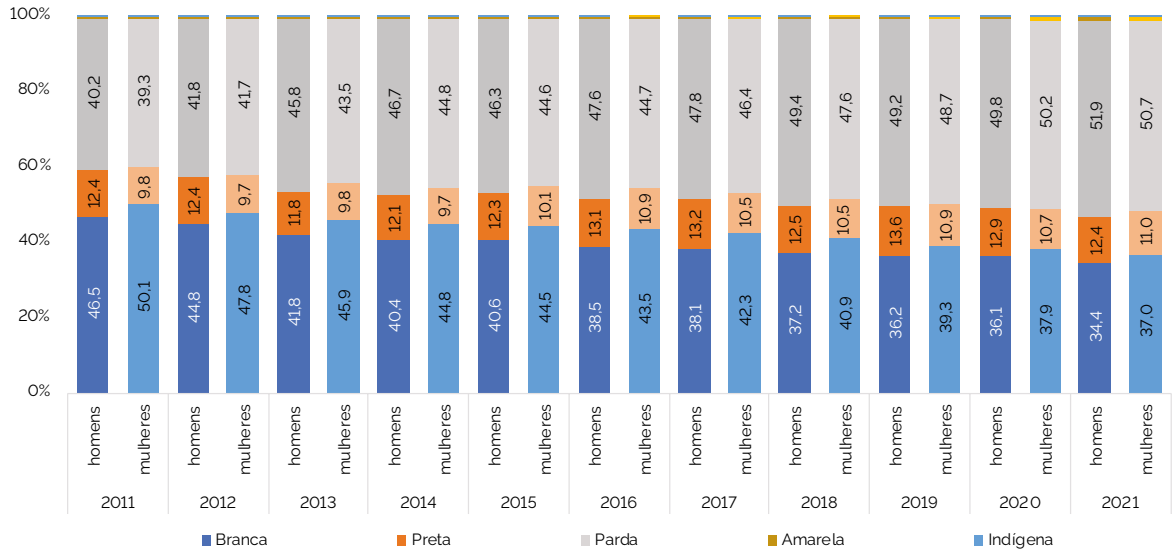
Em relação ao sexo, dentre as pessoas pretas, a proporção de homens é mais elevada que a de mulheres em todo o período. Para os autodeclarados pardos, a proporção de mulheres excede a de homens apenas no ano de 2020 (Figura 2).

No ano de 2021, dentre as pessoas menores de 14 anos notificadas com aids, a proporção de negros é superior a 70%, com 6,3% de pretos e 64,9% de pardos. Dentre os jovens de 15 a 29 anos, a proporção de negros é de 63,7%, com 13,2% de pretos e 50,5% de pardos. A menor proporção de pretos e pardos é na faixa etária de 50 anos e mais (Figura 3).



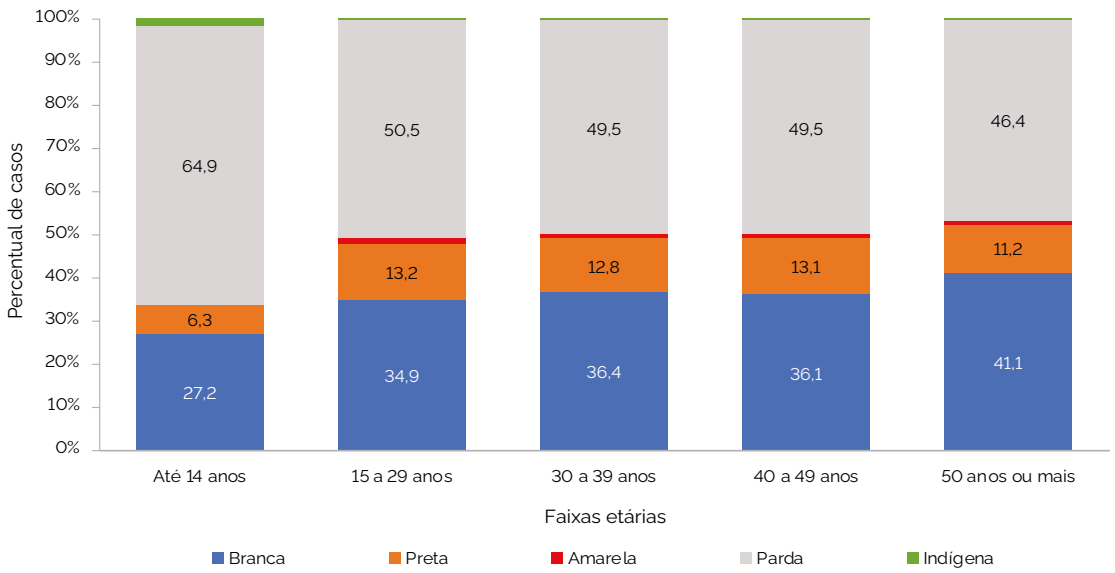
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 1 Proporção de casos de aids detectados segundo a raça/cor por ano do diagnóstico — Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 2 Proporção de casos de aids detectados segundo a raça/cor, o sexo e o ano do diagnóstico – Brasil 2011 a 2021



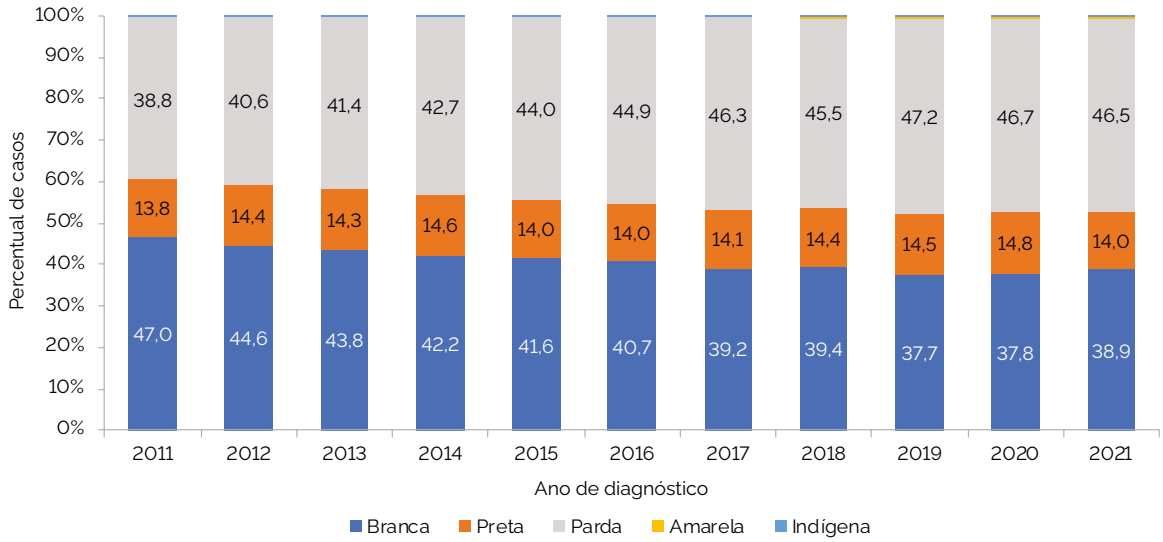
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 3 Proporção de casos de aids detectados segundo a raça e a faixa etária – Brasil, 2021

Proporção de óbitos por aids segundo a raça/cor

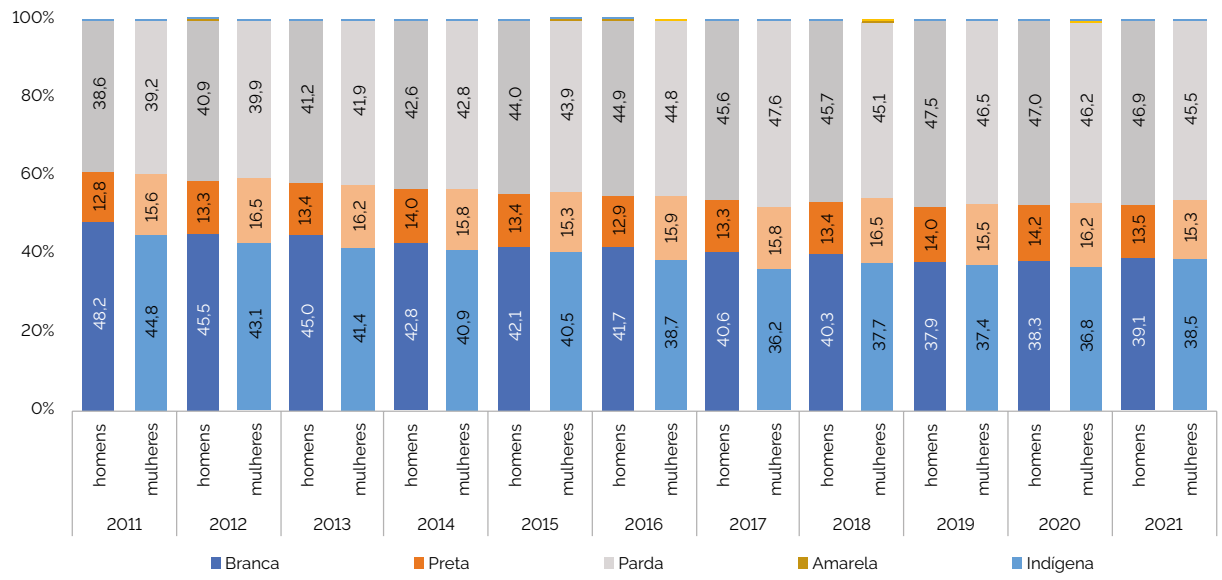
Quando os óbitos por aids notificados no ano de 2021 são distribuídos proporcionalmente por raça/cor, observa-se que entre os anos de 2011 e 2021 houve aumento de cerca de 8 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas negras. Em 2011, 52,6% dos óbitos foram de pessoas negras (38,8% de pardos e 13,8% de pretos); já em 2021, a proporção de 60,5% dos óbitos se deu entre negros (46,5% de pardos e 14,0% de pretos) (Figura 4).

Em relação aos óbitos, dentre os pretos, a proporção de mulheres é mais elevada que a de homens em todo o período. Dentre os óbitos de pardos, a partir de 2018 a proporção de homens excede a de mulheres (Figura 5).



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 4 Proporção de óbitos por aids segundo a raça/cor e o ano do óbito – Brasil, 2011 a 2021



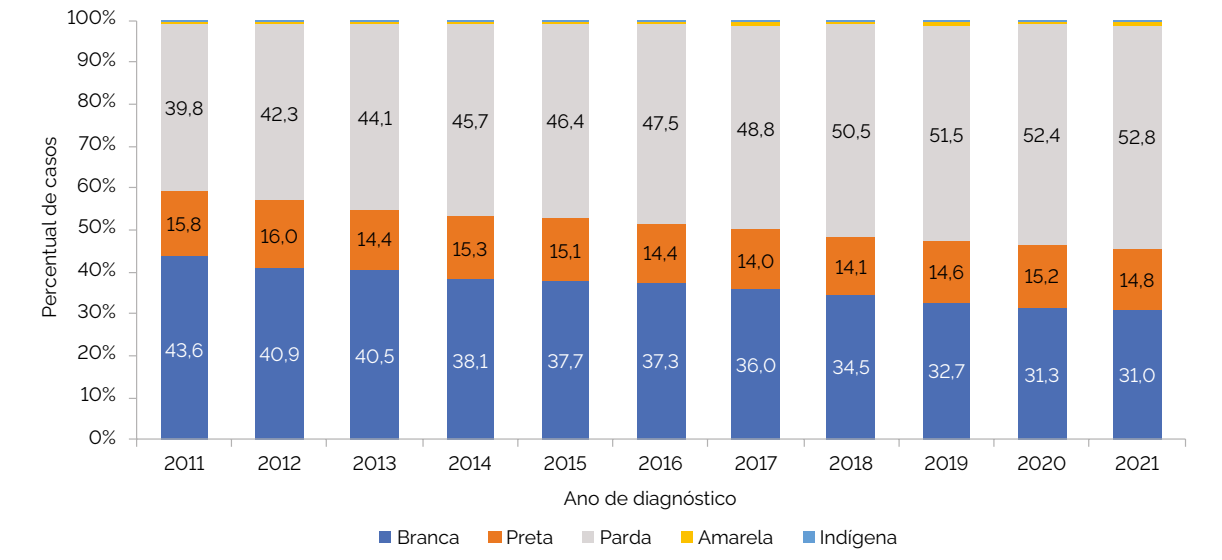
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 5 Proporção de óbitos por aids segundo a raça/cor, o sexo e o ano do óbito – Brasil, 2011 a 2021

Proporção de casos de HIV detectados em gestantes segundo a raça/cor

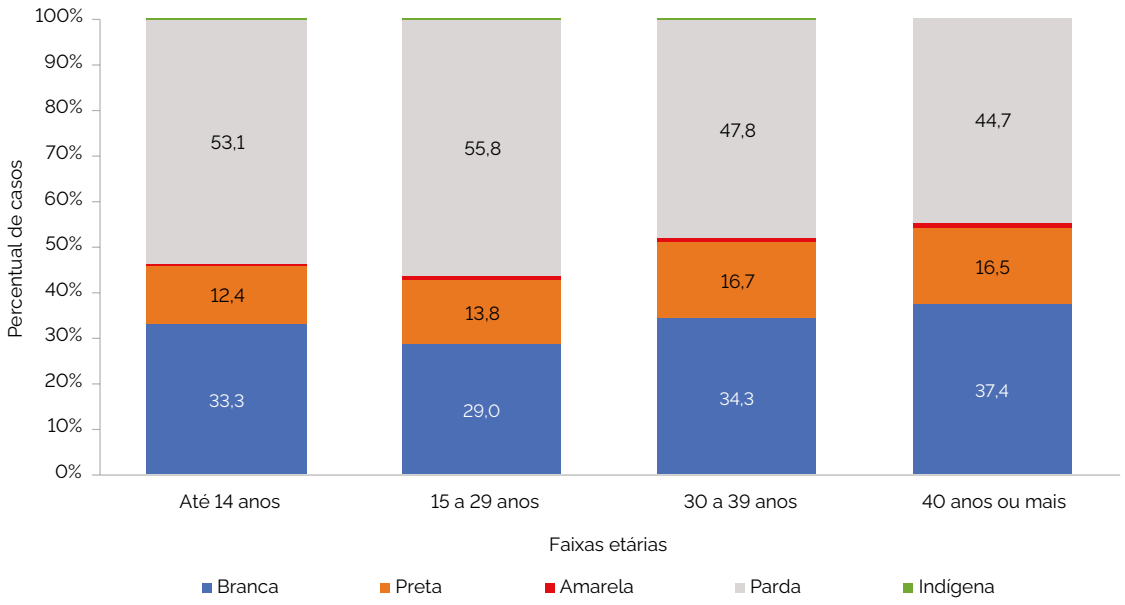
Em 2021 houve um predomínio de casos de gestantes com infecção pelo HIV autodeclaradas negras, sendo 52,8% de mulheres pardas e 14,8% de mulheres pretas. A tendência de casos entre as gestantes pardas vem crescendo desde o início da série histórica e a proporção de pretas aumentou entre os anos de 2011 e 2021 (Figura 6).

Em 2021, a maior proporção de gestantes negras dentre as notificadas está na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo 13,8% de jovens pretas e 55,8% de jovens pardas (Figura 7).



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 6 Proporção de casos de HIV detectados em gestantes segundo a raça/cor e o ano do diagnóstico – Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 7 Proporção de casos de HIV detectados em gestantes segundo a raça e a faixa etária – Brasil, 2021

Sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita

No Brasil, a notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria n. 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, pela Portaria n. 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria n. 2.472, de 31 de agosto de 2010. Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria n. 264, de 17 de fevereiro de 2020. Em 2017, os critérios para definição da sífilis adquirida em gestantes e congênita foram revisados e atualizados.[4]

Foram utilizadas as notificações compulsórias dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em todo o território nacional nos anos de 2011 a 2021.

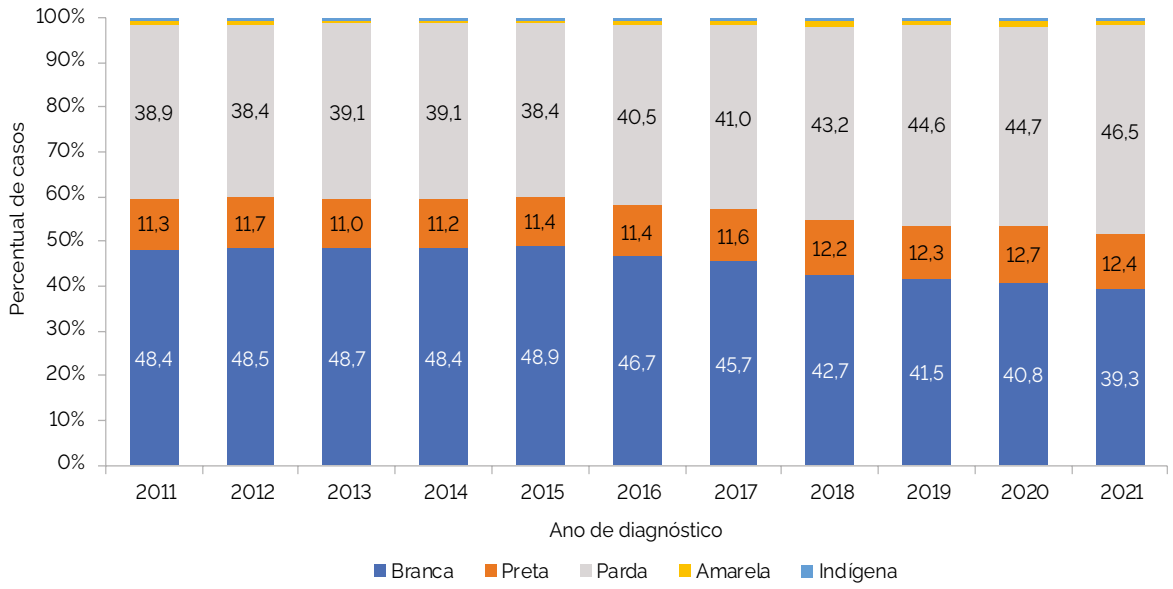
Observa-se uma melhora no preenchimento da informação raça/cor autodeclarada nas notificações de sífilis. Para sífilis adquirida, o percentual de ignorados passou de 19,7% em 2011 para 12,8% em 2021. Em sífilis em gestantes, a proporção de ignorados passou de 10,4% em 2011 para 6,3% em 2021. Houve melhora na informação raça/cor da mãe nas notificações de sífilis congênita, sendo a proporção de ignorados de 11,5% em 2011, passando para 8,7% em 2021.[5]

Proporção de casos detectados de sífilis adquirida segundo a raça/cor

A proporção de casos de sífilis adquirida em indivíduos autodeclarados pretos e pardos foi de 50,2% em 2011 e 59,0% em 2021, sendo a proporção em pessoas pardas superior a 40% desde 2016 (Figura 8).

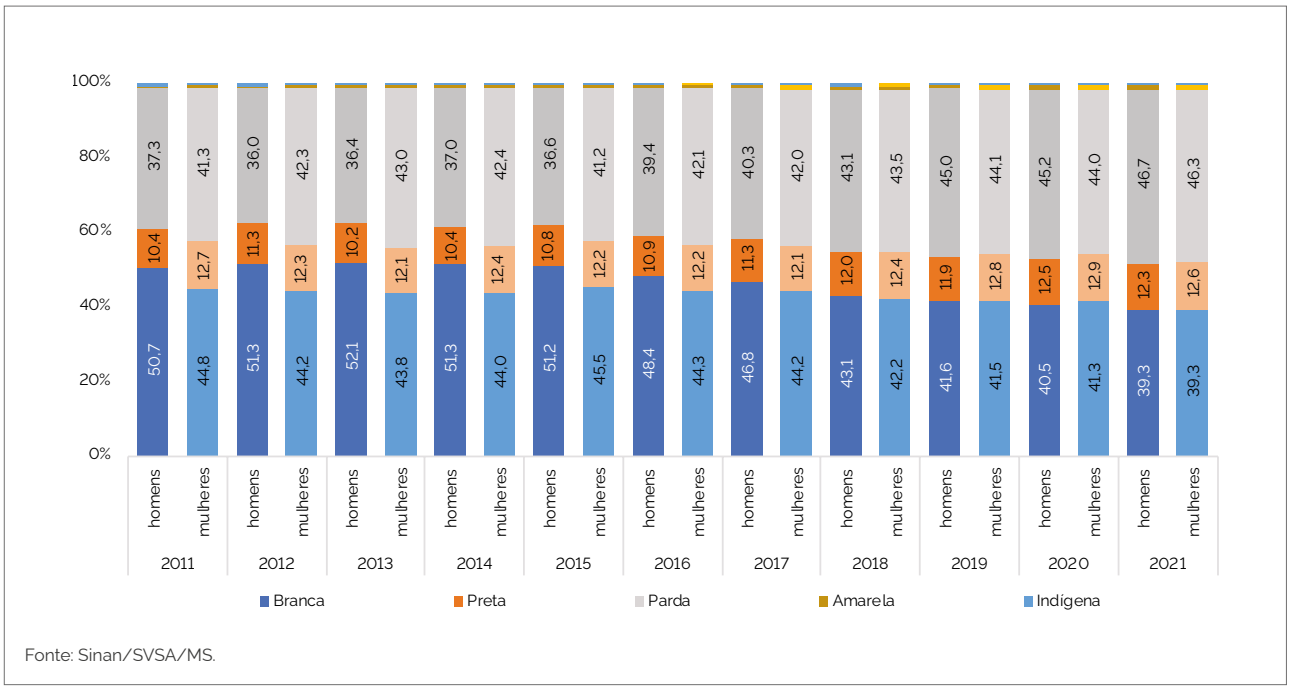
Nos casos de sífilis adquirida de pessoas autodeclaradas pretas, a proporção de mulheres é mais elevada que a de homens em todo o período. Dentre as pessoas pardas, a partir de 2019 a proporção de homens é mais elevada que a de mulheres (Figura 9).

Na Figura 10 observa-se que, em 2021, em relação à proporção de casos detectados de sífilis adquirida, os negros são maioria em todas as faixas etárias, com destaque para indivíduos de até 14 anos, com 64,6% de negros, sendo 53,4% pardos e 11,2% pretos. A menor proporção de negros está na faixa de idade de 50 anos e mais (56,1%) e indivíduos de 30 a 39 anos (59,8%).



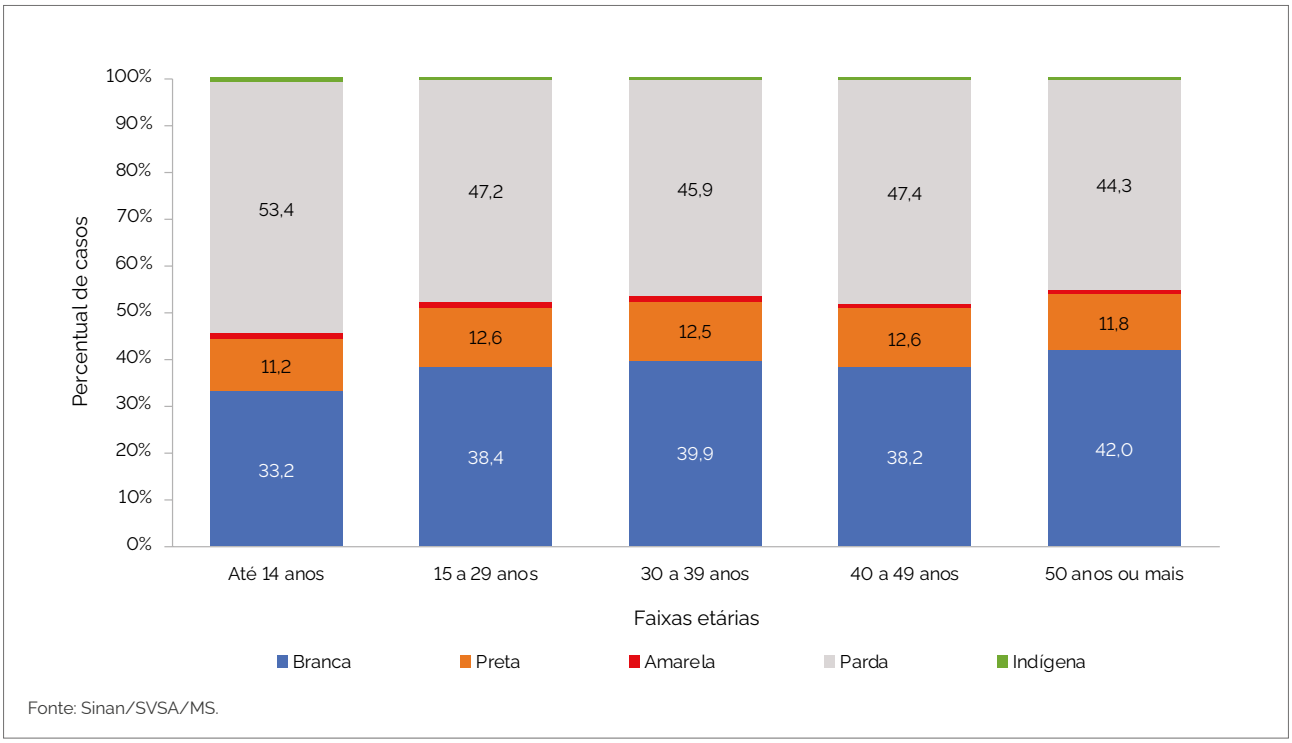
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 8 Proporção de casos detectados de sífilis adquirida segundo a raça/cor – Brasil, 2021



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 9 Proporção de casos detectados de sífilis adquirida segundo a raça/cor, o sexo e o ano de diagnóstico – Brasil 2011 a 2021



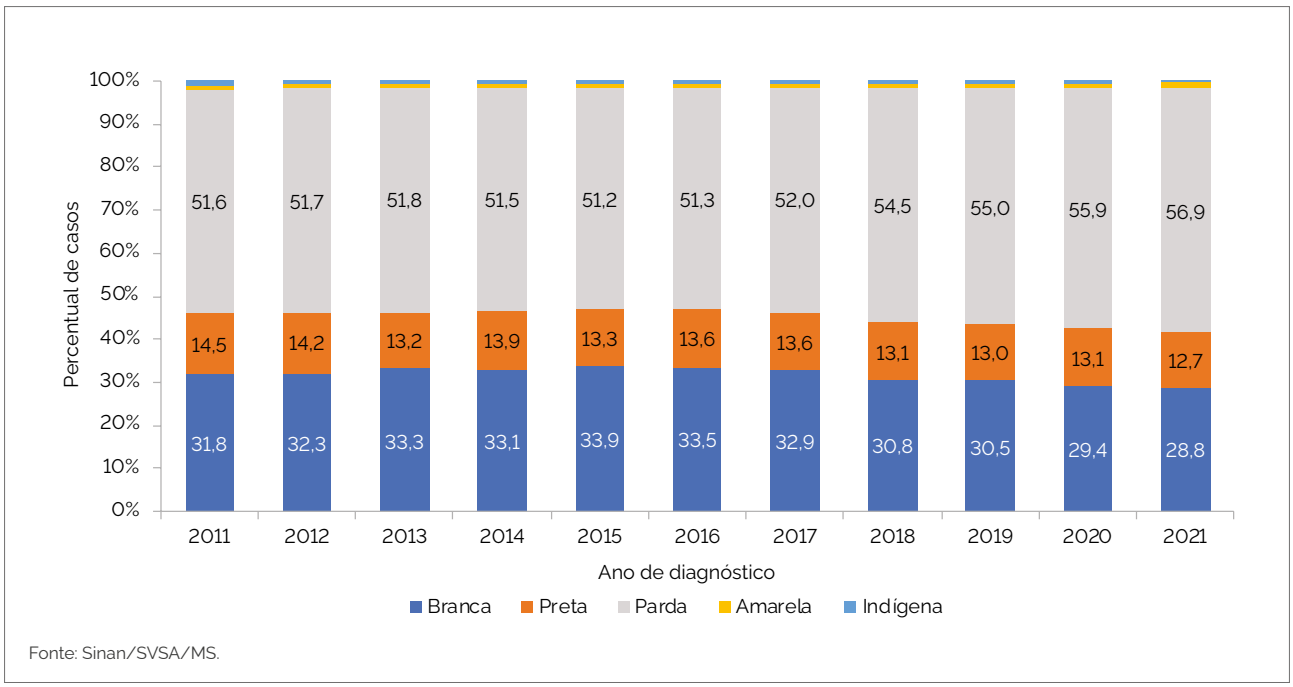
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 10 Proporção de casos detectados de sífilis adquirida segundo a raça e a faixa etária – Brasil, 2021

Proporção de sífilis detectada em gestantes segundo a raça/cor

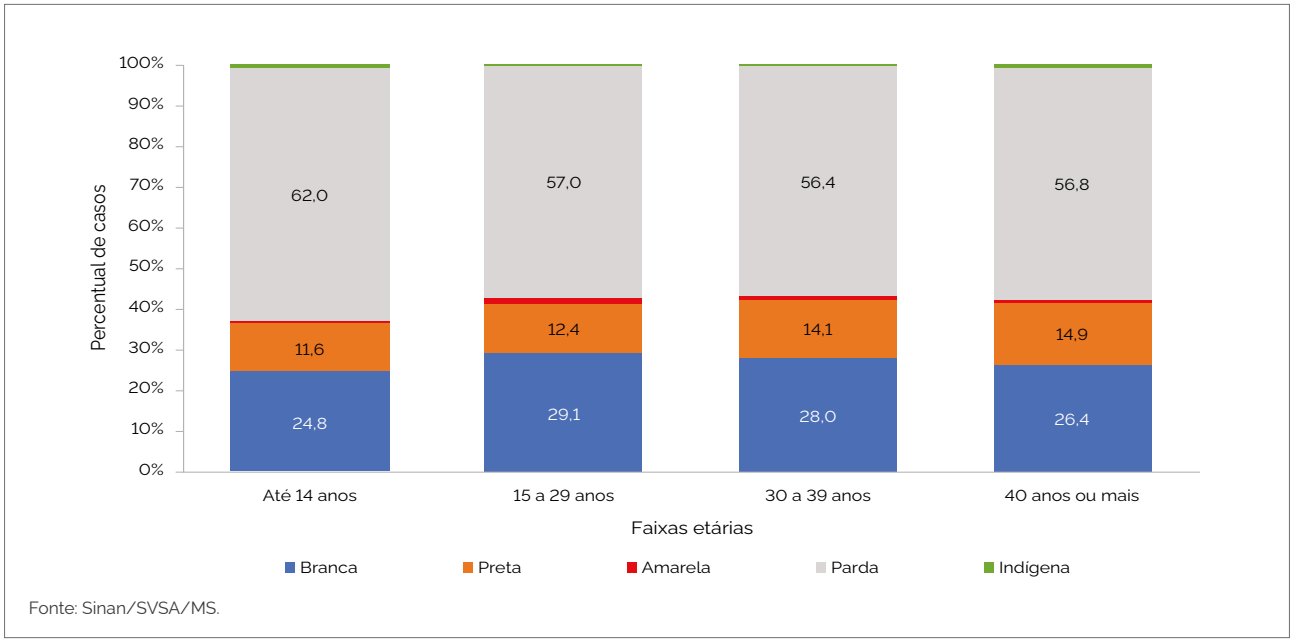
Em relação ao critério raça/cor, a proporção de gestantes diagnosticadas com sífilis autodeclaradas pardas variou entre 51,6% em 2011 e 56,9% em 2021. Há uma pequena redução na proporção de mulheres autodeclaradas pretas, que passou de 14,5% em 2011 para 12,7% em 2021. Em todo o período, mais de 60% das gestantes diagnosticadas com sífilis eram negras (Figura 11).

Em 2021, em todas as faixas etárias a proporção de mulheres negras dentre as gestantes detectadas com sífilis é 73,6% em adolescentes menores de 14 anos e 71,7% dentre as mulheres com 40 anos e mais de idade (Figura 12). A proporção de mulheres pardas é superior a 50% em todas as faixas de idade.



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 11 Proporção de casos de sífilis em gestantes segundo a raça/cor e o ano do diagnóstico – Brasil, 2011 a 2021

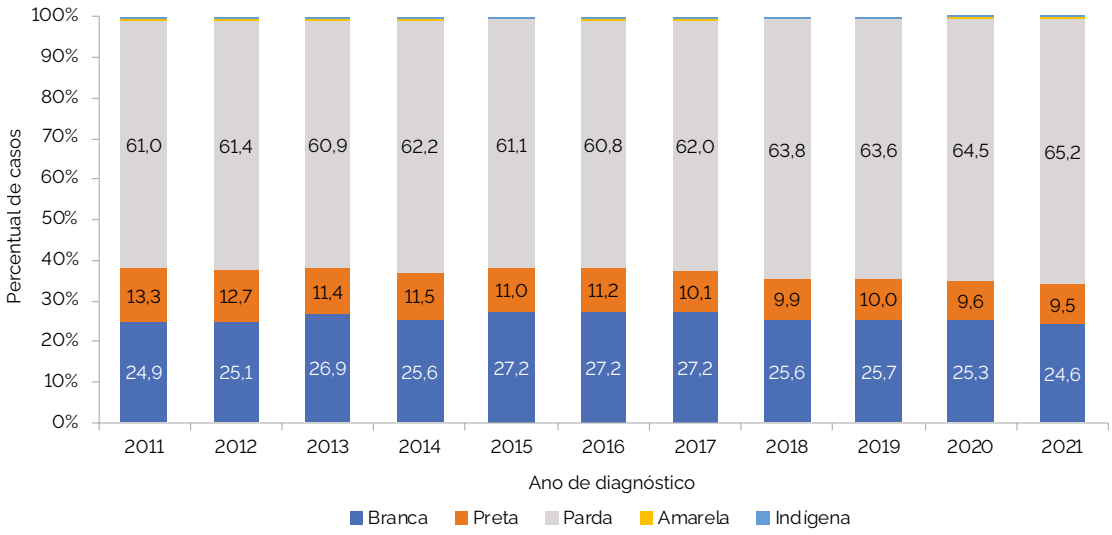


Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 12 Proporção de casos de sífilis em gestantes segundo a raça e a faixa etária – Brasil, 2021

Proporção de casos detectados de sífilis congênita segundo a raça/cor da mãe

Em relação à raça/cor das mães de crianças com sífilis congênita, houve uma redução na proporção de pretas (13,3% em 2011 e 9,5% em 2021) e um aumento na proporção de pardas (61,0% em 2011 para 65,2% em 2021). Em todo o período, a proporção de mulheres negras foi superior a 70% (Figura 13).



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 13 Proporção de casos de sífilis congênita detectados segundo a raça/cor da mãe e o ano do diagnóstico – Brasil, 2011 a 2021

Hepatite B e hepatite C

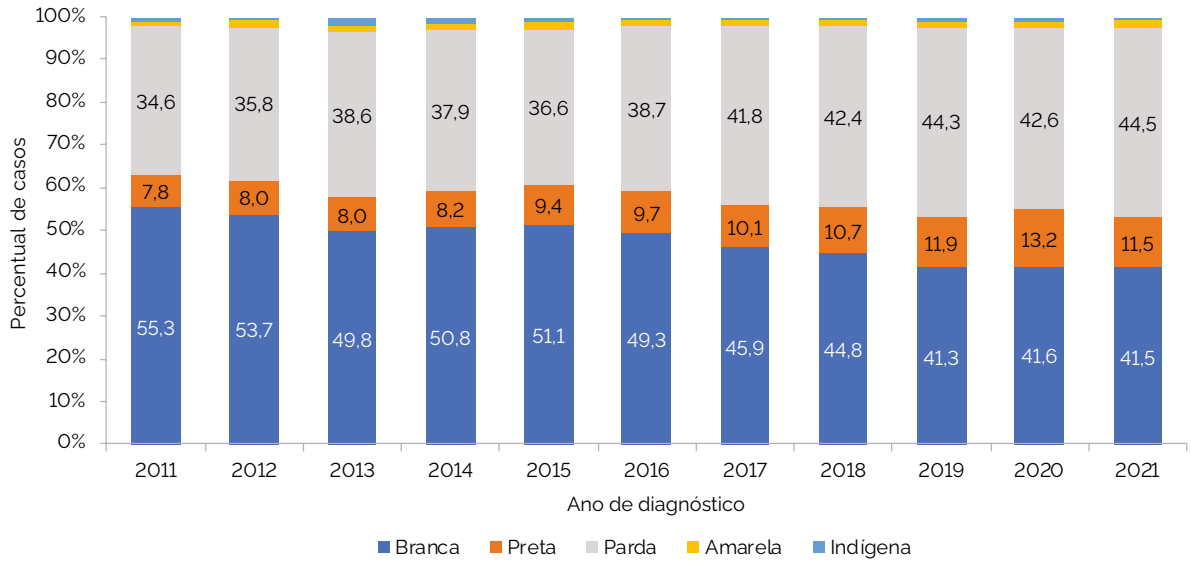
As hepatites virais são doenças de notificação compulsória desde 1999, com a publicação da portaria do Ministério da Saúde n. 1.461, em 22 de dezembro de 1999. Foram utilizadas as notificações compulsórias dos casos de hepatites B e C no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em todo o território nacional nos anos de 2011 a 2021.

O preenchimento da informação sobre a raça/cor dos indivíduos notificados com hepatites B e C apresentou pouca melhora no período de 2011 a 2021, com redução expressiva na proporção de registros com raça ignorada/não declarada, que passou de 12,5% em 2011 para 9,4% em 2021 para hepatite B; e em 2011, 13,9% de registros não possuíam informação de raça, e em 2021 esse percentual foi de 11,0%.[6]

Proporção de casos de hepatite B detectados segundo a raça/cor

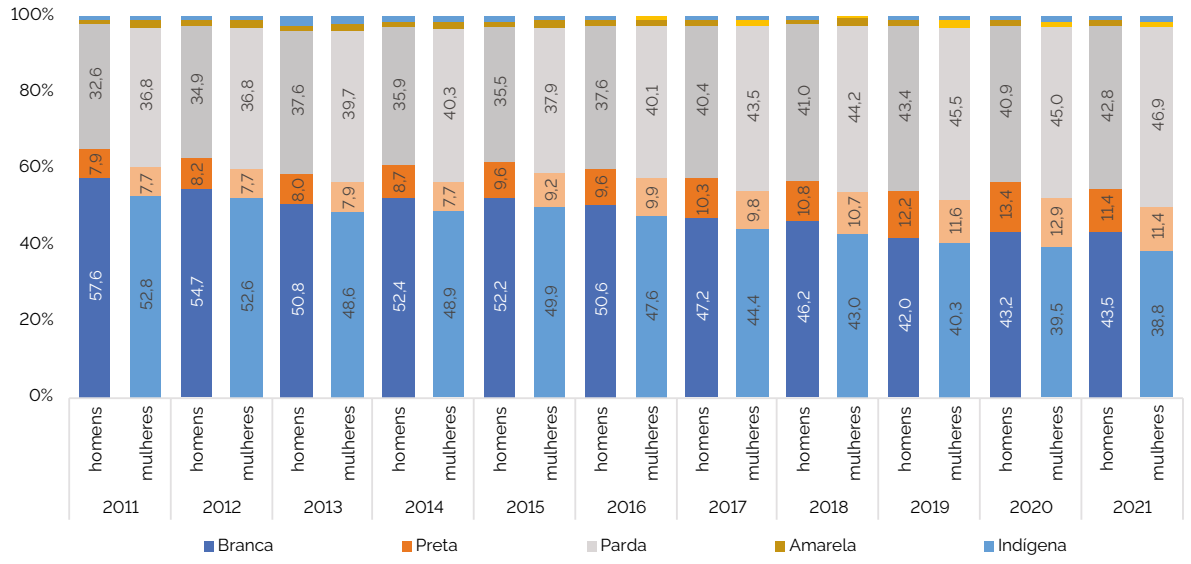
A distribuição proporcional dos casos segundo a raça/cor mostra que, em 2011, 42,4% dos casos de hepatite B notificados foram de indivíduos autodeclarados negros, sendo 34,6% pardos e 7,8% pretos. Em 2021, essa proporção foi de 62,8%, sendo 43,2% de pessoas pardas e 19,6% de pretas (Figura 14).

A Figura 15 mostra a distribuição de casos de hepatite B conforme sexo e raça autodeclarados. Dentre os casos de pessoas autodeclaradas pretas, a proporção de mulheres é mais elevada que a de homens em todo o período, exceto no ano de 2016. Dentre as pessoas pardas, a proporção de mulheres é mais elevada que a de homens em todo o período.



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

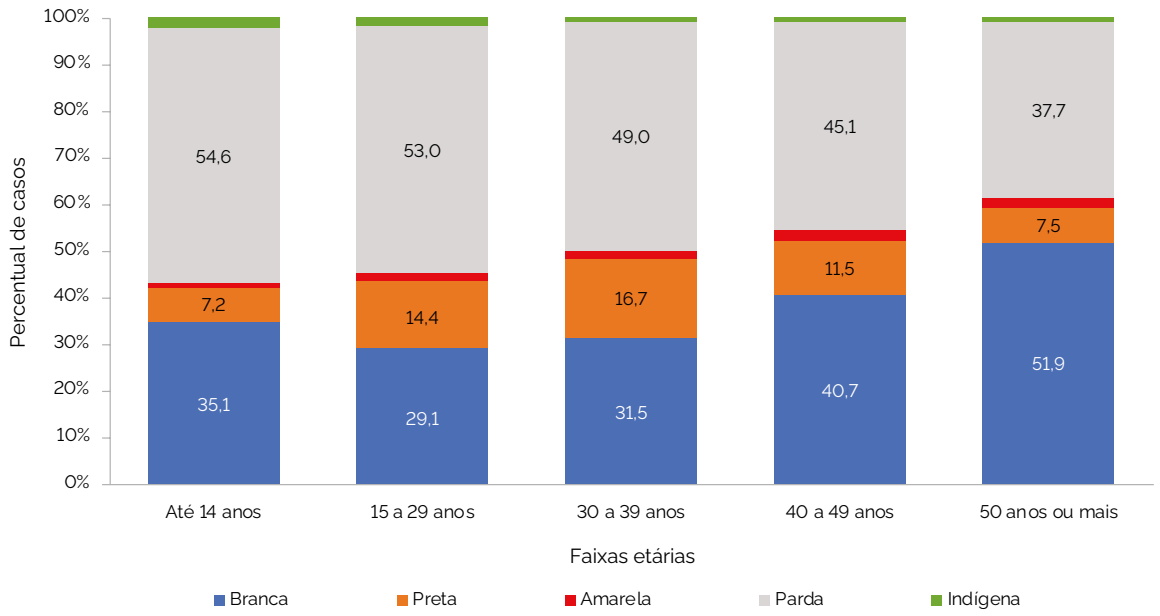
FIGURA 14 Proporção de casos de hepatite B detectados segundo a raça/cor e o ano do diagnóstico — Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 15 Proporção de casos de hepatite B detectados segundo a raça/cor, o sexo e o ano do diagnóstico – Brasil, 2011 a 2021

Dentre os indivíduos com até 39 anos, a proporção de negros é superior a 60%, chegando a 67,4% entre os jovens de 15 a 29 anos, sendo 53% de pardos e 14,4% de pretos. Dentre os indivíduos com 50 anos e mais, a proporção de negros é de 45,3% (Figura 16).



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

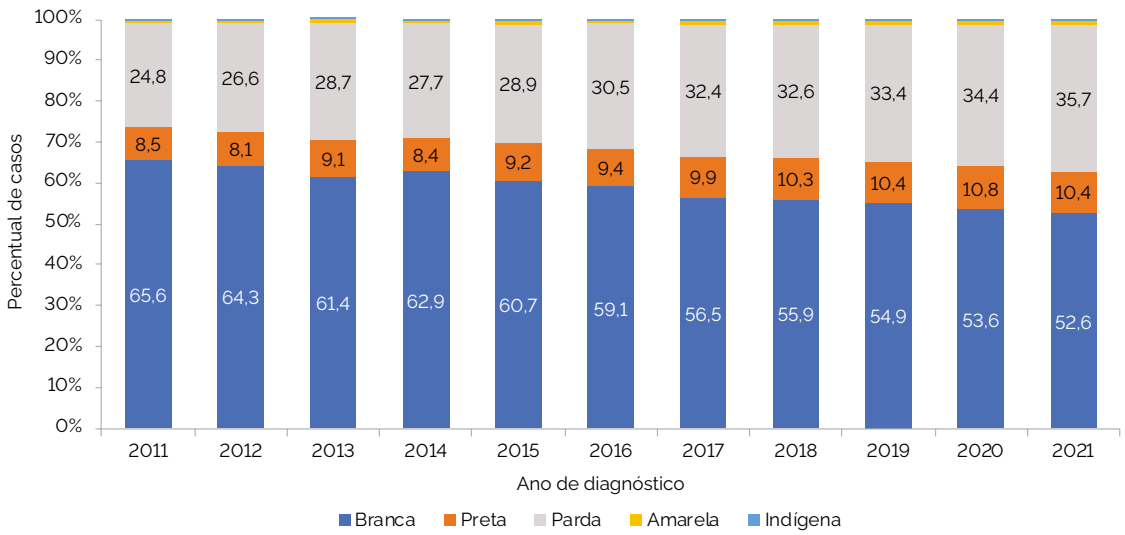
FIGURA 16 Proporção de casos de hepatite B segundo a raça e a faixa etária – Brasil, 2021

Proporção de casos detectados de hepatite C segundo a raça/cor

Considerando a distribuição dos casos de hepatite C segundo a raça/cor no período analisado, observa-se que houve aumento na proporção de negros, passando de 33,3% em 2011 para 46,1% em 2021. O aumento foi de cerca de 2 pontos percentuais na proporção de autodeclarados pretos e 10,8 pontos na proporção de pardos (Figura 17).

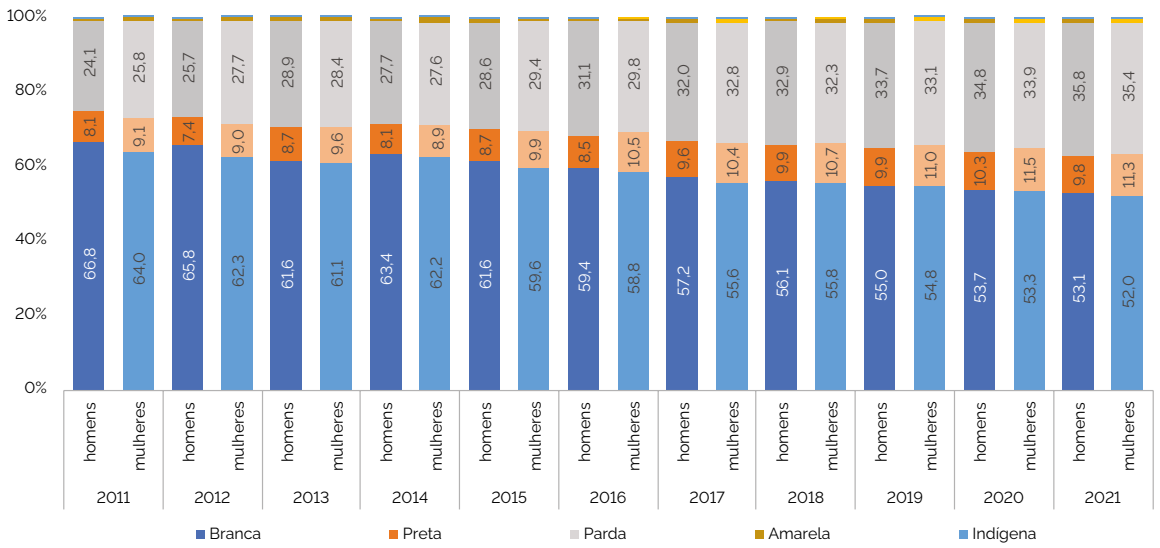
Na distribuição de casos de hepatite C conforme o sexo e a raça autodeclarados, observa-se que em todo o período a proporção de mulheres é mais elevada que a de homens entre os casos de pessoas autodeclaradas pretas.

Considerando as faixas de idade, a proporção de negros detectados com hepatite C em 2021 foi de 54,4% na faixa de 15 a 29 anos (11,6% de pretos e 42,8% de pardos) e 50,1% em indivíduos menores de 14 anos (Figura 19).



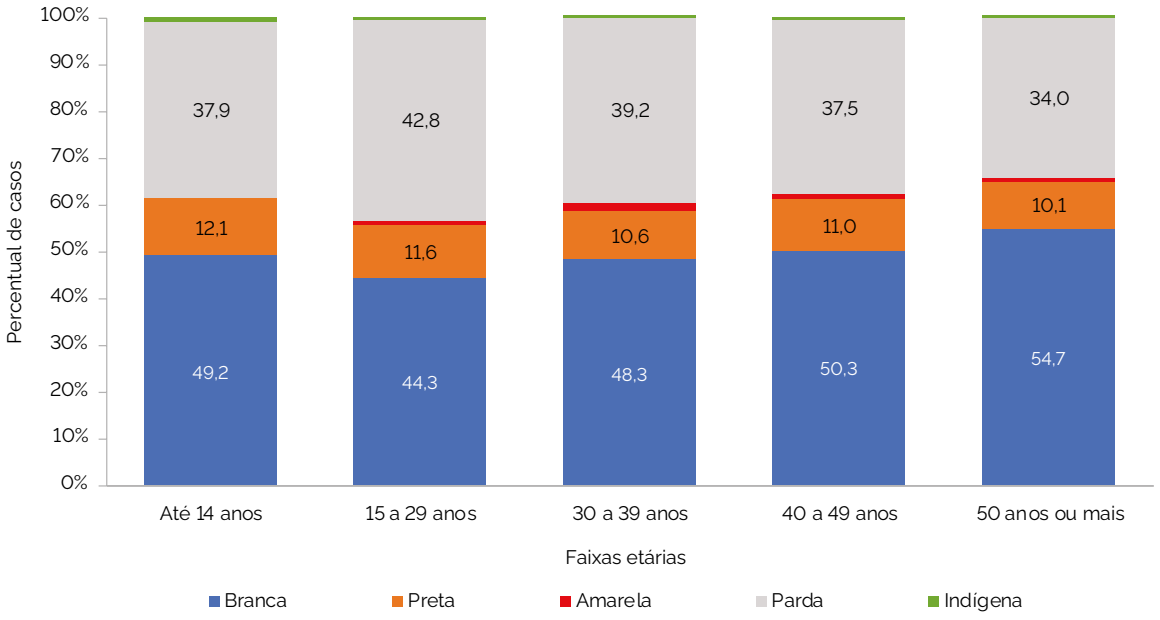
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 17 Proporção de casos de hepatite C detectados segundo a raça/cor e o ano do diagnóstico – Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 18 Proporção de casos de hepatite C detectados segundo a raça/cor, o sexo e o ano do diagnóstico – Brasil, 2011 a 2021



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 19 Proporção de casos de hepatite C segundo a raça e a faixa etária – Brasil, 2021

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n.º 420, de 2 de março de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [Internet]. Brasília, DF: MS; 2022 [citado 28 Set 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0420_04_03_2022.html

2. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000. Altera a Lista de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: MS; 2000 [citado 28 Set 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0993_04_09_2000.html

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. HIV/aids 2022. Boletim epidemiológico [Internet]. 2022 Dez [citado 27 Set 2023];(Spec No):9-73. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. Altera os critérios de definição dos casos para notificação de Sífilis adquirida, Sífilis em gestantes e Sífilis congênita [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [citado 28 Set 2023]. Disponível em: http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2022. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2022 Out [citado 27 Set 2023];(Spec No):7-55. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/sifilis/boletim_sifilis-2022_internet-2.pdf/view

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais 2022. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2022 Jun [citado 27 Set 2023];(Spec No):7-79. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2022-numero-especial

Panorama epidemiológico da malária no Brasil: um enfoque no enfrentamento à doença na população negra

Malária

Malária

Coordenação de Eliminação da Malária (Cema/DEDT/SVSA):
Ana Carolina Laraia Ciarlini, Anderson Coutinho da Silva, Cássio Roberto Leonel Peterka, Jessica de Oliveira Sousa..

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT/SVSA/MS):
Alda Maria da Cruz.

Introdução

A malária é uma doença infecciosa transmitida geralmente por meio da picada de mosquitos fêmeas do gênero *Anopheles* (também conhecido como carapanã, muriçoca, sovela, mosquito-prego etc.) quando infectados com o parasita do gênero *Plasmodium*. No Brasil, a transmissão da doença se dá principalmente por três espécies do protozoário: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malarie*, sendo a malária vivax a mais prevalente, e a malarie com ocorrências raras e localizadas.[1-2]

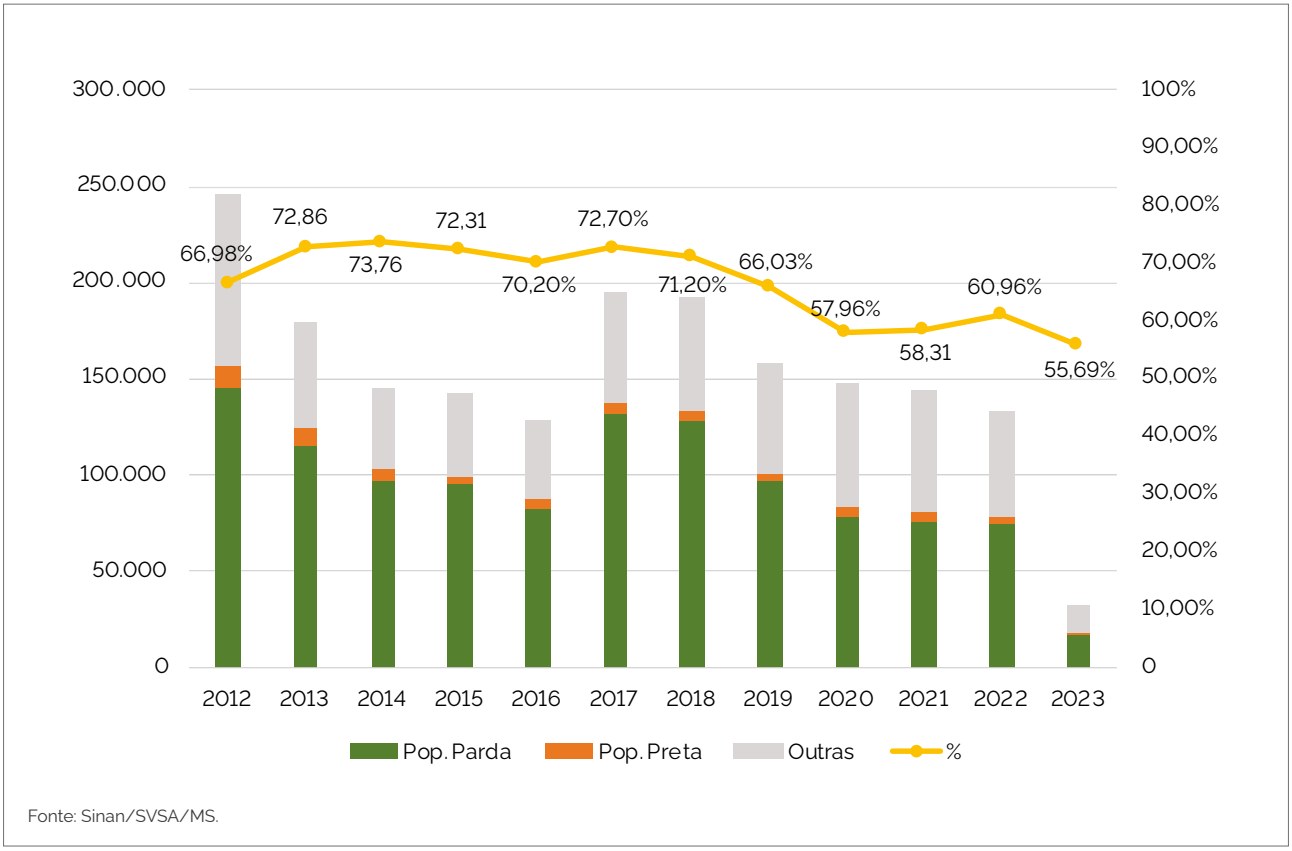
Cerca de 99% dos casos autóctones de malária, ou seja, com transmissão local, estão concentrados na região amazônica, composta pelos estados da Região Norte (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima, Pará e Tocantins), além do Maranhão e de Mato Grosso. A doença está intimamente relacionada a alterações ambientais capazes de alterar a população dos vetores, além de ter uma maior ameaça de transmissão quando há condições socioeconômicas precárias, como falta de moradias adequadas e de saneamento básico. As áreas de maior transmissão muitas vezes estão em locais remotos e de difícil acesso, como áreas rurais, de garimpo e indígenas, o que dificulta a atuação dos serviços de saúde.[3-4]

Visando a mitigar os impactos da doença, a Coordenação de Eliminação da Malária lançou em 2022 o Plano Nacional de Eliminação da Malária, que, por meio de ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento oportuno dos casos, além de outras ações – como as de controle vetorial –, visam a eliminar a doença no País até 2035.[1]

Os dados deste boletim foram coletados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Malária (Sivep-Malária), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). O período analisado foi entre os anos de 2012 e 2023 (os dados de 2023 são parciais e podem sofrer alterações). Somente a partir de 2011 a variável "raça/cor" tornou-se de preenchimento obrigatório no Sivep-Malária. Dados atualizados em 19/7/2023.

Panorama epidemiológico da malária na população negra

Em 2022 foram diagnosticados 128.991 casos autóctones de malária, uma redução de 8,62% quando comparado ao ano anterior. Destes, 78.628 (60,96%) ocorreram em pessoas autodeclaradas pardas ou pretas (57,33% e 3,63%, respectivamente), sendo este o ano com menor registro de casos considerando-se a série analisada. Por sua vez, o ano com o maior registro de casos foi 2012, quando foram registrados 157.526 casos de malária nas referidas populações (66,98% do total de casos), sobretudo em pessoas autodeclaradas pardas (62,02%). Até o mês de março de 2023, 17.676 casos novos de malária foram notificados na população negra, representando 55,69% do total de casos notificados (31.740 casos) (dados preliminares) (Figura 1).



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 1 Número e proporção de casos autóctones de malária no Brasil na população negra (pardos e pretos) – 2012 a março de 2023*

Da mesma forma que no cenário epidemiológico encontrado no País, em 2022 a maioria dos casos registrados na população negra, ao longo da série analisada, foi causada pela espécie *P. vivax* (86,86%, média dos anos analisados), uma espécie que relativamente provoca sintomas mais brandos quando comparada à espécie *P. falciparum* (12,07% – média dos anos analisados). A maioria dos casos ocorreu em pessoas do sexo masculino (63,06% – média dos anos analisados).

As "áreas especiais" são categorizadas de acordo com suas semelhanças sociodemográficas e epidemiológicas com cada região, sendo classificadas em áreas de garimpos, assentamentos, terras indígenas, áreas rurais e áreas urbanas. Considerando todos os anos de análise, os casos concentraram-se na população parda, especialmente em áreas rurais (63,92% dos casos), seguidas por áreas urbanas (15,99%). Na população autodeclarada preta, a maioria dos casos também ocorreu em áreas rurais (56,32%), porém sendo seguidas por áreas de garimpo (20,04%).

TABELA 1 Número e proporção de casos autóctones de malária na população negra em relação ao total de casos registrados no País — 2012 a março de 2023*

População parda		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	TOTAL
Área indígena	n	3.379	3.495	2.391	2.275	1.228	2.191	2.416	4.347	3.907	3.055	2.579	504	31.767
	%	2,32%	3,04%	2,47%	2,38%	1,48%	1,65%	1,88%	4,51%	4,99%	4,02%	3,49%	3,06%	2,79%
Assentamento	n	10.417	8.348	7.083	5.958	6.303	9.239	9.883	7.190	6.378	5.861	5.182	953	82.795
	%	7,14%	7,27%	7,32%	6,24%	7,59%	6,97%	7,70%	7,46%	8,14%	7,71%	7,01%	5,79%	7,28%
Em branco	n	1.969	1.278	822	707	713	782	971	1.214	1.094	1.361	1.092	283	12.286
	%	1,35%	1,11%	0,85%	0,74%	0,86%	0,59%	0,76%	1,26%	1,40%	1,79%	1,48%	1,72%	1,08%
Garimpo	n	13.538	10.868	6.001	4.275	3.916	4.589	4.171	5.611	9.581	15.407	18.233	5.585	101.775
	%	9,28%	9,47%	6,20%	4,47%	4,72%	3,46%	3,25%	5,82%	12,23%	20,28%	24,66%	33,91%	8,94%
Rural	n	91.875	66.646	60.599	61.426	54.911	94.388	94.101	66.739	48.271	41.311	39.319	7.815	727.401
	%	62,99%	58,05%	62,65%	64,30%	66,12%	71,21%	73,31%	69,24%	61,60%	54,37%	53,17%	47,45%	63,92%
Urbana	n	24.681	24.178	19.831	20.892	15.975	21.353	16.817	11.285	9.137	8.980	7.540	1.331	182.000
	%	16,92%	21,06%	20,50%	21,87%	19,24%	16,11%	13,10%	11,71%	11,66%	11,82%	10,20%	8,08%	15,99%
Total	**n**	**145.859**	**114.813**	**96.727**	**95.533**	**83.046**	**132.542**	**128.359**	**96.386**	**78.368**	**75.975**	**73.945**	**16.471**	**1.138.024**
População preta		**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023***	**TOTAL**
Área indígena	n	248	144	122	184	125	129	104	291	331	298	201	49	2.226
	%	2,13%	1,59%	1,99%	4,13%	3,03%	2,45%	1,96%	6,02%	6,98%	5,81%	4,29%	4,07%	3,34%
Assentamento	n	1.303	847	516	345	440	521	451	408	310	263	270	53	5.727
	%	11,17%	9,36%	8,42%	7,74%	10,68%	9,90%	8,48%	8,44%	6,54%	5,13%	5,77%	4,40%	8,60%
Em branco	n	239	104	93	95	96	76	113	99	90	116	100	31	1.252
	%	2,05%	1,15%	1,52%	2,13%	2,33%	1,44%	2,13%	2,05%	1,90%	2,26%	2,14%	2,57%	1,88%
Garimpo	n	1.700	1.340	933	613	696	538	553	916	1.510	1.915	1.943	690	13.347
	%	14,57%	14,80%	15,22%	13,74%	16,89%	10,22%	10,40%	18,95%	31,86%	37,37%	41,49%	57,26%	20,04%
Rural	n	6.750	5.656	3.777	2.669	2.294	3.313	3.539	2.768	2.210	2.307	1.877	350	37.510
	%	57,86%	62,48%	61,60%	59,84%	55,67%	62,92%	66,57%	57,25%	46,62%	45,01%	40,08%	29,05%	56,32%
Urbana	n	1.427	962	690	554	470	688	556	353	289	226	292	32	6.539
	%	12,23%	10,63%	11,25%	12,42%	11,40%	13,07%	10,46%	7,30%	6,10%	4,41%	6,24%	2,66%	9,82%
Total	**n**	**11.667**	**9.053**	**6.131**	**4.460**	**4.121**	**5.265**	**5.316**	**4.835**	**4.740**	**5.125**	**4.683**	**1.205**	**66.601**

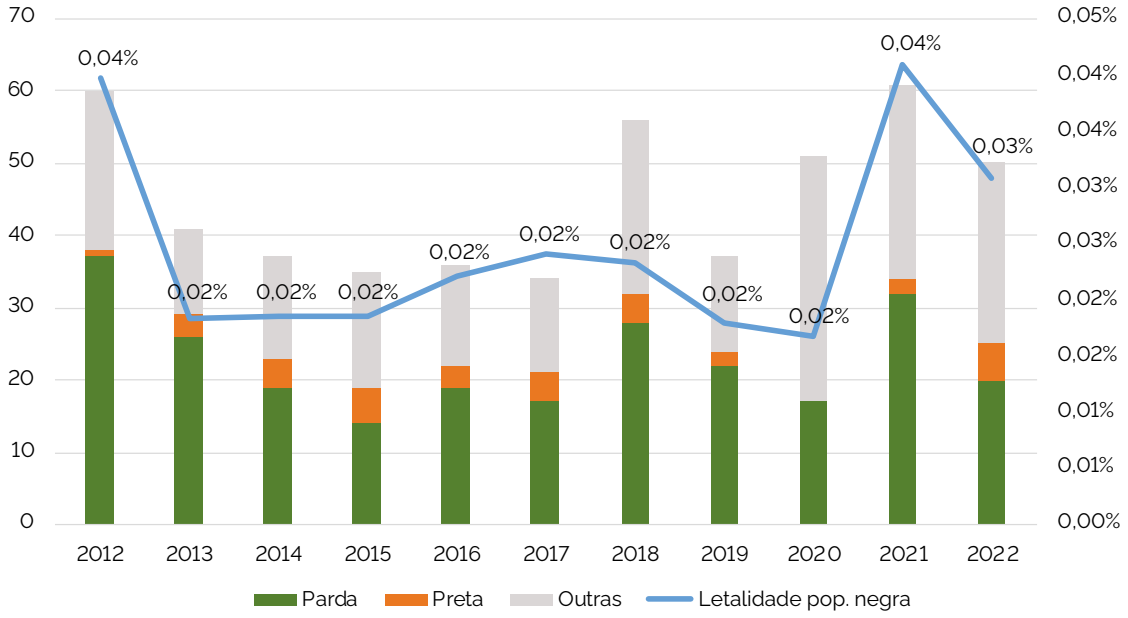
Fonte: Sivep-Malária/SVSA/MS. Excluídas as Lâminas de Verificação Cura (LVC).
*Os dados de 2023 são preliminares, podendo sofrer alterações.

TABELA 2 Casos autóctones de malária na população negra por faixa etária – 2012 a março de 2023*

População negra	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*	TOTAL	%
<1a	2.564	1.246	931	883	697	1.194	1.399	1.018	612	529	591	88	11.752	0,98%
1 a 5a	18.069	12.355	10.217	10.067	8.661	13.311	12.323	8.672	5.745	4.562	4.838	909	109.729	9,11%
6 a 10	18.171	13.746	11.545	11.801	9.633	15.092	14.017	9.547	6.954	5.656	5.547	1.063	122.772	10,19%
11 a 15	18.689	15.446	13.530	13.307	10.869	17.138	16.344	10.690	8.452	7.048	6.279	1.317	139.109	11,55%
16 a 20	17.371	14.363	12.197	11.896	10.488	16.442	15.606	11.819	9.175	8.808	7.961	1.689	137.815	11,44%
21 a 30	31.550	24.759	19.511	18.766	16.459	25.398	24.978	19.994	17.493	18.315	18.965	4.436	240.624	19,98%
31 a 40	22.843	18.476	15.509	14.482	13.190	20.802	20.651	16.521	14.729	15.266	14.657	3.569	190.695	15,83%
41 a 50	15.074	12.346	9.873	9.464	8.727	14.054	14.088	11.651	10.263	11.023	10.336	2.489	129.388	10,74%
51 a 60	8.214	6.858	5.713	5.617	5.185	8.574	8.526	6.927	6.162	6.417	6.201	1.439	75.833	6,30%
>60a	4.958	4.231	3.811	3.685	3.237	5.778	5.712	4.377	3.519	3.475	3.246	677	46.706	3,88%
>100a	23	40	21	25	21	24	31	5	4	1	7	0	202	0,02%
Total geral	**157.526**	**123.866**	**102.858**	**99.993**	**87.167**	**137.807**	**133.675**	**101.221**	**83.108**	**81.100**	**78.628**	**17.676**	**1.204.625**	**100,00%**

Fonte: Sivep-Malária e Sinan/SVSA/MS. Excluídas as Lâminas de Verificação Cura (LVC).
*Os dados de 2023 são preliminares, podendo sofrer alterações.

Em relação aos óbitos por malária, de 2012 a 2022 foram registrados 498. Destes, 57,03% ocorreram na população negra, sendo 50,40% (251) em pessoas autodeclaradas pardas, algo esperado, uma vez que a maioria dos casos se concentra nessa população. Cerca de 6,63% (33) ocorreram em pessoas autodeclaradas pretas. Em relação à taxa de letalidade, esta variou na população negra entre 0,02% e 0,04%, com dois picos: um em 2012 e outro em 2021 (Figura 2). Para fins de comparação, a letalidade na população indígena variou entre 0,01% e 0,09%. Por sua vez, a letalidade observada em pessoas brancas e amarelas foi relativamente maior e variou entre 0,05% e 0,13%.



Fonte: SIM/SVSA/MS.

FIGURA 2 Óbitos e letalidade de malária na população negra – Brasil, 2012 a 2022

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Elimina malária Brasil: Plano Nacional de Eliminação da Malária [Internet]. Brasília, DF: MS; 2022 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/malaria/politicas-de-saude/elimina-malaria-brasil-plano-nacional-de-eliminacao-da-malaria

2. Ministério da Saúde (BR). Malária [Internet]. Brasília, DF: MS; [2023?]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria-1

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. 5. ed. rev. e atual. Brasília, DF: MS; 2022 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de tratamento da malária no Brasil [recurso eletrônico]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Panorama epidemiológico da malária em 2021: buscando o caminho para a eliminação da malária no Brasil. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2022 Maio [citado 27 Set 2023];53(17):1-29. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/situacao-epidemiologica-da-malaria/boletins-epidemiologicos-de-malaria/boletim-epidemiologico-vol-53-no17-2022-panorama-epidemiologico-da-malaria-em-2021-buscando-o-caminho-para-a-eliminacao-da-malaria-no-brasil/view

Leishmaniose tegumentar: uma doença que afeta poulações negligenciadas

Leishmaniose tegumentar

Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV/DEDT/SVSA/MS):
Marcia Leite de Sousa-Gomes, José Nilton Gomes da Costa, Kathiely Martins dos Santos, Lucas Edel Donato, Rafaella Albuquerque e Silva, Francisco Edilson Ferreira de Lima Júnior.

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT/SVSA/MS):
Alda Maria da Cruz.

Introdução

A leishmaniose tegumentar (LT) é considerada uma doença tropical negligenciada (DTN) que atinge a pele e a mucosa oronasofaríngea, podendo causar deficiência, desfiguração, estigmatização, entre outros problemas sociais. A LT está entre os principais problemas de saúde em todo o mundo, sendo uma das dez causas de incapacidade não fatal. A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca como riscos comuns para as DTNs a migração, a urbanização, as mudanças climáticas, a resistência antimicrobiana e a instabilidade política, sendo esta uma das barreiras ao avanço dos programas de controle e eliminação das DTNs.[1] O Brasil é o terceiro país com o maior número de casos novos de LT registrados no mundo, e a partir de 2003 foi confirmada a autoctonia em todas as unidades federadas.[2,3]

Historicamente, as desigualdades socioeconômicas estão diretamente relacionadas à raça/cor, o que se traduz, entre outros fatores, em maiores níveis de vulnerabilidade dessa população, demonstrada por meio de diversos indicadores sociais, econômicos e de saúde. A existência de uma relação íntima desses indicadores com a pobreza, enfatizada pelas precárias condições de moradia, cria um ambiente propício à transmissão dos vetores e dos agentes causadores das DTNs, dentre as quais se destaca a LT.[4,5]

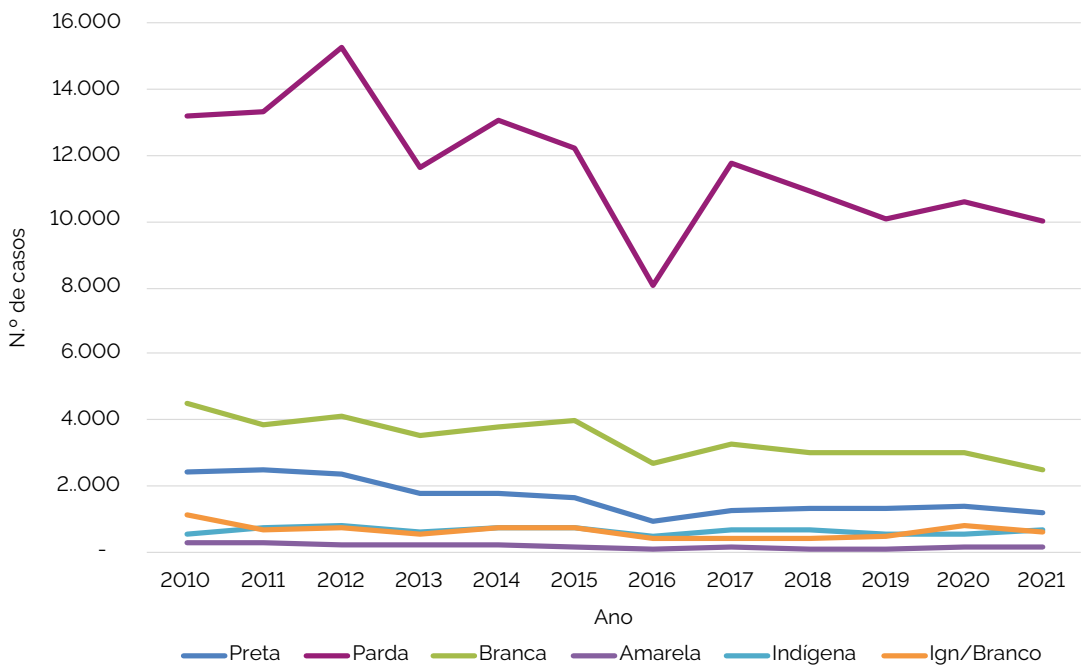
Para as análises deste boletim foram considerados os casos de LT notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do período de 2010 a 2021 por unidade federada do Brasil.

Resultados e discussão

No período de 2010 a 2021 foram confirmados 218.429 casos novos de LT no Brasil, com média anual de 18.202 casos. O maior número de casos foi registrado entre os que se declararam pardos, seguido de brancos e pretos (Figura 1).

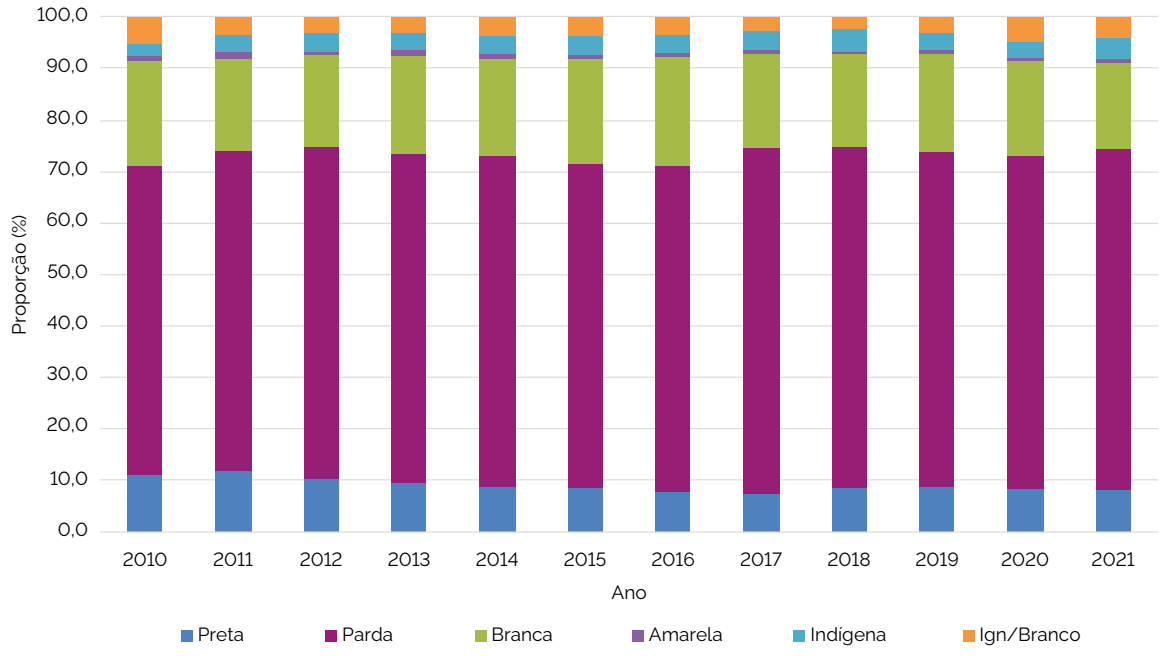
Nesse período, 160.040 casos (73,3%) ocorreram na população negra, sendo 9,1% em pretos e 64,2% em pardos. A proporção de casos novos de LT diagnosticados na população negra ao longo do período analisado passou de 71,0% (11,1% em pretos e 60,0% em pardos) em 2010 para 74,5% (7,8% em pretos e 66,7% em pardos) em 2021 (Figura 2).

De maneira geral, ao analisar os casos de LT segundo a raça/cor por macrorregião do País, as maiores proporções foram registradas na população negra, com destaque para as regiões Nordeste e Norte, com 83,9% (14,2% pretos e 69,7% pardos) e 78,6% (6,6% pretos e 72% pardos), respectivamente. Em contrapartida, na macrorregião Sul, a maior proporção ocorreu na população branca (76,8%) (Figura 3), traduzindo o recorte demográfico dessa região. Não é possível afirmar que há relação direta entre a ocorrência da LT e a raça/cor nem que exista resistência de algum perfil populacional ao agente etiológico da doença. Essa relação associa-se à composição do perfil populacional de cada região, que está vinculado à herança genética de cada grupo, bem como à colonização histórica do local.[6]



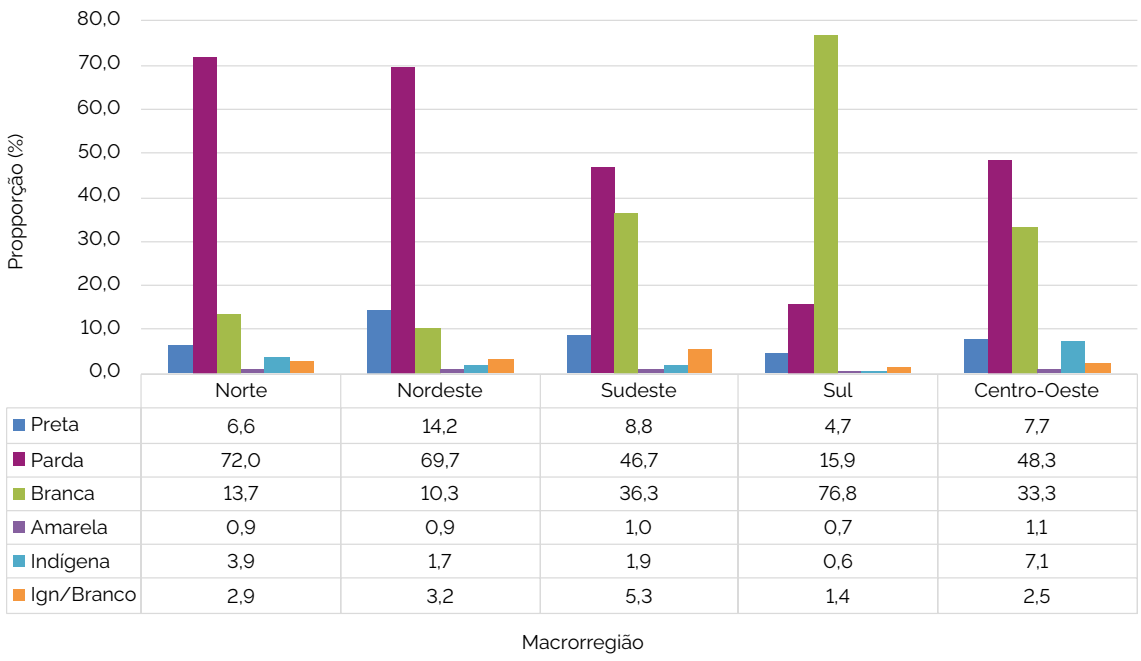
Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 1 Série histórica dos casos de leishmaniose tegumentar segundo a raça/cor – Brasil, 2010 a 2021



Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 2 Proporção de casos novos de leishmaniose tegumentar segundo a raça/cor – Brasil, 2010 a 2021



	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Preta	6,6	14,2	8,8	4,7	7,7
Parda	72,0	69,7	46,7	15,9	48,3
Branca	13,7	10,3	36,3	76,8	33,3
Amarela	0,9	0,9	1,0	0,7	1,1
Indígena	3,9	1,7	1,9	0,6	7,1
Ign/Branco	2,9	3,2	5,3	1,4	2,5

Macrorregião

Fonte: Sinan/SVSA/MS.

FIGURA 3 Proporção de casos novos de leishmaniose tegumentar segundo a raça/cor, por macrorregião – Brasil, 2010 a 2021

Ao analisar o perfil dos casos de LT no período de 2010 a 2021, observa-se que foram na maioria homens jovens, na faixa etária de 20 a 34 anos (características que sugerem transmissão extradomiciliar na população economicamente ativa), negros (pretos e pardos) e com baixa escolaridade (Tabela 1). Essas características são semelhantes aos resultados encontrados em outros estudos realizados em diferentes territórios do País.[7,8]

TABELA 1 **Novos casos de leishmaniose tegumentar segundo a raça/cor, a faixa etária, o sexo e a escolaridade — Brasil, 2010 a 2021**

	Branca		Preta		Parda		Amarela		Indigena		Ign/Branco		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária														
Menor de 1 ano	513	1,2	282	1,4	1.900	1,4	38	1,9	209	2,7	121	1,6	3.063	1,4
1 a 4 anos	611	1,5	431	2,2	3.223	2,3	29	1,4	515	6,7	182	2,4	4.991	2,3
5 a 9 anos	1.137	2,8	760	3,8	5.820	4,2	58	2,9	679	8,8	277	3,7	8.731	4,0
10 a 14 anos	1.848	4,5	1.408	7,1	10.251	7,3	164	8,1	967	12,6	487	6,5	15.125	6,9
15 a 19 anos	3.084	7,5	2.066	10,4	15.359	11,0	211	10,4	1.261	16,4	677	9,0	22.658	10,4
20 a 34 anos	11.263	27,4	5.747	28,9	44.778	31,9	647	32,0	2.474	32,2	2.050	27,2	66.959	30,7
35 a 49 anos	10.101	24,5	4.639	23,4	31.988	22,8	450	22,2	1.002	13,1	1.793	23,8	49.973	22,9
50 a 64 anos	7.845	19,1	3.034	15,3	18.311	13,1	278	13,7	345	4,5	1.188	15,8	31.001	14,2
65 a 79 anos	3.897	9,5	1.229	6,2	6.975	5,0	126	6,2	168	2,2	610	8,1	13.005	6,0
80 anos e mais	852	2,1	253	1,3	1.551	1,1	22	1,1	54	0,7	144	1,9	2.876	1,3
Sexo														
Masculino	29.840	72,5	14.472	72,9	102.980	73,5	1.482	73,3	5.136	66,9	5.427	72,1	159.337	72,9
Feminino	11.319	27,5	5.379	27,1	37.199	26,5	540	26,7	2.537	33,1	2.087	27,7	59.061	27,0
Ignorado	2	0,0	3	0,0	7	0,0	1	0,0	2	0,0	16	0,2	31	0,0
Escolaridade														
Analfabeto	1.557	3,8	1.806	9,1	7.015	5,0	74	3,7	615	8,0	119	1,6	11.186	5,1
Ensino fundametal incompleto	17.607	42,8	10.076	50,8	64.371	45,9	998	49,3	2.891	37,7	837	11,1	96.780	44,3
Ensino fundamental completo	2.802	6,8	980	4,9	8.010	5,7	110	5,4	332	4,3	146	1,9	12.380	5,7
Ensino médio incompleto	2.979	7,2	1.093	5,5	8.866	6,3	119	5,9	398	5,2	132	1,8	13.587	6,2
Ensino médio completo	5.169	12,6	1.179	5,9	12.261	8,7	146	7,2	378	4,9	198	2,6	19.331	8,9
Educação superior incompleta	648	1,6	84	0,4	926	0,7	12	0,6	41	0,5	14	0,2	1.725	0,8
Educação superior completa	1.684	4,1	151	0,8	1.693	1,2	34	1,7	53	0,7	49	0,7	3.664	1,7
Não se aplica	1.568	3,8	957	4,8	7.265	5,2	77	3,8	987	12,9	400	5,3	11.254	5,2
Ign/Branco	7.147	17,4	3.528	17,8	29.779	21,2	453	22,4	1.980	25,8	5.635	74,8	48.522	22,2
Total	**41.161**	**100,0**	**19.854**	**100,0**	**140.186**	**100,0**	**2.023**	**100,0**	**7.675**	**100,0**	**7.530**	**100,0**	**218.429**	**100,0**

Fonte: Sinan/SVSA/MS.

Considerações finais

No Brasil, historicamente, a população negra é a mais acometida pela pobreza, portanto apresenta menor escolaridade, menor renda e acesso limitado aos serviços de saúde.[6,9] Ademais, a LT é considerada uma doença que acomete principalmente populações negligenciadas, de baixa renda, compostas no Brasil principalmente por pretos e pardos.[10,11]

Apesar de a proporção de pessoas pretas e pardas acometidas pela LT ser superior à proporção desses indivíduos na população brasileira, as análises apresentadas não são suficientes para se afirmar que há um risco aumentado de adoecimento pela LT nessa população.

Diante desse cenário, as ações e os serviços de saúde devem ser alinhados visando à redução das desigualdades e ao alcance das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS),[12] em articulação intersetorial com as diferentes políticas públicas para que possam contribuir com a melhoria de vida das populações mais vulnerabilizadas.

Referências

1. World Health Organization. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352

2. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Number of cases of cutaneous leishmaniasis reported: Data by country. [Internet]. World Health Organization; 2021 [citado 4 Maio 2023]. Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/node.main.NTDLEISHCNUM?lang=en

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf

4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil: estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica n. 41 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 27 Set 2023]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf

5. Alvar J, Yactayo S, Bern C. Leishmaniasis and poverty. Trends in Parasitology [Internet]. 2006 [citado 26 Jul 202];22(12):552-557. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.pt.2006.09.004

6. Cardoso RF, Melo BG, Pereira WMM, Palácios VRCM, Barbosa AV, Gonçalves NV. Estudo socioepidemiológico e espacial de leishmaniose tegumentar americana em município do Pará. Rev. Para. Med. [Internet]. 2015 [citado 27 Jul 2023];29(3):29-36. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-786405

7. Santos GR, Santos JJ, Silva BA, Santos AS, Nogueira RS, Nascimento VA. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose tegumentar americana no Brasil. Enferm Foco [Internet]. 2021 [citado 4 maio 2023];12(5):1047-53. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4705

8. Aguiar AHBM, de Barbosa WL, Caldas JMP, Pinheiro MSS. Leishmaniose cutânea: panorama epidemiológico na Região Nordeste do Brasil, Região Metropolitana de São Luís (2010-2020). Researc, Societt and Development [Internet] 2022 [citado 4 maio 2023];11(9):e39011932121. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32121

9. Chiavegatto Filho AD, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 28 Jul 2023];29(8):1572-82. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/PMDZWmYQq3YnHhW5nnjBndJ/?lang=pt#. doi: 10.1590/0102-311X00139012

10. World Health Organization. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases, Geneva, 22-26 March 2010. Geneva: WHO; 2010 [citado 4 maio 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44412/WHO_TRS_949_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Silva AF, Latorre MRDO, Galati EAB. Fatores relacionados à ocorrência de leishmaniose tegumentar no Vale do Ribeira. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [internet]. 2010 [citado 4 maio 2023];43(1):46-51. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/wP4MPKYCTvVFBXDTZrXfBZq/?lang=pt

12. Nações Unidas Brasil. Objetivos de desenvolvimento sustentável. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. Nações Unidas; 2015 [citado 4 maio 2023]. Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf

Tuberculose e a saúde da população negra: um desafio do hoje

Tuberculose na população negra: uma análise epidemiológica e dos desafios

Tuberculose na população negra: uma análise epidemiológica e dos desafios

Coordenação-geral de vigilância da tuberculose, micoses endêmicas e microbactérias não tuberculosas (CGTM/Dathi/SVSA): Daniele Maria Pelissari, Fernanda Dockhorn Costa, Geisa Poliane de Oliveira Cervieri, Isabela de Lucena Heráclio, José Nildo de Barros Silva Júnior, Layana Costa Alves, Luiz Henrique Arroyo e Patricia Rodrigues Sanine.

Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi/SVSA/MS): Dráurio Barreira.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença que tem afetado a humanidade ao longo dos séculos, mas, surpreendentemente, apesar de curável, continua sendo uma ameaça persistente à saúde global,[1] principalmente para populações em situação de vulnerabilidade.

A saúde de cada indivíduo é diretamente influenciada pelos contextos ambientais, sociais, culturais e econômicos em que ele vive. Em países como o Brasil, caracterizado por sua vasta extensão territorial e profundas disparidades sociais, frequentemente se observa que certas doenças afetam desproporcionalmente determinados grupos populacionais. É o caso das pessoas pretas e pardas no Brasil, que têm, historicamente, menor escolaridade, menor renda e acesso mais limitado aos serviços de saúde.[2]

As más condições de alimentação e moradia, atreladas à pobreza, são fortes fatores de risco para a TB, que opera por diversos mecanismos. A maior prevalência da doença em grupos populacionais de baixa renda evidencia essa relação.[3] Para além disso, a perda de mais de 20% da renda familiar em decorrência da doença afeta 48% das pessoas em tratamento por TB no Brasil, favorecendo o empobrecimento dessas famílias.[4,1]

Nesse contexto, este capítulo tem como objetivo descrever as características sociodemográficas e clínicas das pessoas pretas e pardas acometidas pela tuberculose no Brasil de 2010 a 2022.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo dos casos novos de TB diagnosticados entre 2010 e 2022 no Brasil segundo suas caraterísticas sociodemográficas e clínicas, utilizando a análise das variáveis raça/cor, sexo e faixa etária.

Os dados referentes à TB ativa foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Sobre o tratamento preventivo da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) foram utilizados os dados do Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento de ILTB (IL-TB), Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (SILT) e Sistema Vigilantos. Os dados desses sistemas foram extraídos em fevereiro de 2023.

O Quadro 1 apresenta os indicadores analisados com suas respectivas fontes de dados, métodos de cálculo, períodos de análise e observações pertinentes à análise. Quanto ao período de análise, optou-se por selecionar diferentes anos de estudo, levando em consideração as especificidades de cada indicador. Aqueles que não apresentaram alterações temporais relevantes foram analisados com o último ano da série disponível. Além disso, considerando o tempo prolongado de tratamento das pessoas com TB, o período de análise foi definido conforme o tempo para o encerramento do tratamento dos casos ou conforme a disponibilidade dos dados.

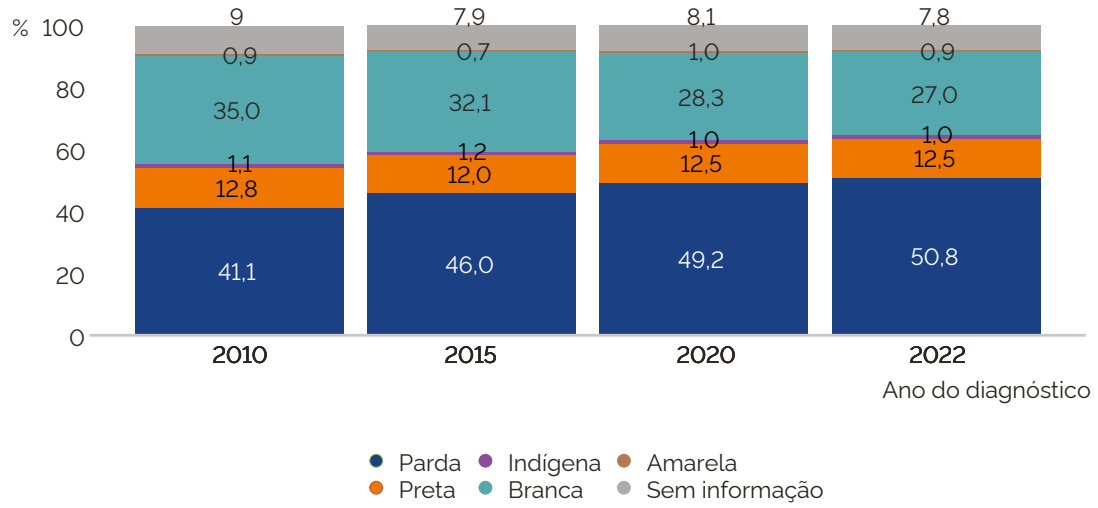
QUADRO 1 **Descrição dos indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose utilizados neste boletim**

Nome	Método de cálculo	Período de análise	Fonte de dados	Observação
Proporção de casos novos de TB segundo a raça/cor.	Número de casos novos[a] de TB segundo a raça/cor dividido pelo total de casos novos[a] de TB multiplicado por 100.	2010, 2015, 2020 e 2022	Sinan	
Proporção de casos novos de TB segundo o sexo, a faixa etária e a raça/cor.	Número de casos novos[a] de TB segundo a raça/cor na faixa etária específica dividido pelo total de casos novos[a] de TB da mesma faixa etária multiplicado por 100.	2022	Sinan	
Proporção de casos novos de TB segundo a escolaridade e a raça/cor — Brasil, 2022.	Número de casos novos[a] de TB segundo a escolaridade e a raça/cor dividido pelo total de casos novos[a] por raça/cor multiplicado por 100.	2022	Sinan	
Proporção de óbitos por TB segundo a raça/cor.	Número de óbitos por TB[b] segundo a raça/cor dividido pelo total de óbitos por TB multiplicado por 100.	2010, 2015, 2020 e 2021	SIM	No momento da análise dos dados, aqueles referentes ao ano de 2022 ainda eram preliminares.
Proporção de óbitos por TB segundo o sexo, a faixa etária e a raça/cor.	Número de óbitos por TB[b] segundo a raça/cor na faixa etária específica dividido pelo total de óbitos por TB da mesma faixa etária multiplicado por 100.	2021	SIM	
Proporção de confirmação laboratorial entre casos novos de TB pulmonar segundo a raça/cor.	Número de casos novos[a] de TB pulmonar com confirmação laboratorial[c] dividido pelo total de casos novos[a] de TB pulmonar multiplicado por 100.	2011-2022	Sinan	
Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de TB segundo a raça/cor.	Número de casos novos[a] de TB que realizaram exame para HIV dividido pelo total de casos novos[a] de TB multiplicado por 100.	2010, 2015, 2020 e 2022	Sinan	
Proporção de coinfecção TB-HIV entre os casos novos de tuberculose segundo a raça/cor.	Número de casos novos[a] de TB com resultado positivo para HIV dividido pelo total de casos novos[a] de TB multiplicado por 100.	2010, 2015, 2020 e 2022	Sinan	
Proporção de desfechos de tratamentos entre os casos novos de TB pulmonar confirmados laboratorialmente segundo a raça/cor.	Número de casos novos[a] de TB pulmonar com confirmação laboratorial[c] segundo o desfecho de tratamento (cura, interrupção do tratamento, óbito, ignorado ou não avaliado) dividido pelo total de casos novos[a] de TB pulmonar com confirmação laboratorial[c] multiplicado por 100.[e]	2019 a 2021	Sinan	O período analisado inclui o ano da pré-pandemia e o da pandemia da covid-19.
Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo de TB segundo a raça/cor.	Número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo de TB.	Ago./2019 a mar./2023	IL-TB, SILT e Vigilantos	O IL-TB passou a ser utilizado em 2018, com dados mais consistentes a partir de agosto de 2019.
Proporção de desfechos de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo de tuberculose segundo a raça/cor.	Número de pessoas que realizaram o tratamento preventivo de TB conforme o regime terapêutico utilizado e o desfecho do tratamento dividido pelo total de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo de TB por regime terapêutico multiplicado por 100.	Ago./2019 a mar./2022	IL-TB, SILT e Vigilantos	O IL-TB passou a ser utilizado em 2018, com dados mais consistentes a partir de agosto de 2019. Os dados referentes aos desfechos de tratamento dos casos registrados a partir de março de 2022 ainda não estão disponíveis.

Fonte: CGTM/Dathi/SVSA/MS.
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento de ILTB (IL-TB); Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (Silt); tuberculose (TB).
[a]Casos novos: pessoas com tuberculose registradas no Sinan como caso novo, não sabe e pós-óbito.
[b]Óbitos por tuberculose: óbitos registrados com os códigos A15 a A19 na causa básica, da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
[c]Confirmação laboratorial: pessoas com tuberculose que apresentaram pelo menos um resultado positivo dos exames laboratoriais (baciloscopia de escarro, teste rápido molecular para tuberculose – TRM-TB ou cultura de escarro).
[e]Excluídas as situações de encerramento: falência, mudança de esquema e tuberculose drogarresistente, pois esses casos são acompanhados no Site-TB, e os desfechos finais não estão disponíveis no Sinan.

Resultados e discussões

Entre 2010 e 2022 foram notificados em média 73 mil casos novos de TB ao ano, dos quais aproximadamente 60% estavam concentrados na população negra. Dentre os 78.057 casos novos de TB diagnosticados em 2022, 9.738 (12,5%) ocorreram em pessoas pretas, e 39.643 (50,8%), em pessoas pardas. A proporção de casos novos de TB diagnosticados na população negra passou de 53,9% (n = 38.273, 12,8% em pretos; e n = 29.176, 41,1% em pardos) em 2010 para 63,3% (n = 43.381, 12,5% em pretos; e n = 39.643, 50,8% em pardos) em 2022 (Figura 1).

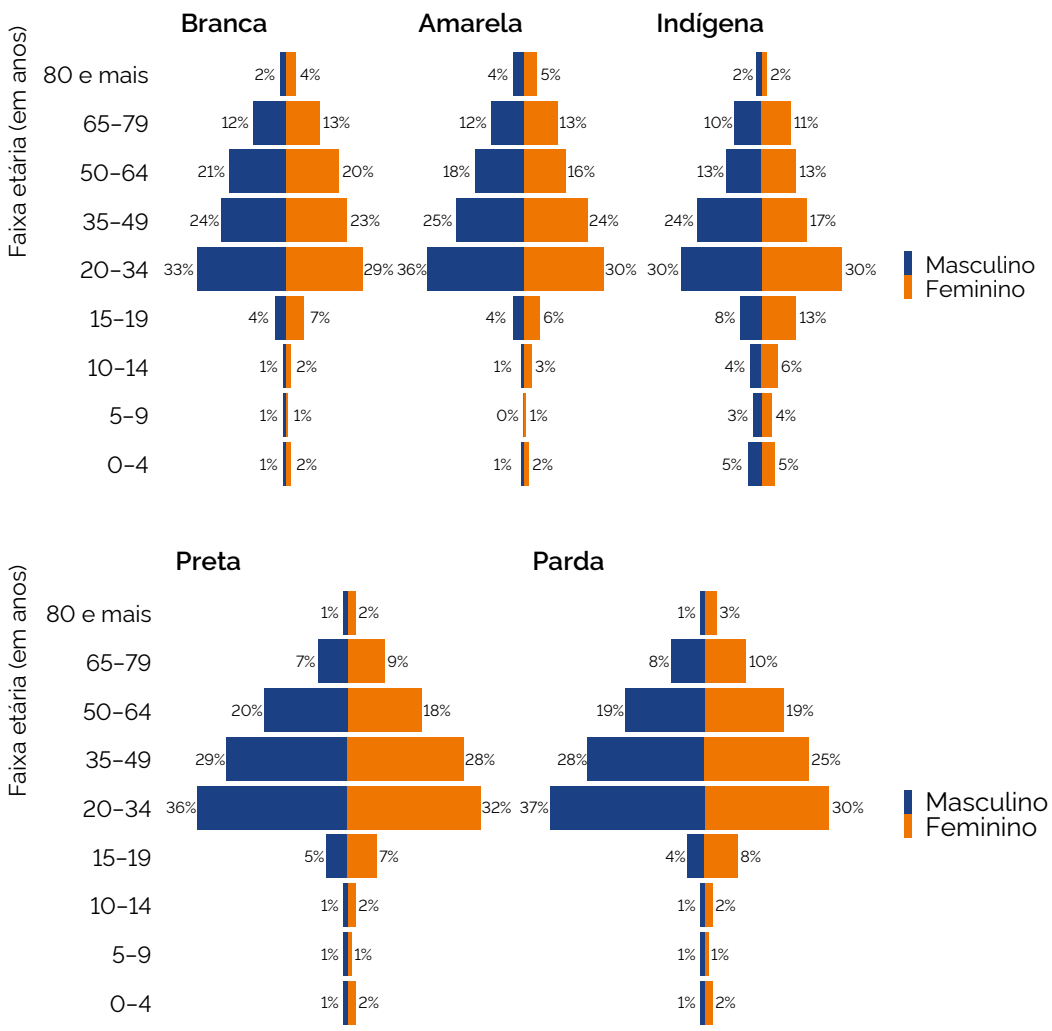


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, atualização em fevereiro de 2023. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 1 Proporção de casos novos de tuberculose segundo a raça/cor – Brasil, 2010, 2015, 2020 e 2022

A proporção de 63,3% de pessoas diagnosticadas com TB entre as pessoas negras em 2022 – apresentada conjuntamente com a estimava de que em 2021 56% das pessoas se autodeclararam negras entre a população brasileira[5] – reflete a maior proporção de TB entre este grupo populacional.

A ocorrência de casos novos de TB entre pretos e pardos concentrou-se majoritariamente em pessoas do sexo masculino com idade entre 20 e 49 anos, representando 44,8% (n = 21.821) do total de diagnósticos, enquanto cerca de 17,3% (n = 8.411) ocorreram na mesma faixa etária no sexo feminino (Figura 2).



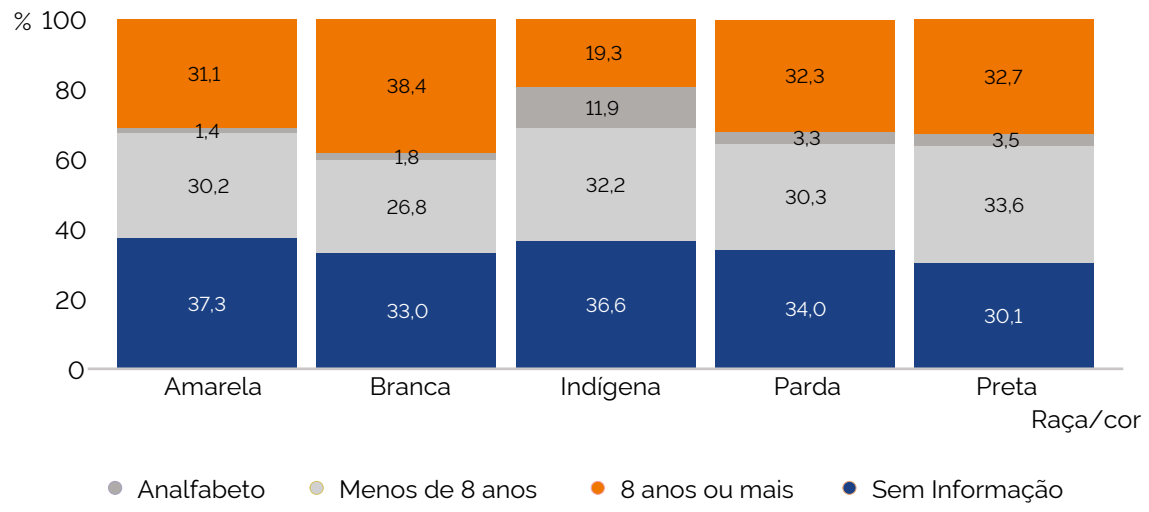
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, atualização em fevereiro de 2023.
Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 2 Proporção de casos novos de tuberculose segundo o sexo, a faixa etária e a raça/cor – Brasil, 2022

A maior ocorrência de casos novos de TB diagnosticados entre homens adultos e entre a população negra (Figura 2) corresponde ao identificado na população brasileira de forma geral.[6] Para além de apontar características que merecem maior atenção nas ações de prevenção de TB, ao atingir um grupo populacional economicamente ativo, este resultado traz reflexões sobre o impacto socioeconômico da doença sobre estas famílias.

Assim, considerando que as pessoas negras tendem a apresentar rendas mais baixas e ter trabalhos informais e/ou vínculos empregatícios mais precários do que as brancas[7] e que durante o período de tratamento por TB algumas pessoas precisam se afastar de suas atividades laborais, é esperado que a doença exerça um impacto ainda maior neste grupo populacional.

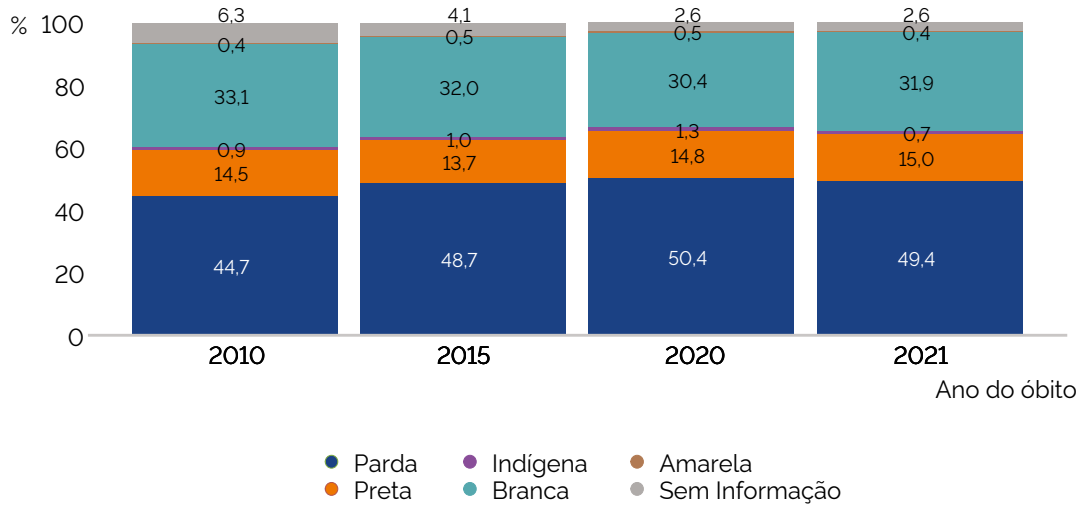
No que se refere à escolaridade das pessoas com TB, em 2022, desconsiderando indígenas, a proporção de pessoas analfabetas foi maior entre aquelas de cor preta (3,5%, n = 337) e parda (3,3%, n = 1.305) (Figura 3). Ainda neste grupo, 31% (n = 15.090) das pessoas tinham menos de oito anos de estudo, proporção maior do que a observada nas pessoas amarelas e brancas.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, atualização em fevereiro de 2023. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 3 Proporção de casos novos de tuberculose segundo a escolaridade e a raça/cor, segundo a raça/cor – Brasil, 2022

Entre os anos de 2010 e 2020 foram registrados no País em média 4.500 óbitos por TB ao ano. Entretanto, em 2021 observou-se aumento do número dessas mortes, quando foram notificados 5.072 óbitos. Entre as pessoas negras, constatou-se aumento entre os anos de 2010 e 2021, nos quais as pessoas pretas passaram de 14,5% (n = 676) para 15,0% (n = 761), e as pardas, de 44,7% (n = 2.083) para 49,4% (n = 2.506). Por sua vez, a proporção de registros de TB de pessoas brancas que evoluíram para óbito e a de óbitos sem a informação sobre raça/cor entre os mesmos anos reduziram-se em 3,6% e 142,3%, respectivamente (Figura 4).

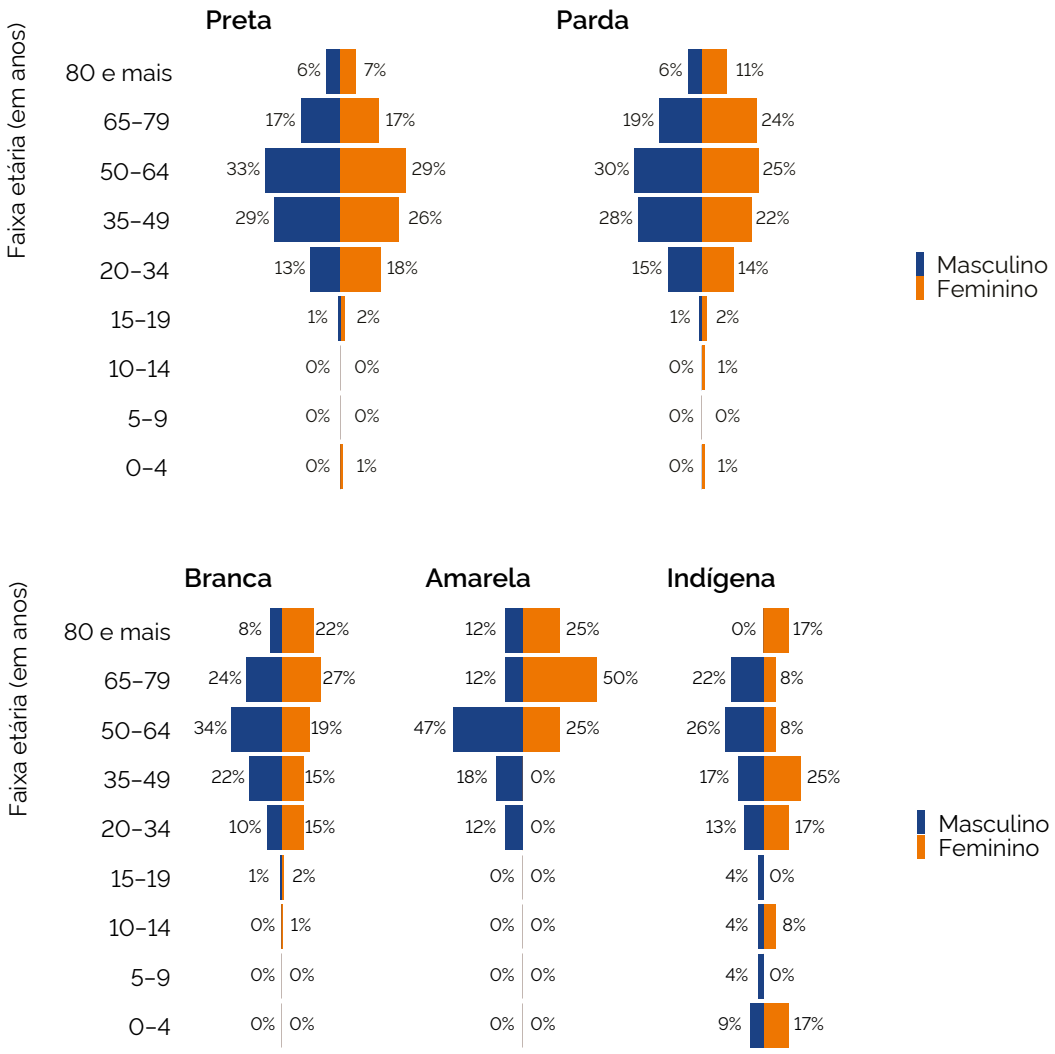


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, Ministério da Saúde, atualização em novembro de 2022. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 4 Proporção de óbitos por tuberculose segundo a raça/cor – Brasil, 2010, 2015, 2020 e 2021

Quanto à redução de mais de 100% dos registros de óbitos de pessoas com TB sem a informação sobre raça/cor (Figura 4), ressalta-se que a completude dessas informações é fundamental para as ações de vigilância e a qualificação das atividades de prevenção e atenção à pessoa com TB, além do planejamento de estratégias intra e intersetoriais voltadas à ampliação da promoção da proteção social para esses grupos mais vulnerabilizados ao adoecimento por TB.[6]

Ainda sobre os óbitos de pessoas pretas e pardas por TB, observou-se maior concentração (46%, n = 1.491) em indivíduos do sexo masculino com idade entre 35 e 64 anos, ao passo que as mortes de mulheres negras na mesma faixa etária corresponderam a 11% (n = 364) (Figura 5). Apesar de já esperado, uma vez que a doença é predominante em homens adultos e negros, esse resultado torna-se ainda mais preocupante por referir-se a óbitos. Isso porque, para além das questões já discutidas sobre o impacto socioeconômico que a doença pode exercer sobre a pessoa diagnosticada com TB e seus familiares, a ocorrência do óbito pode produzir outras consequências, como a reprodução do estigma que a doença carrega ao longo de todos esses anos e que é mais presente entre familiares que "apresentaram baixa escolaridade, acesso incipiente aos meios de informação" e pouca compreensão da doença.[8]



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, Ministério da Saúde, atualização em novembro de 2022. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 5 Proporção de óbitos por tuberculose segundo o sexo, a faixa etária e a raça/cor – Brasil, 2021

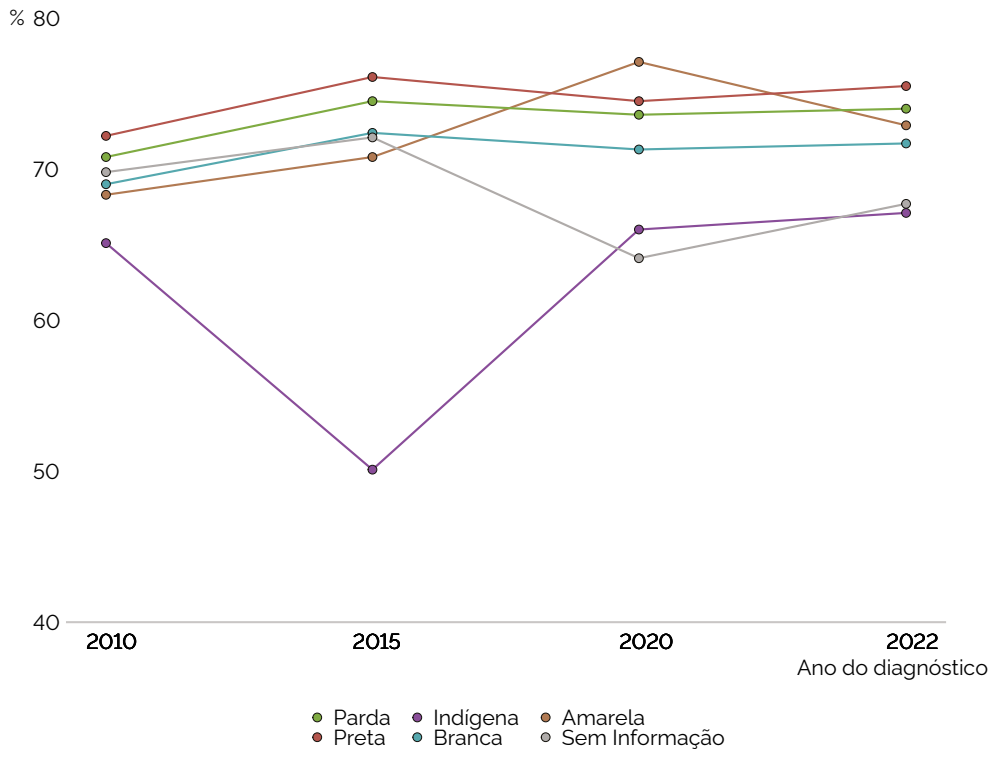
Os óbitos registrados sofrem influência, direta e indireta, das notificações das pessoas diagnosticadas com TB e tratadas, uma vez que podem referir-se a casos de pessoas não diagnosticadas cujo tratamento foi interrompido antes da cura, com imunossupressão grave, ou mesmo que se encontravam, por exemplo, em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica.

Dessa forma, as reduções nas notificações de pessoas com TB em todos os grupos populacionais em 2020 e 2021 sugerem que o número de pessoas com TB não diagnosticada e não tratada aumentou.[6] Em consequência, esperava-se um aumento imediato de óbitos por TB já no primeiro ano da pandemia da covid-19, o que só foi observado no Brasil no ano seguinte, em 2021.[6,9]

Chama a atenção, ainda, o aumento desse percentual para a população de pretos e pardos. No entanto, apesar dos dados demonstrarem esse aumento, não é possível afirmar que houve um aumento no risco de morte por TB nessa população. Isso porque no momento da publicação deste boletim não havia estimativas populacionais estratificadas por raça/cor, o que impossibilitou o cálculo do coeficiente de mortalidade. Além disso, o aumento da proporção de óbitos na população de pretos e pardos pode ser explicado pela melhoria da qualidade do preenchimento da informação, tendo em vista a redução de óbitos com registro de raça/cor como sem informação.

Diagnóstico da tuberculose e da coinfecção com HIV

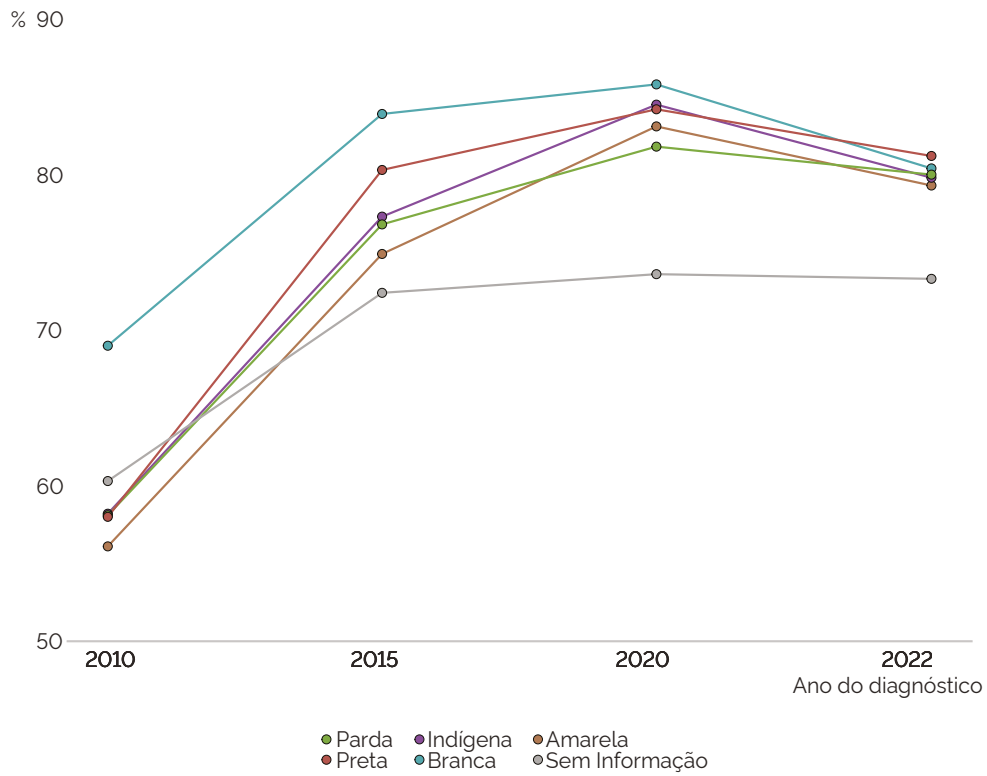
Em 2022, um total de 73% (n = 50.187) dos casos novos de TB pulmonar no Brasil foram confirmados por alguma prova laboratorial (teste rápido molecular para TB – TRM-TB, baciloscopia ou cultura), enquanto em 2010 esse percentual foi de 70,2% (n = 42.798). O aumento da confirmação laboratorial dos casos de TB pulmonar diagnosticados entre os anos de 2010 e 2022 também foi observado entre as notificações das pessoas negras, passando as pretas de 72,2% (n = 5.766) para 75,5% (n = 6.550), e as pardas, de 70,8% (n = 18.098) para 74,0% (n = 26.222) (Figura 6).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, atualização em fevereiro de 2023.
Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 6 Proporção de confirmação laboratorial entre casos novos de tuberculose pulmonar segundo a raça/cor – Brasil, 2010, 2015, 2020 e 2022

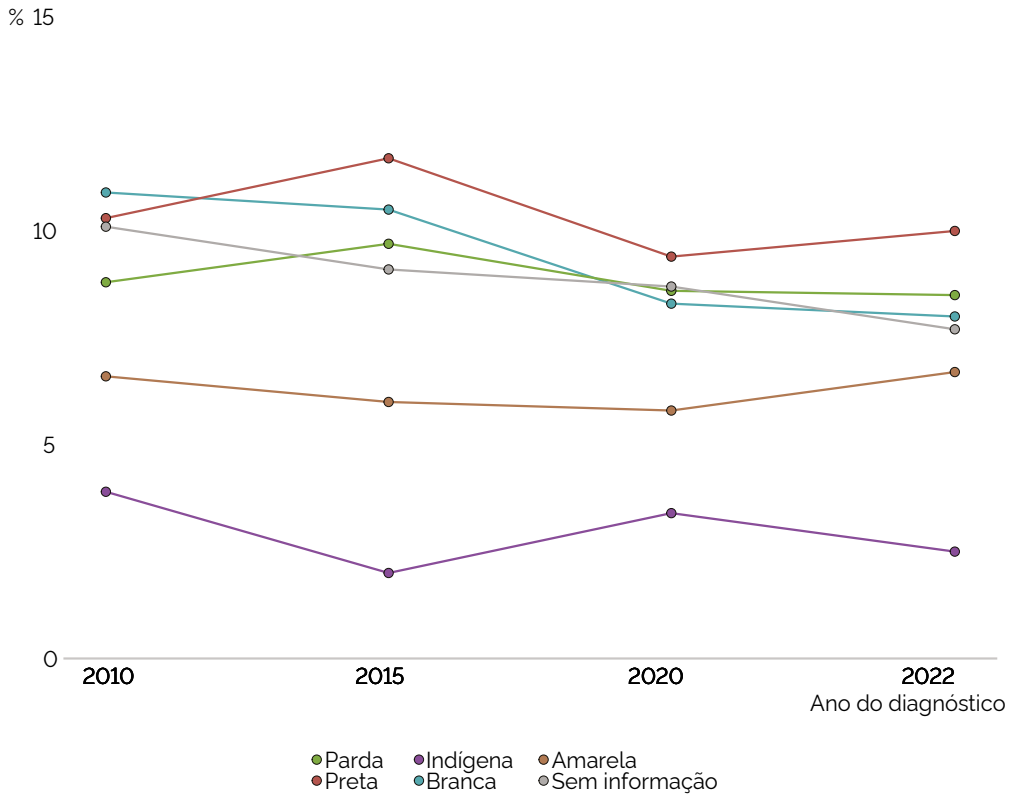
Constatou-se a expansão da testagem para HIV/aids entre os casos novos de TB (2010 = 62,1%, n = 44.017; e 2022 = 79,7%, n = 62.230), assim como entre os casos novos de TB diagnosticados em pessoas pretas (2010 = 58,0%, n = 5.274; e 2022 = 81,2%, n = 7.911) e pardas (2010 = 58,1%, n = 16.947 e 2022 = 80,0%, n = 31.699) (Figura 7). Tal aumento na testagem para HIV/aids entre as pessoas diagnosticadas com TB pode sugerir um reflexo da oferta universal do exame em toda a rede SUS, além do estímulo provocado pelo Ministério da Saúde ao preconizar a busca pelo diagnóstico precoce da infecção por HIV entre todas as pessoas diagnosticadas com TB.[10] Essa recomendação justifica-se pela alta ocorrência de pessoas infectadas pela TB e pelo vírus HIV, assim como pelo fato de o tratamento precoce ter considerável impacto no curso clínico das duas doenças.[10,6]



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, atualização em fevereiro de 2023. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 7 Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose segundo a raça/cor – Brasil, 2010, 2015, 2020 e 2022

Paralelamente à expansão da testagem para HIV entre os casos novos de TB observada no País (Figura 7), constatou-se a consistente redução da proporção de coinfecção TB-HIV no período analisado. Em 2022, 8,4% (n = 6.557) dos casos novos de TB notificados no País ocorreram em pessoas vivendo com HIV/aids. Entre as pessoas pretas e pardas, o percentual dessa coinfecção apresentou pouca variação, passando de 10,3% (n = 937) para 10,0% (n = 974) entre as pessoas pretas e de 8,8% (n = 2.580) para 8,5% (n = 3.358) entre as pardas entre 2010 e 2022 (Figura 8). Essa redução nos registros de coinfecção TB-HIV, ao mesmo tempo em que se evidenciou aumento na testagem para HIV/aids entre as pessoas diagnosticadas com TB, reafirma a importância da oferta rotineira (e periódica) da testagem para HIV/aids entre todas as pessoas que se encontram diagnosticadas com TB, assim como da investigação para TB em todas as pessoas vivendo com HIV/aids.[10]



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, atualização em fevereiro de 2023. Dados sujeitos a alterações.

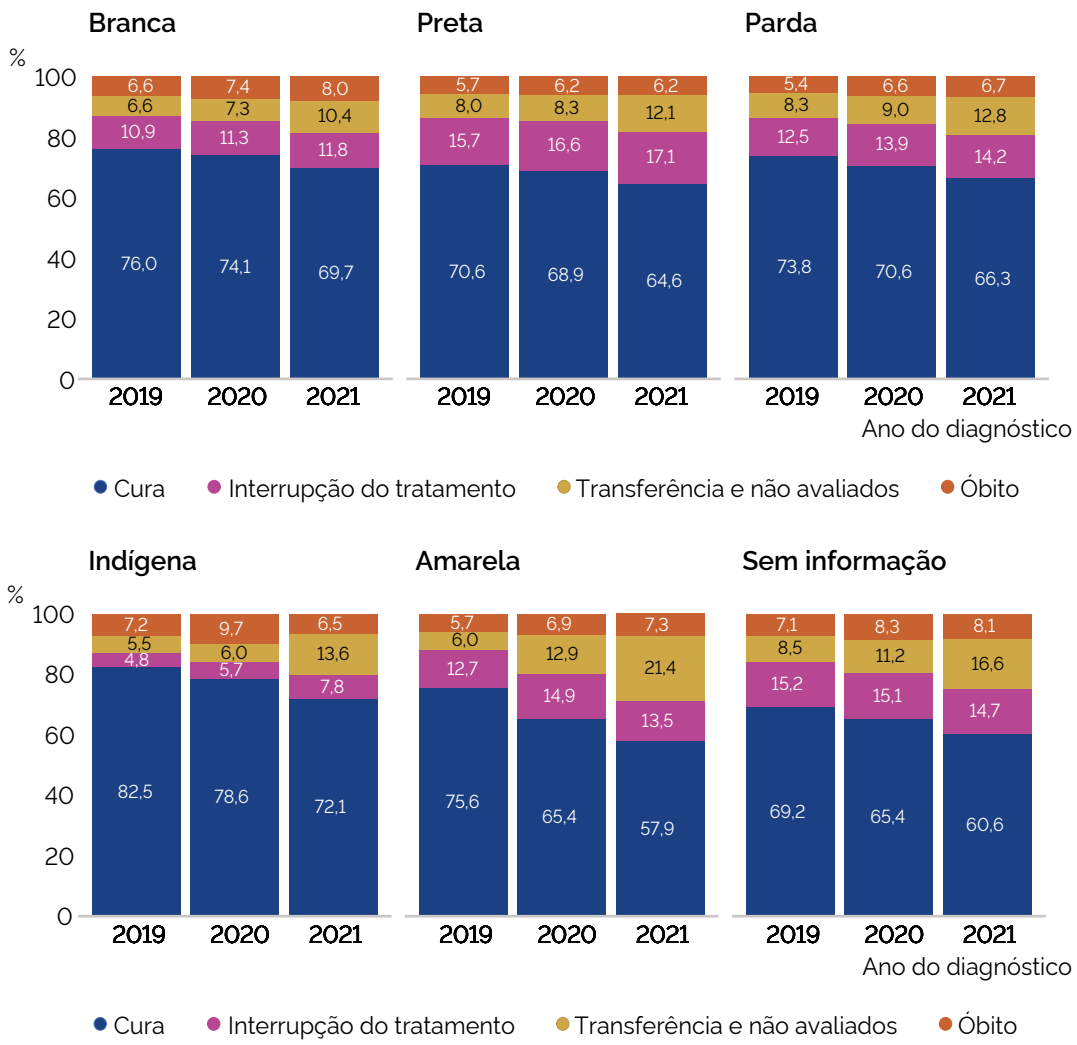
FIGURA 8 Proporção de coinfecção tuberculose-HIV entre os casos novos de tuberculose segundo a raça/cor – Brasil, 2010, 2015, 2020 e 2022

Desfechos de tratamento da tuberculose

Conforme discutido em relação ao óbito, era esperado que as mudanças nos serviços de saúde ocasionadas pela pandemia da covid-19 apresentassem reflexos no diagnóstico e no desfecho da TB. Por esse motivo, a análise em relação à cura e à interrupção do tratamento foi realizada apenas para os últimos anos. Assim, pode-se verificar uma redução da proporção de cura em todas as categorias de raça/cor, chegando a 66,5% (n = 30.672) dos casos diagnosticados por TB em 2021. No mesmo ano, esse percentual na população preta foi de 64,4% (n = 3.971) e de 66,3% (n = 15.785) entre as pessoas pardas (Figura 9).

Concomitantemente à redução de pessoas curadas da TB, constatou-se aumento do percentual de interrupção do tratamento, merecendo destaque o resultado das pessoas pretas, que tiveram maior proporção nesse encerramento (17,1%, n = 1.050) em 2021.

Ao se constatar o aumento do percentual de interrupção do tratamento das pessoas negras diagnosticadas com TB em 2021, também se observou, como sequela, redução das proporções de cura (Figura 9) e consequente aumento dos óbitos (Figura 4). Esse resultado reitera as limitações existentes nas ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios e faltosos em tratamento, como também em um acompanhamento mais próximo da pessoa em tratamento, como o preconizado no Tratamento Diretamente Observado (TDO) e por outras estratégias de adesão ao tratamento, nas quais o profissional, além de garantir a regularidade na ingestão do medicamento, tem a possibilidade de intervir em situações de possíveis efeitos colaterais, esclarecer eventuais dúvidas e medos desnecessários, entre outros benefícios que podem favorecer a conclusão do tratamento até a cura.[10]



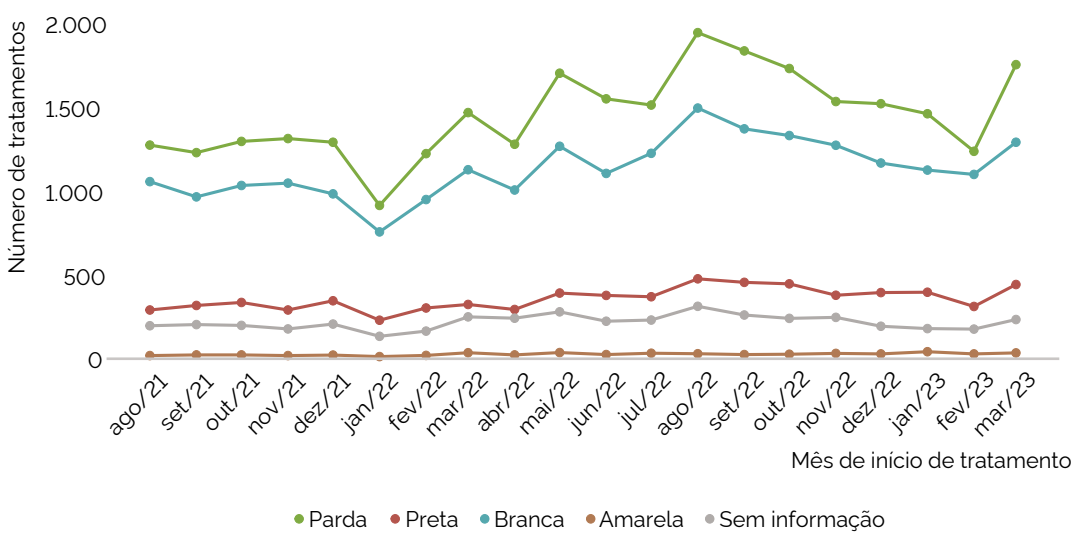
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Secretarias Estaduais de Saúde, Ministério da Saúde, atualização em fevereiro de 2023. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 9 Proporção de desfechos de tratamentos entre os casos novos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente segundo a raça/cor – Brasil, 2019 a 2021

Tratamento preventivo da tuberculose

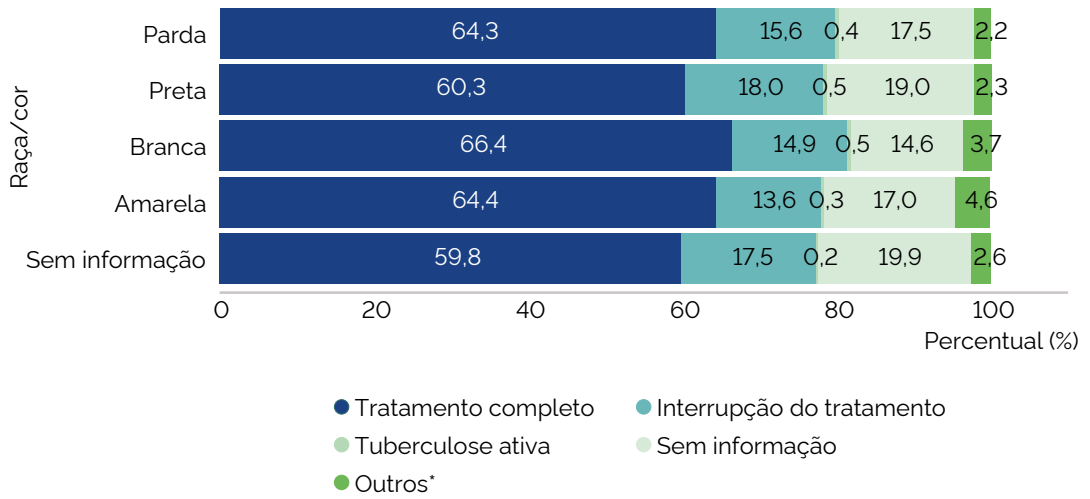
O tratamento preventivo da tuberculose (TPT) é uma importante estratégia para reduzir o número de pessoas com a TB ativa e, consequentemente, sua transmissão e mortalidade. Desde 2018, o Ministério da Saúde empenha-se na instituição e na padronização da vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) no Brasil.[10] Entre agosto de 2021 e março de 2023 foi notificado o início de 64.436 TPTs em todo o País, dos quais 10,9% (n = 7.009) foram em pessoas pretas e 44% (n = 28.373) em pessoas pardas (Figura 10).

Dentre os 31.835 registros de TPTs iniciados entre agosto de 2021 e junho de 2022, 63,1% (n = 20.090) foram realizados até o fim, e 15,9% (n = 5.069) foram interrompidos antes de sua conclusão. Nesse período, apenas 60,3% (n = 2.625) das pessoas pretas e 64,3% (n = 11.583) das pardas finalizaram o TPT. Chama atenção que a parcela de tratamentos preventivos interrompidos entre pessoas pretas foi superior ao observado no conjunto dos dados nacionais, correspondendo a 18% (n = 781) dos tratamentos preventivos iniciados, o que pode sugerir que este grupo populacional apresenta maiores dificuldades que os demais para a conclusão do tratamento (Figura 11).



Fonte: Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (SILT)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, atualização em 14 de abril de 2023; Sistema Vigilantos/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, atualizado em 12 de abril de 2023. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 10 Número de pessoas que iniciaram tratamento preventivo de tuberculose segundo a raça/cor – Brasil, agosto de 2021 a março de 2023



*Outros: soma dos encerramentos com óbito, suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento, suspenso por prova tuberculínica< 5 mm em quimioprofilaxia primária, transferido para outro país e tuberculose ativa.

Fonte: Sistema de Informação para Notificação das Pessoas em Tratamento da ILTB (IL-TB)/Ministério da Saúde; Sistema de Informação de Infecção Latente em Tuberculose (SILT)/Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, atualização em 14 de abril de 2023; Sistema Vigilantos/Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, atualizado em 12 de abril de 2023. Dados sujeitos a alterações.

FIGURA 11 Proporção de desfechos de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo de tuberculose notificadas por raça/cor – Brasil, agosto de 2021 a junho de 2022

O fato de as pessoas pretas apresentarem maior dificuldade para a conclusão do tratamento para ILTB (Figura 10), quando analisado pela perspectiva de que essa população também está entre as mais acometidas pela pobreza,[2] permite inferir a sobreposição de diferentes vulnerabilidades, nas quais a pobreza pode ser apontada como uma das principais influenciadoras desse desfecho.

Considerações finais

A proporção de pessoas negras entre as notificações de TB descrita neste boletim foi superior à de pessoas negras na população brasileira, o que sugere um risco aumentado de adoecimento nesta população.

Para além do maior risco de adoecimento desse grupo populacional, o pior desempenho de indicadores de acesso a testes (como para detecção do vírus HIV), de encerramento do tratamento para a TB e para a ILTB e o aumento do percentual de óbitos por TB corroboram a relação da existência entre barreiras socioeconômicas e o acesso aos cuidados de saúde para o diagnóstico e a conclusão do tratamento da TB. Esses dados reforçam que a eliminação da TB no Brasil requer o fortalecimento das ações de vigilância, mas, principalmente, daquelas de acompanhamento das pessoas diagnosticadas com TB a partir de uma abordagem mais integral e integrada, com foco na atenção centrada na pessoa.

O forte e duradouro histórico da TB – que a define como uma doença conceituada e perpetuadora da pobreza e de outros condicionantes sociais – associado a todas as situações de vulnerabilidade estrutural vivenciadas pela população negra no País revelam a necessidade urgente de intervenções em direção à ampliação da proteção social voltadas especificamente para esse grupo populacional a fim de garantir-lhes maior acesso aos serviços e aos cuidados em saúde.

Para tanto, torna-se imprescindível a implantação de proposições para a instituição de políticas públicas que reconheçam tais necessidades e incorporem os princípios do cuidado à saúde em seu aspecto mais abrangente, traduzido por uma perspectiva de trabalho colaborativo de engajamento multissetorial.

Algumas iniciativas para enfrentar certos determinantes sociais condicionantes da TB podem ser citadas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que é uma resposta do MS às desigualdades em saúde que acometem essa população e o reconhecimento de que suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País.[11]

Acrescenta-se ainda a instituição da Instrução Operacional Conjunta n. 1/2019, que busca orientar a atuação de gestores e trabalhadores dos serviços do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (Suas), de forma articulada, com o intuito de mudar a realidade que envolve o doente.[12]

Nessa mesma perspectiva de maior integração multissetorial, cabe destacar a atual iniciativa de criação do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), instituída pelo Decreto n. 11.494/2023. A articulação entre o Ministério da Saúde e outros oito ministérios – dentre eles o do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o da Igualdade Racial e o da Integração e do Desenvolvimento Regional – pretende impulsionar a criação de ações que contribuam para a eliminação da TB e de outras doenças determinadas socialmente como problemas de saúde pública no País até o ano de 2030.[13]

Entretanto, é preciso que tais propostas sejam incorporadas de forma coordenada e sustentável pelas outras esferas governamentais, buscando a garantia de melhores condições de saneamento, alimentação, inclusão social, educação, moradia, renda, entre outros condicionantes fundamentais à saúde.

Referências

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2022 [Internet]. Geneva: OMS; 2022 [citado 25 jul 2023]. Disponível em: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022

2. Chiavegatto Filho AD, Laurenti R. Racial/ethnic disparities in self-rated health: a multilevel analysis of 2,697 individuals in 145 Brazilian municipalities. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Aug [citado 14 abr 2023];29(8):1572-82. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24005923/

3. Duarte R, Lönnroth K, Carvalho C, Lima F, Carvalho ACC, Muñoz-Torrico M, et al. Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). Pulmonology [Internet]. 2018 Mar-Apr [citado 25 jul 2023];24(2):115-119. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29275968/

4. Guidoni LM, Negri LSA, Carlesso GF, Zandonade E, Maciel ELN. Custos catastróficos em pacientes com tuberculose no Brasil: estudo em cinco capitais. Escola Anna Nery [Internet]. 2021 [citado 28 jul 2023];25(5). Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/yxytHfcDfdwZqLdMKwYjPXh/#

5. Agência IBGE. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021. Agência IBGE notícias [Internet]. 22 jul 2022 [citado 27 set 2023]. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Tuberculose 2023. Boletim epidemiológico [Internet]. Mar 2023 [citado 27 Set 2023];(Spec No):7-59. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/tuberculose

7. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, Silva A, Santos ABS, Batista LE, et al. População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados [Internet]. 2020 [citado 28 jul 2023];34(99). Disponível em: https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt

8. Touso MM, Popolin MP, Crispim JA, Freitas IM, Rodrigues LBB, Yamamura M, et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. Nov 2014 [citado 27 Set 2023];19(11):4577-4586. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.46062013

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Saúde Brasil 2022: análise da situação de saúde e uma visão integrada sobre os fatores de risco para anomalias congênitas [Internet]. Brasília, DF: MS; 2023 [citado 28 jul 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudebrasil_2022_analise_anomalias_congenitas.pdf

10. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet]. 2. ed. atual. Brasília, DF: MS; 2019 [acesso em 14 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS [Internet]. Brasilia, DF: MS; 2017 [citado 12 abr 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_população_negra_3d.pdf

12. Ministério da Cidadania (BR). Instrução operacional conjunta nº 1, de 26 de setembro de 2019. Orientações acerca da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da Tuberculose (TB) [Internet]. Brasília, DF: MC; 2019 [citado 27 set 2023]. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-operacional-conjunta-n-1-de-26-de-setembro-de-2019-218824329

13. Ministério da Saúde (BR). Conheça o novo comitê do governo federal para eliminação da tuberculose. Gov.br [Internet]. 19 abr 2023 [citado 27 set 2023]; Saúde. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/abril/conheca-o-novo-comite-do-governo-federal-para-eliminacao-da-tuberculose

Considerações finais

Neste segundo volume do *Boletim epidemiológico especial: saúde da população negra* objetivamos trazer um panorama geral de algumas das doenças infecciosas que afetam, em sua maior parte, a população negra.

Torna-se imprescindível, para o enfrentamento destas e de outras doenças relacionadas à pobreza, estratégias direcionadas ao fortalecimento da saúde da população negra. Para além de ações em assistência em saúde, é importante confrontar os determinantes sociais em saúde, a saber: educação, saneamento básico, segurança alimentar, emprego, renda, entre outros que estão diretamente associados a exposição, infecção, adoecimento e desfechos dessas doenças.

Dessa forma, vale salientar também a importância do enfrentamento ao estigma e ao preconceito, com ações de promoção e literacia em saúde sobre temas que ainda são tabus em nossa sociedade, como HIV/aids e tuberculose. Para essas e todas as demais doenças citadas aqui, o SUS oferece tratamento gratuito e diversas orientações a respeito de métodos de prevenção e diagnóstico.

Por fim, este boletim integra uma série de materiais e ações que visam comunicar à sociedade os principais indicadores desagregados por raça/cor, fortalecendo assim as ações da vigilância em saúde no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

No próximo volume abordaremos outras doenças negligenciadas e dados importantes que versam sobre a saúde ambiental.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
CLIQUE AQUI e responda a pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.gov.br/bvs

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE