

Boletim Epidemiológico

NÚMERO ESPECIAL
10 Out. 2023

Saúde da População Negra

Volume

1

Boletim Epidemiológico

Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância
em Saúde e Ambiente

Número Especial | Out. 2023

Saúde da População Negra

Volume

1



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 – CGDEP/Daevs/SVSA/MS
Marcos Vinicius da Silva Cordeiro – GAB/SVSA/MS

Organização:

Augusto Cesar Cardoso-dos-Santos – Daent/SVSA/MS
Marcos Vinicius da Silva Cordeiro – GAB/SVSA/MS

Revisão científica:

Augusto Cesar Cardoso-dos-Santos – Daent/SVSA/MS
Dandara de Oliveira Ramos – ISC/UFBA
Eder Gatti Fernandes – DPNI/SVSA/MS
Guilherme Werneck – CGDEP/SVSA/MS
Joice Aragão de Jesus – Daet/Saes/MS
Joilda Silva Nery – ISC/UFBA
Maria del Carmen Bisi Molina – Daent/SVSA/MS

Elaboração:

Ana Carolina Aires Cerqueira Prata – Cgiae/Daent/SVSA/MS
Ana Catarina de Melo Araújo – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Ana Margareth Gomes Alves – CGSH/Daet/Saes/MS
Aristeu de Oliveira Junior – Cgiae/Daent/SVSA/MS
Carla Machado da Trindade – Cgiae/Daent/SVSA/MS
Carlos Edson Hott – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Carmen Solange Maciel Franco – CGSH/Daet/Saes/MS

Debora Reis de Araujo – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea – CGDANT/Daent/SVSA
Gilza das Mercês Silva – CGSH/Daet/SAES/MS
Krishna Mara Rodrigues Freire – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Larissa Otaviano – CGDANT/Daent/SVSA
Leticia de Oliveira Cardoso – CGDANT/Daent/SVSA
Marli Souza Rocha – CGIA/Daent/SVSA/MS
Miranete Trajano de Arruda – CGSH/Daet/Saes/MS
Paulo Ivo Cortez – CGSH/Daet/Saes/MS
Rui Moreira Braz – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Thiago Fernandes da Costa – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Tiago Mendonça de Oliveira – DPNI/SVSA/MS
Tiago Novaes – CGSH/Daet/Saes/MS
Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo – Cgiae/Daent/SVSA/MS
Wellington de Souza Freitas – CGICI/DPNI/SVSA/MS
Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes – Cgiae/Daent/SVSA/MS

Colaboração:

Alexandre Yomatsu Okumoto – GAB/SVSA/MS
Alícia Krüger – GAB/SVSA/MS
Amanda Milan Câmara Pinto – GAB/SVSA/MS
Luís Eduardo Batista – GM/MS
Noêmia de Souza Lima – GAB/SVSA/MS

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:

OHME ANIWA – Símbolo adinkra de vigilância, proteção, segurança e excelência. 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/>).

Sumário

Apresentação	5
Prefácio	7
Introdução	8
<hr/>	
Considerações sobre o quesito raça/cor nos Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde	9
Mortalidade materno-infantil, assistência pré-natal e baixo peso ao nascer segundo a raça/cor	12
<hr/>	
Consultas de pré-natal segundo a raça/cor	13
Proporção de nascidos vivos com baixo peso por raça/cor	17
Mortalidade materna proporcional segundo as causas e a raça/cor	20
Óbito infantil por raça/cor	22
Doença falciforme – a doença genética mais comum no Brasil	24
<hr/>	
Incidência e mortalidade por doença falciforme no Brasil, 2014-2020	25
Dados da vacinação na população negra	30
<hr/>	
Programa Nacional de Imunizações e vacinação de rotina e contra a covid-19 por raça/cor	31
Dados de mortalidade por raça/cor	36
<hr/>	
As cinco principais causas de óbito segundo a variável raça/cor	37
Desigualdades da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2010 a 2022	39
Considerações finais	42

Apresentação

Cara leitora, caro leitor

Entre as principais diretrizes do Ministério da Saúde, considerando a saúde como um direito humano, estão a priorização de ações que assegurem a equidade de gênero e raça, o combate ao racismo e a promoção da saúde da população negra. Pela primeira vez na história, a saúde da população negra será uma das prioridades da pasta, compreendendo a magnitude dos determinantes sociais que são obstáculos para o acesso à saúde. O preconceito racial, além de crime, impede o acesso ao cuidado integral e à vida digna. Na reconstrução do Sistema Único de Saúde, enfrentar o racismo é fundamental para garantir o direito à saúde para todas as pessoas.

Preconizando os princípios do SUS – a universalidade, a integralidade e a equidade –, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, lança este *Boletim epidemiológico especial: saúde da população negra* em alusão aos 14 anos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria n.º 992, de 13 de maio de 2009.

Este documento traz um retrato atual da saúde da população negra no Brasil. Além disso, representa um compromisso do Ministério da Saúde com essa população e suas especificidades. Um compromisso na transparência dos dados e nas ações a serem executadas, bem como um empenho na garantia da saúde para todas as pessoas de forma equitativa.

Onde há racismo não é possível haver saúde. Essa iniquidade social dificulta o acesso à saúde e influencia a qualidade do serviço buscado e no desfecho da saúde.

Dessa maneira, reforço fortemente que o racismo, como um fator de determinação em saúde, não é simplesmente uma equação direta de causa e efeito, mas sim uma desigualdade profunda que põe em risco a vida de crianças, adolescentes, jovens, idosos, homens e mulheres cis e trans, negras e negros.

Estas páginas contêm informações epidemiológicas reveladoras de um cenário que necessita da união de todos para ser efetivamente modificado: governos, poderes, agentes públicos e população. O trabalho é árduo e requer empenho na construção de ações, programas, políticas e indicadores de saúde, investimento na formação, na qualificação dos profissionais bem como no fortalecimento do controle social e investimento nas políticas afirmativas.

Espero que este documento contribua para o enfrentamento das questões de saúde pública e que, juntos, seja possível vencermos os abismos causados pelas desigualdades que assolam a população negra no Brasil.

Nísia Trindade Lima
Ministério da Saúde

Prefácio

Ao reunir estudos sobre o estágio atual da morbimortalidade da população negra no Brasil, o *Boletim epidemiológico especial*, organizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde, retrata as consequências perversas do racismo na saúde das pessoas negras (pretas e pardas) – 57% da população.

Este importante boletim agrega informações significativas a respeito da saúde da população negra, e saudamos essa iniciativa por ser uma ferramenta estratégica de manejo da coisa pública para enfrentar as desigualdades de raça e gênero.

Estratificados pela variável raça/cor, todos os índices analisados de 2010 a 2020 são piores para as pessoas negras. São mais elevados os óbitos, as taxas de mortalidade materna e infantil, a prevalência de doenças crônicas e infecciosas e os índices de violência.

Os dados técnicos devem ser lidos como resultado de múltiplos fatores, influenciados por determinantes socioeconômicos e culturais que precarizam a vida da população negra, fruto do racismo sistêmico que opera em muitas dimensões. A carência ampla de acesso a trabalho, habitação, renda, educação e lazer impacta diretamente nas condições de saúde.

O boletim levanta, ainda, situações não tão visíveis, mas igualmente relevantes, trazendo reflexões: a importância fundamental do exercício da democracia, que implica responsabilidade e transparência públicas; o protagonismo da ciência e de ativistas em saúde da população negra como aliada na produção de insumos e diagnósticos da realidade que queremos transformar e, por fim, a urgência da construção de políticas promotoras de equidade étnico-racial que melhorem os indicadores de qualidade de vida e saúde da população negra. Queremos ver este resultado nos estudos a serem realizados pelos próximos quatro anos.

Este trabalho está em curso e é um compromisso firmado pelo Ministério da Igualdade Racial com o Ministério da Saúde e outros órgãos da gestão federal. Enfrentar o racismo e construir condições de vida saudáveis para todas as pessoas exige empenho de toda a sociedade.

Anielle Franco
Ministério da Igualdade Racial

Introdução

Considerações sobre o quesito raça/cor nos Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA):

Marcos Vinicius da Silva Cordeiro, Augusto César Cardoso dos Santos, Marli Souza Rocha, Joilda Silva Nery, Dandara de Oliveira Ramos, Alicia Krüger, Guilherme Loureiro Werneck.

Este documento é o primeiro volume de uma série de boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde que retratam a saúde da população negra no Brasil. O material traz informações extraídas dos dados produzidos, consolidados, processados e publicados rotineiramente pelas áreas técnicas que atuam na vigilância em saúde. Dessa forma, segundo a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), a Vigilância em Saúde é o processo sistemático e contínuo de coleta, compilação, análise e propagação das informações sobre saúde.³

Esse processo constitui um componente fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), dada a sua relevância para orientar ações e políticas públicas voltadas para a melhoria da saúde da população negra brasileira por meio do enfrentamento ao racismo na área da saúde.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) representa um importante marco na história da saúde pública nacional ao reconhecer o racismo como um determinante social que impacta a saúde de grande parcela da população brasileira. Outro marcador relevante dessa política é sua força de lei, garantida no Capítulo I do Estatuto da Igualdade Racial (Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010).^{1,2}

Assim, um dos principais mecanismos para o enfrentamento do racismo está na visibilidade dos indicadores e na produção de informações a respeito dos reflexos do racismo na saúde da população.

No rol de suas competências, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), do Ministério da Saúde, é uma aliada no combate aos efeitos do racismo na saúde, dada a sua atribuição de avaliar o impacto das doenças,

dos eventos e dos agravos que possam acometer a saúde da população do País.

Dessa maneira, é urgente a análise dos cenários epidemiológicos da população negra brasileira com o intuito de embasar gestores, profissionais da saúde, pesquisadores e movimentos sociais para planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas públicas que focalizem o enfrentamento ao racismo no setor saúde.

A análise dos dados referentes ao quesito raça/cor dos indivíduos expõe as desigualdades em saúde, presente nos instrumentos de coleta de dados dos principais sistemas de informação de vigilância em saúde. Os dados sobre raça/cor compõem um dos atributos mínimos comuns obrigatórios a todos os sistemas de base de dados do Ministério da Saúde desde 1999, instituído pela Portaria n.º 3.947, de 25 de novembro de 1998.⁴

A obrigatoriedade do preenchimento do campo raça/cor em todos os sistemas de informação utilizados pelo SUS também está prevista na Portaria n.º 344 de 1º de fevereiro de 2017.⁵ A coleta foi padronizada seguindo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que define cinco categorias: branca, preta, amarela, parda e indígena. Nesse processo de autodeclaração, percebe-se na cor branca sujeitos descendentes de europeus/ocidentais. Na cor preta, pessoas descendentes de africanos/afro-brasileiros. Na cor parda agrupam-se descendentes de genitores formados por indivíduos de raça/cor diferentes (branco e preto, preto e indígena, branco e indígena), reflexo do processo de miscigenação. Os sujeitos que se autodeclararam amarelos são os descendentes de asiáticos/orientais, e os autodeclarados indígenas são os descendentes de indígenas.⁶

Portanto, o correto preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação dos serviços de saúde, juntamente com a análise e a divulgação desses dados, desagregados, são alternativas para identificar problemas e propor soluções quanto aos eventos em saúde dos grupos étnicos atingidos.

Dados disponíveis e de boa qualidade são fundamentais para revelar os efeitos da desigualdade racial e do racismo. No entanto, em contextos de crise e sobrecarga dos serviços de saúde, conforme vivenciado durante a recente pandemia de covid-19, a disponibilidade e a qualidade de preenchimento dos dados sobre raça/cor costumam ser prejudicados.^{7,8} No contexto da pandemia da covid-19, a partir de agosto de 2020 esse cenário começou a ser atenuado, com a mudança da categoria do campo raça/cor de "essencial" para "obrigatório" na ficha de notificação do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sivep-Gripe).

Um dos grandes desafios para a qualificação dos dados referentes à saúde da população negra está na completude do campo raça/cor. Nos principais sistemas de informação em saúde, o percentual de incompletude do campo raça/cor no âmbito nacional vem diminuindo de modo consistente de 2010 até anos mais recentes,

conforme mostrado na Tabela 1. A despeito da melhora percentual, dezenas de milhares de indivíduos são registrados a cada ano sem informação sobre raça/cor.

Os menores percentuais de incompletude do campo raça/cor foram encontrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). No SIM, em 2021, cerca de 2,3% dos registros de óbito (42.349) tiveram o quesito raça/cor ignorado ou não informado. Cabe destacar que os dados do SIM não são autodeclarados, mas sim heteroidentificados, isto é, o preenchimento é realizado com base na percepção do profissional que preenche o campo. No Sinasc, nasceram 2,6 milhões de nascidos vivos no Brasil em 2021, dos quais 2,4% (65.180) tiveram a variável raça/cor ignorada.

Por sua vez, os registros de morbidade contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e seus diferentes módulos apresentaram percentuais de incompletude maiores em comparação aos registros de estatísticas vitais (SIM e Sinasc), apesar de uma redução significativa ter sido percebida ao longo do tempo, sobretudo a partir de 2017. Em 2021, foram identificados quase 500 mil (ou 13,8%) registros no Sinan com a variável raça/cor ignorada ou em branco, o menor valor de toda a série temporal para tal base de dados.

TABELA 1 Percentual de preenchimento ignorado ou em branco da variável raça/cor em diferentes sistemas de informação da vigilância em saúde. Brasil, 2010 a 2022*

Bases de dados	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022*
Sinasc (recém-nascido)	4,4	3,8	4,0	4,1	4,1	4,4	4,3	3,7	3,2	2,6	2,6	2,4	2,3
Sinasc (mãe)	97,5	45,0	7,3	4,7	4,5	5,1	4,7	4,2	3,6	3,5	3,4	3,4	2,7
SIM	6,4	6,0	5,5	5,5	4,9	4,5	4,0	3,1	2,8	2,6	2,6	2,3	2,0
Sinan**	22,8	24,5	24,3	26,9	21,9	28,2	29,9	16,0	14,2	17,2	16,0	13,7	13,8

Fonte: SIM e Sinan.

*Dados preliminares, sujeitos a alterações.

**Casos notificados na base nacional do Sinan – notificação individual.

Siglas: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações de Agravos (Sinan).

Além disso, muitas são as barreiras para o preenchimento desse campo, as quais perpassam pelo não reconhecimento da importância do dado, pelas dimensões do racismo interpessoal e institucional e até mesmo pelo constrangimento do profissional de saúde em perguntar "como você se autodeclara?". A sensibilização das equipes de saúde que realizam o diagnóstico e o preenchimento dos formulários é tão imprescindível para a qualificação da informação quanto para o desenho e o financiamento de políticas intersetoriais efetivas na organização de uma rede de atenção integral à saúde.

Apesar dos desafios na completude do quesito raça/cor nos sistemas de informação, o Brasil ocupa uma posição privilegiada em comparação a outros países da América Latina por coletar esses dados desde o século XIX nos censos demográfico e, a partir do século XX, por meio de robustos e ao mesmo tempo modernos sistemas de informação em saúde.⁹

Esta publicação foi produzida em um período anterior à publicação dos dados do Censo de 2022. Logo, devido à ausência de dados censitários recentes, nem sempre

foi possível calcular os indicadores operacionais, de morbidade e mortalidade de acordo com a política ou com a padronização científica internacional.

A SVSA/MS entende a urgência do enfrentamento à desigualdade étnico-racial em saúde e do racismo. Para tal, reforça seu compromisso em manter a transparência dos dados sob sua salvaguarda, atualizados e em conformidade com os princípios do SUS, utilizando-os a serviço do bem-estar da população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2016 Sep [citado 11 Set 2023];25(3):535–49. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>
2. Brasil. Lei Nº 12.288, de 20 de julho de 2010 [Internet]. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*. 2010 Jul 21 [citado 11 Set 2023];147(138 seção 1):1-4. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm
3. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018 [Internet]. [...] instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). 2018 Jul 12 [citado 11 Set 2023]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588_publicada.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n 3.947 de 25 de novembro de 1998 [Internet]. [...] Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde [...]. [citado 11 Set 2023]. *Diário Oficial*. 1999 Jan 14 [citado 11 Set 2023]; 137(9-E seção 1):8-9. Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_3947_atributos_comuns.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 [Internet]. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: MS. 2017 [citado 11 Set 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html
6. Ministério da Saúde (BR), Universidade de Brasília. Guia de Implementação do Quesito Raça/Cor/ Etnia [Internet]. Brasília, DF: MS; 2018 [citado 24 Jul 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_implementacao_raca_cor_etnia.pdf
7. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, Silva AD, Santos ABS, Batista LE, et al. População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud Av*. 2020 May-Aug [citado 11 Set 2023];34(99):225-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt#>
8. Araújo EM, Nunes AP, Nisida V. A invisibilidade do racismo nos dados da covid-19. *Folha de S. Paulo* [Internet]. 2021 Jul 20 [citado 11 Set 2023]; Saúde:[about 3 screens]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/colunas/desigualdades/2021/07/a-invisibilidade-do-racismo-nos-dados-da-covid-19.shtml?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=compwa
9. Bashir H, Ferreira A, Ortigoza A, Carabali M, Ramos D, Slesinski C, et al. Tornando o invisível, visível: raça, racismo e dados de Saúde. Lições de países da América Latina [Internet]. SALURBAL Project, Ubuntu Center, Pan-DIASPORA Project. Drexel University Dornsife School of Public Health; Jan 2023 [citado 11 Set 2023]. Disponível em: https://ubuntucenter.org/wp-content/uploads/2023/02/Race_Racism_Data-Brief_POR.pdf

Mortalidade materno-infantil, assistência pré-natal e baixo peso ao nascer segundo a raça/cor

Consultas de pré-natal segundo a raça/cor

Proporção de nascidos vivos com baixo peso por raça/cor

Mortalidade materna proporcional segundo as causas e a raça/cor

Óbito infantil por raça/cor

Consultas de pré-natal segundo a raça/cor

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (Cgiae/Daent/SVSA):

Ana Carolina Aires Cerqueira Prata, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Carla Machado da Trindade, Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes, Aristeu de Oliveira Junior, Marli Souza Rocha.

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent/SVSA):

Maria del Carmen Bisi Molina, Letícia de Oliveira Cardoso.

O pré-natal tem um papel significativo na redução dos desfechos perinatais negativos, garantindo o controle do desenvolvimento da gravidez, o diagnóstico e o tratamento de intercorrências clínicas e obstétricas com repercussões para a saúde materna e fetal, a realização de ações profiláticas específicas e a redução da exposição da gestante e do feto a fatores de riscos.¹

A informação sobre a assistência pré-natal é registrada na Declaração de Nascidos Vivos (DNV), permitindo

análises situacionais periódicas. A proporção de mães que declararam realizar sete ou mais consultas de pré-natal foi aumentando na última década, passando de 60,6% em 2010 para 66,5% em 2015, atingindo pouco mais de 71,0% em 2020 (Figura 1). Esse aumento ocorreu em todas as categorias de raça/cor, tendo as raças/cores preta e parda um incremento de 22,6% e 19,5%, respectivamente, enquanto no Brasil esse incremento foi de 10,4% quando comparamos os anos de 2010 e 2020.

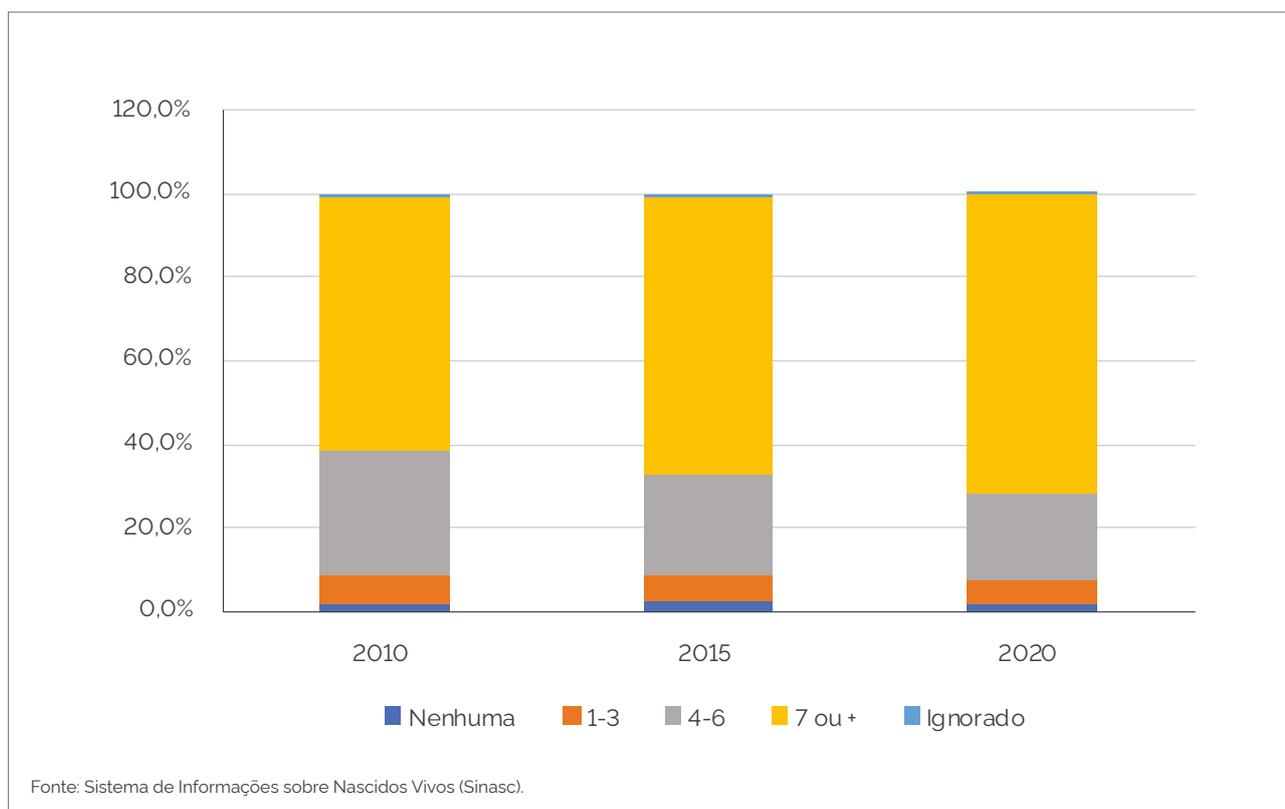


FIGURA 1 Proporção de consultas de pré-natal da mãe. Brasil, 2010/2015/2020

Em comparação, a proporção de mães que declararam realizar menos de sete consultas de pré-natal no período de gestação reduziu-se em todas as categorias de análise: de quatro a seis consultas de pré-natal reduziu-se de 29,6% em 2010 para 29,7% em 2020; de uma a três consultas de pré-natal reduziu-se de 7,1% em 2010 para 6,0% em 2020; e nenhuma consulta de pré-natal reduziu-se de 1,8% em 2010 para 1,7% em 2020. Ao analisar os dados por categoria raça/cor é possível verificar a mesma tendência de queda ao longo da década.

Essa melhora no acesso das gestantes ao pré-natal pode ser notada em todas as categorias de raça/cor. Por exemplo, em todas as categorias de raça/cor

observa-se um paulatino aumento na proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal (Figuras 2, 3 e 4).

No entanto, verifica-se uma diferença importante quando analisamos os valores por categoria de raça/cor. No ano de 2020, é possível aferir uma maior proporção de mães que tiveram acesso a sete ou mais consultas de pré-natal em todas as categorias de raça/cor. No entanto, há um gradiente por raça/cor com maior proporção de sete ou mais consultas nas mães que se declararam ser da raça/cor branca (80,9%), seguida da amarela (74,3%), da preta (68,7%), da parda (66,2%) e da indígena (39,4%) (Figura 4).

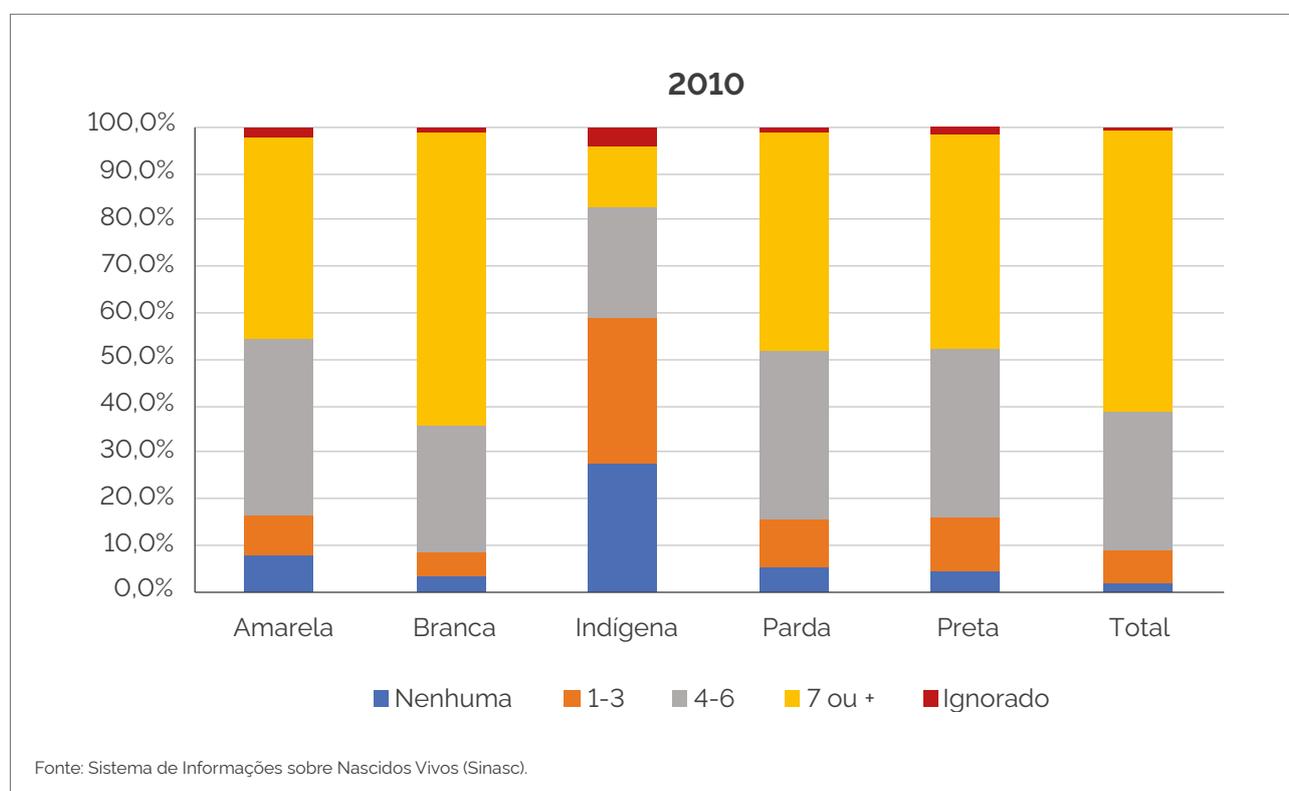


FIGURA 2 Proporção de consultas de pré-natal segundo a raça/cor da mãe. Brasil, 2010

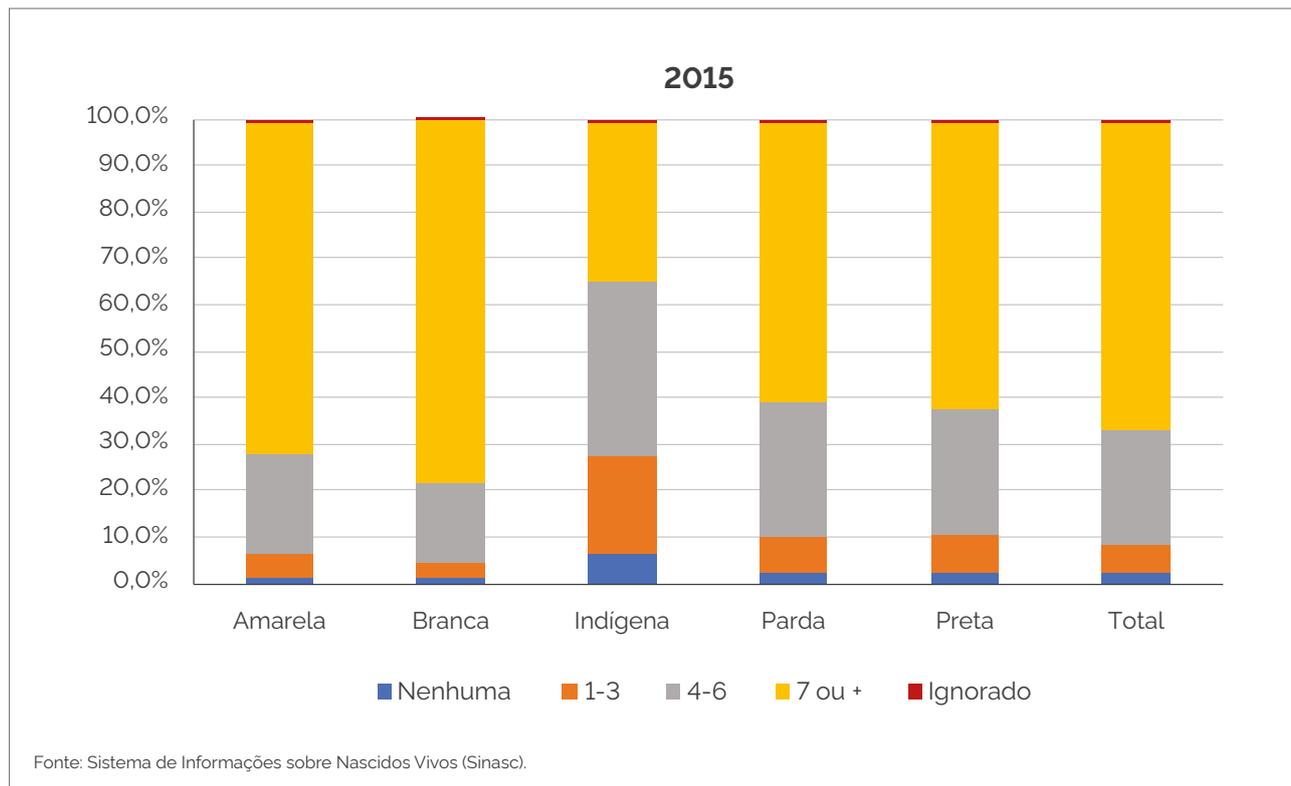


FIGURA 3 Proporção de consultas de pré-natal segundo a raça/cor da mãe. Brasil, 2015

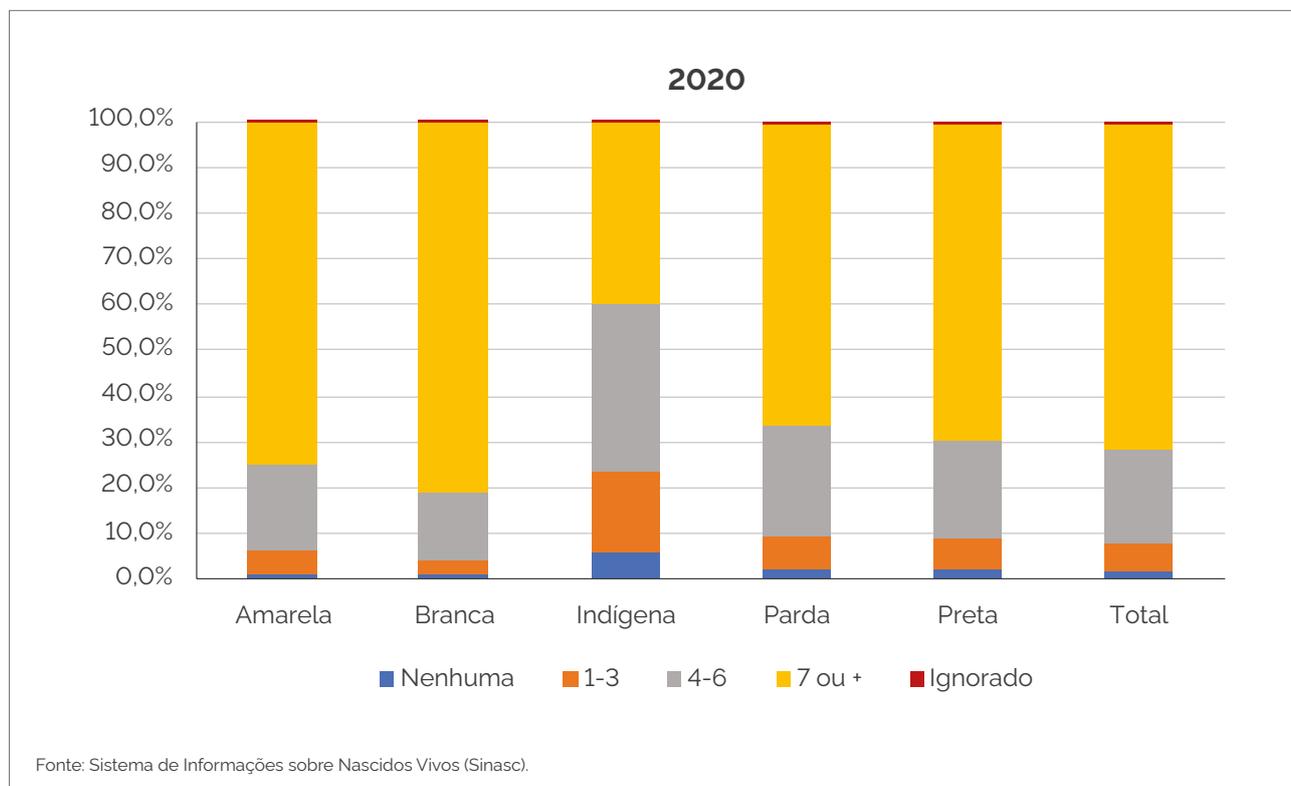


FIGURA 4 Proporção de consultas de pré-natal segundo a raça/cor da mãe. Brasil, 2020

REFERÊNCIAS

1. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 24 Jul 2023];28(3):425-437. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>

Proporção de nascidos vivos com baixo peso por raça/cor

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (Cgiae/Daent/SVSA):

Ana Carolina Aires Cerqueira Prata, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Carla Machado da Trindade, Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes, Aristeu de Oliveira Junior, Marli Souza Rocha.

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent/SVSA):

Maria del Carmen Bisi Molina, Letícia de Oliveira Cardoso.

O peso ao nascer é um dos indicadores de maior influência na saúde e na sobrevivência infantil, uma vez que dados epidemiológicos evidenciam que crianças nascidas com peso abaixo do limite de 2.500 gramas apresentam maior risco de morrer em relação àquelas que nascem com peso adequado.¹

O baixo peso ao nascer é decorrente de retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Trata-se de indicador de morbimortalidade infantil que corresponde às crianças nascidas com menos de 2.500 gramas, referente à primeira medida de peso do recém-nascido, devendo ser feita, preferencialmente, durante a primeira hora

de vida. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a condições socioeconômicas adversas e assistência materno-infantil inadequada.²

No Brasil, a proporção de crianças com peso menor que 2.500 gramas ao nascer se manteve praticamente constante ao longo dos anos avaliados, passando de 8,4% em 2010 para 8,6% em 2020. Porém, a análise por categoria de raça/cor da mãe aponta diferenças importantes, com aumento na proporção de nascidos vivos de baixo peso entre as categorias de raça/cor preta, parda e indígena. O maior aumento foi observado entre as mães de raça/cor preta, passando de 8,0% em 2010 para 10,1% em 2020 (Figura 1).

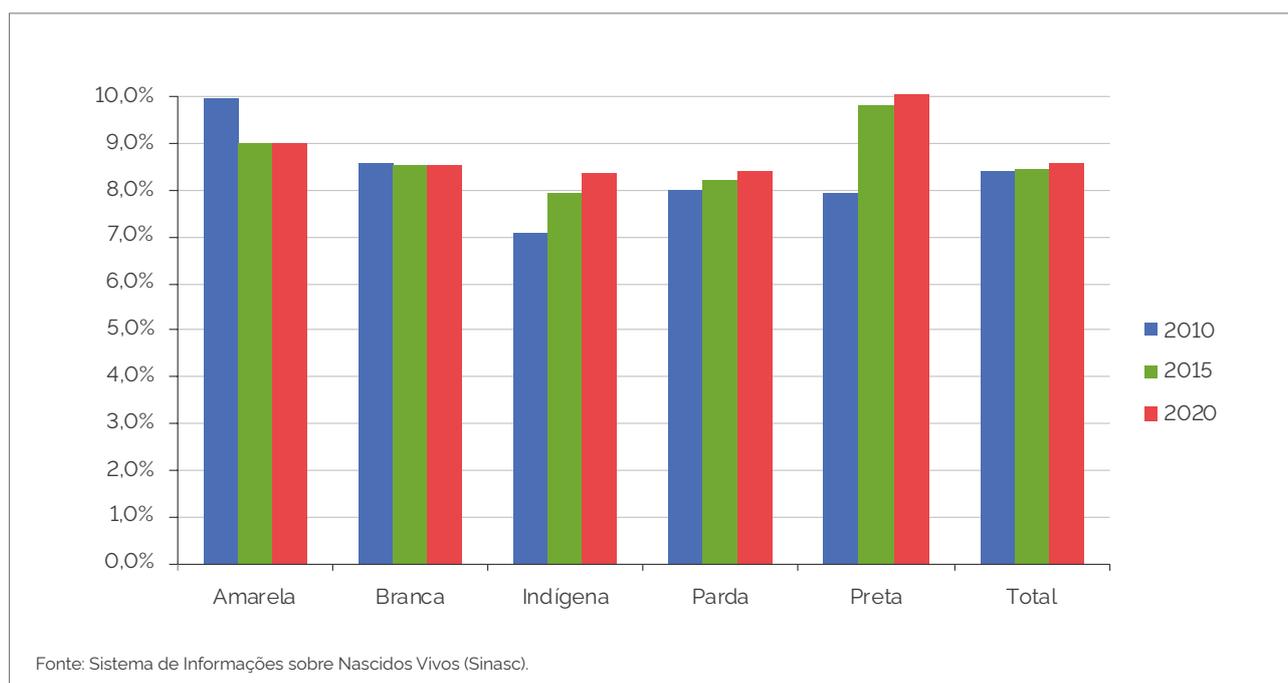


FIGURA 1 Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas), segundo a raça/cor da mãe. Brasil, 2010, 2015 e 2020

Um cenário similar pode ser observado na proporção de nascidos vivos com peso inferior a 1.500 gramas e inferior a 1.000 gramas. No caso dos bebês com peso inferior a 1.500 gramas, os dados mostram um aumento de 1% de 2010 a 2020, passando de 1,3% em 2010 para 1,4% em 2020 (Figura 2). Por sua vez, para a proporção de nascidos vivos com peso inferior a 1.000 gramas, ela

se manteve constante nos anos do estudo, em 0,6% do total de nascidos vivos (Figura 3). Em 2020, para ambos os cenários – peso inferior a 1.500 gramas e peso inferior a 1.000 gramas ao nascer – as maiores proporções foram observadas nos nascidos vivos das mães da raça/cor preta (1,7% e 0,8%, respectivamente).

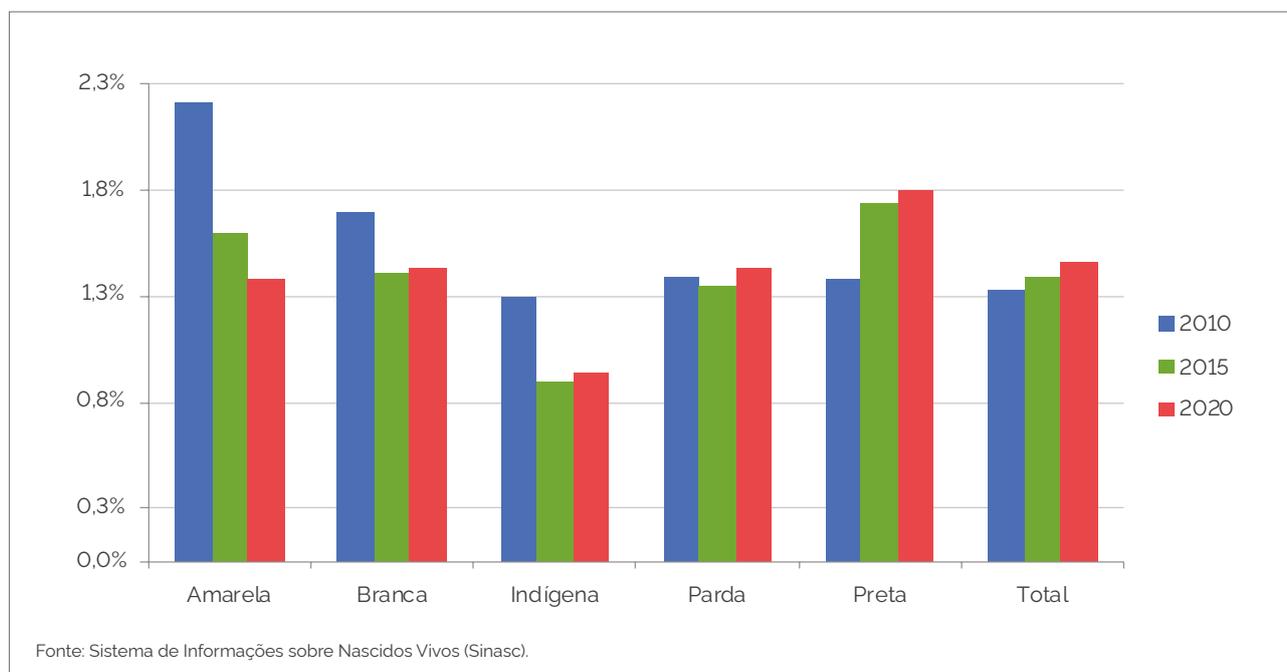


FIGURA 2 Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (< 1.500 gramas), segundo a raça/cor da mãe. Brasil, 2010, 2015 e 2020

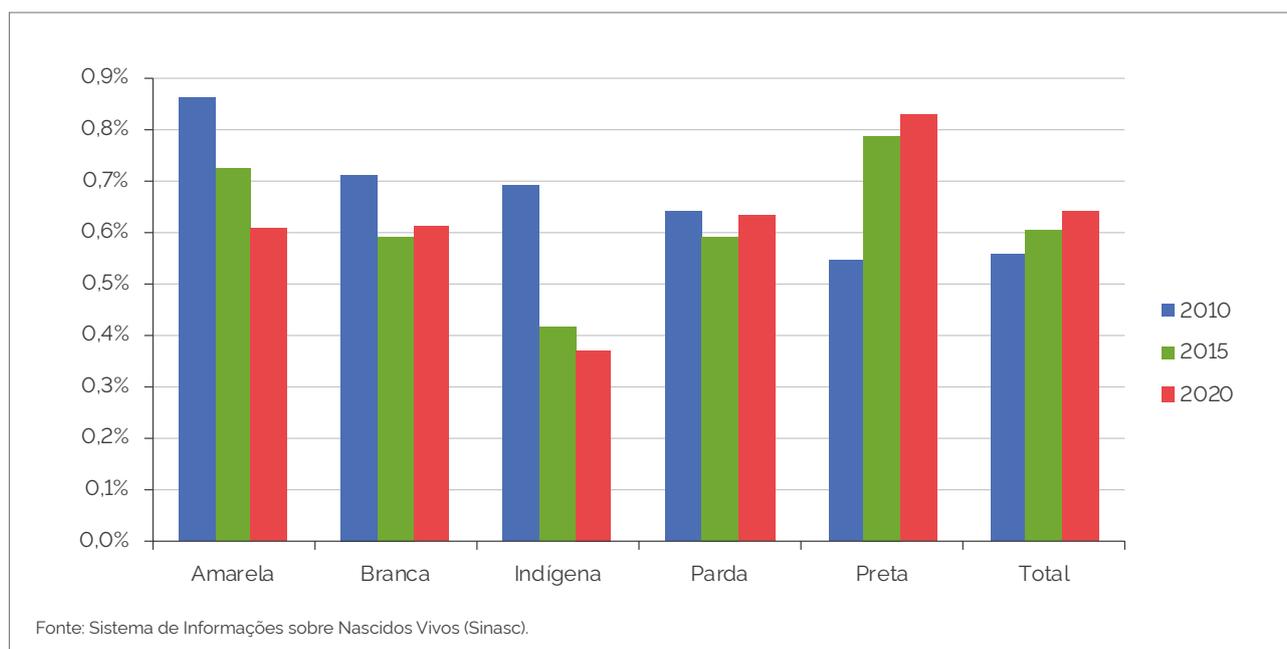


FIGURA 3 Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (< 1.000 gramas) segundo a variável raça/cor da mãe. Brasil, 2010, 2015 e 2020

REFERÊNCIAS

1. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato AP. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 Out [citado 11 Sep 2023];48(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6FdL3Rk7BK9SpNbGFQkk4TF/?lang=pt>
2. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. Indicadores de morbidade e fatores de risco. D.17 Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer [Internet]. Brasília, DF: MS; [data desconhecida]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd17.htm#:~:text=O%20baixo%20peso%20ao%20nascera%20possibilidade%20de%20morte%20precoce>

Mortalidade materna proporcional segundo as causas e a raça/cor

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (Cgiae/Daent/SVSA):

Ana Carolina Aires Cerqueira Prata, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Carla Machado da Trindade, Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes, Aristeu de Oliveira Junior, Marli Souza Rocha.

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent/SVSA):

Maria del Carmen Bisi Molina, Letícia de Oliveira Cardoso.

Nos anos de 2010, 2015 e 2020, a mortalidade materna (todas as idades) proporcional por hipertensão e hemorragia destacaram-se, nessa ordem, como resultado de complicações ocorridas durante ou após a gestação e o parto, juntamente com a infecção puerperal.^{1,2} Essas três principais complicações corresponderam a cerca de 30% dos 5.422 óbitos maternos nos três anos avaliados (Tabela 1).

Vale mencionar que os resultados referentes à raça/cor amarela devem ser avaliados com muita cautela devido à pequena quantidade de mulheres classificadas nessa categoria. Dessa forma, o aumento de um óbito resulta em grande variação da mortalidade proporcional.

A mortalidade proporcional por hipertensão reduziu-se nas categorias de raça/cor indígena (quase 30%), branca (6%) e parda (1,6%) em 2020 em comparação com 2010. Em contraste, a mortalidade proporcional por essa causa aumentou na categoria de raça/cor preta (5%) no mesmo período.

As indígenas apresentaram a maior mortalidade proporcional por hemorragia, cerca de 28% em 2020, proporção equivalente ao dobro da observada em 2015. Entre 2020 e 2010, a mortalidade materna proporcional por essa causa reduziu-se entre as mulheres pretas (3,3%) e se manteve praticamente estável nas categorias de raça/cor branca e parda.

Os maiores valores da mortalidade proporcional por infecção puerperal foram observados entre as mulheres indígenas em 2015 (2,8%) e pardas (2,3%) em 2020.

Em 2020, a covid-19 destacou-se como importante causa de morte materna em todas as categorias de raça/cor, correspondendo a 22% do total dos óbitos maternos (430/1.965), em consonância com os resultados apresentados por Siqueira et al. 2023.³

Os resultados aqui apresentados reforçam a importância da análise epidemiológica da mortalidade materna proporcional segundo as causas e as categorias de raça/cor. É nítido o impacto das causas obstétricas na mortalidade, com diferentes intensidades, em todas as categorias de raça/cor no período de 2010 a 2020. A redução dessa desigualdade não se restringe ao setor saúde, pois requer a articulação com outras políticas públicas a fim de assegurar a atuação intersetorial de diferentes áreas que possam contribuir para a saúde e a qualidade de vida da mulher, incluindo os períodos de gestação, parto e puerpério. Vale mencionar que boa parte das mortes por causas obstétricas são consideradas evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde.^{4,5,6}

TABELA 1 Mortalidade materna proporcional segundo grupos de causas e raça/cor. Brasil, 2010, 2015 e 2020

Categoria	Ano	Total de óbitos maternos	Óbitos por HI, HE e IP		Hipertensão (HI)	Hemorragia (HE)	Infecção puerperal (IP)	Covid-19	
			n	%	%	%	%	n	%
Amarela	2010	4	3	75,0%	25,0%	50,0%	0,0%	0	0,0%
	2015	2	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0	0,0%
	2020	10	4	40,0%	30,0%	10,0%	0,0%	3	30,0%
Branca	2010	595	180	30,3%	18,2%	10,9%	1,2%	0	0,0%
	2015	559	168	30,1%	14,7%	13,8%	1,6%	0	0,0%
	2020	589	134	22,8%	12,2%	9,0%	1,5%	138	23,4%
Indígena	2010	18	11	61,1%	38,9%	22,2%	0,0%	0	0,0%
	2015	36	13	36,1%	19,4%	13,9%	2,8%	0	0,0%
	2020	29	11	37,9%	10,3%	27,6%	0,0%	3	10,3%
Parda	2010	831	257	30,9%	18,2%	10,7%	2,0%	0	0,0%
	2015	903	321	35,5%	19,6%	14,4%	1,6%	0	0,0%
	2020	1.055	314	29,8%	16,6%	10,9%	2,3%	217	20,6%
Preta	2010	181	54	29,8%	18,2%	9,9%	1,7%	0	0,0%
	2015	176	60	34,1%	19,3%	13,1%	1,7%	0	0,0%
	2020	229	69	30,1%	23,1%	6,6%	0,4%	56	24,5%
Total	2010	1.719	526	30,6%	18,1%	10,9%	1,6%	0	0,0%
	2015	1.738	580	33,4%	17,9%	13,9%	1,6%	0	0,0%
	2020	1.965	545	27,7%	16,1%	9,9%	1,7%	430	21,9%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Notas: verde escuro (menor 6,50%); verde claro (6,01%-7,00%); amarelo (7,01%-10,00%); laranja claro (10,01%-12,00%); laranja escuro (12,01%-15,00%) e vermelho (maior 15%).

Códigos da CID-10: HI: hipertensão (O10; O11; O13 a O16); HE: hemorragia (O20; O44.1; O45; O46; O67; O71.0; O71.1; O72) e IP: infecção puerperal (O85 e O86).

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília, DF: MS; 2009.
- Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos trinta anos? Cad Saúde Pública 2011; 27(4): 623-38.
- Siqueira TS, Silva JRS, Souza MR, Leite DCF, et al. Spatial clusters, social determinants of health and risk of maternal mortality by covid-19 in Brazil: a national population-based ecological study [Internet]. The Lancet regional health Americas. Nov. 2021 [citado 18 Set 2023]; 3(100076). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(21\)00072-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(21)00072-7/fulltext)
- Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007 Dez. [citado 19 Abr 2023]; 16(4):233-244. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2019.v22/e190014/>
- Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. Epidemiol Serv Saúde. Jun. 2010. [citado 10 Abr 2023]; 19(2):173-176. Disponível em: <https://bit.ly/3E8luUk>
- Porto DL, França GVA, Araújo VEM, Rocha MS, Molina MCB. Mortes de mulheres brasileiras por causas evitáveis: o que mudou de 2012 a 2021? In: Ministério da Saúde (BR). Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde [Internet]. Boletim Epidemiológico. Mar. 2023 [citado 18 Set 2023]; (Spec No):20-3. Disponível em: <https://bit.ly/3MXDaZ1>

Óbito infantil por raça/cor

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (Cgiae/Daent/SVSA):

Ana Carolina Aires Cerqueira Prata, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Carla Machado da Trindade, Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes, Aristeu de Oliveira Junior, Marli Souza Rocha.

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent/SVSA):

Maria del Carmen Bisi Molina, Letícia de Oliveira Cardoso.

Utilizando-se uma lista reduzida de causas de morte, baseada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), para tabulação de óbitos infantis, observam-se mudanças discretas no perfil de mortalidade entre 2010 e 2020 para as diferentes categorias de raça/cor.¹ Vale mencionar que para este estudo foi incluída a covid-19 (código B34.2 da CID-10) no ano de 2020.

Do total de mortes infantis, as malformações congênicas e a prematuridade ocuparam o primeiro e o segundo lugares, respectivamente, entre as causas de morte em 2010, 2015 e 2020, enquanto os fatores maternos subiram para a terceira posição nos anos de 2015 e 2020. Por sua vez, as infecções perinatais oscilaram entre terceiro e quarto lugares no mesmo período. Quanto à covid-19, a raça/cor indígena apresentou a maior mortalidade proporcional (4,1%) em 2020. Em contrapartida, nas categorias branca, preta e parda a mortalidade proporcional por covid-19 foi de até 1,0% (Tabela 1).

Os óbitos infantis em indígenas apresentaram comportamento diferente do observado para os resultados agregados e as demais categorias de raça/cor. Na categoria indígena, os resultados apontam as infecções da criança como a causa mais frequente, representando 30,6% dos óbitos infantis em 2010, 24,1% em 2015 e 17,3% em 2020.

Quando se analisam separadamente as categorias raça/cor preta e parda, nota-se, a partir de 2015, que a malformação congênita passa a ser, proporcionalmente, a principal causa da mortalidade infantil, superando a prematuridade. Para a categoria raça/cor preta, a proporção de óbitos por malformação congênita passou de 16,7% em 2010 para 19,1% em 2020, enquanto para raça/cor parda subiu de 16,1% para 20,3% no mesmo período. Em contrapartida, reduziram-se os óbitos atribuídos à prematuridade para as categorias preta e parda. Em 2010, as proporções de óbitos por prematuridade para raça/cor preta e parda eram de 17,1% e 19,7%, reduzindo-se para 14,8% e 15,5% em 2020, respectivamente.

TABELA 1 Causas de óbito infantil segundo a variável raça/cor. Brasil, 2010, 2015 e 2020

Causas de óbito infantil – 2010	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Total
1 Malformações congênicas	22,4%	23,2%	10,8%	16,1%	16,7%	19,3%
2 Prematuridade	6,1%	17,7%	5,8%	19,7%	17,1%	19,0%
3 Infecções perinatais	4,1%	11,6%	6,2%	11,8%	10,4%	11,7%
4 Asfixia/hipóxia	12,2%	9,5%	8,1%	12,1%	9,4%	10,8%
5 Fatores maternos	8,2%	9,0%	2,7%	8,8%	10,4%	8,7%
6 Infecções da criança	16,3%	7,7%	30,6%	8,8%	10,2%	8,4%
7 Causas mal definidas ou inespecíficas	12,2%	5,6%	15,9%	7,4%	7,5%	6,7%
8 Causas externas na criança	4,1%	3,8%	3,1%	2,6%	3,7%	3,0%
9 Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal	2,0%	1,8%	1,2%	2,4%	1,9%	2,1%
10 Desnutrição e anemias nutricionais	4,1%	0,5%	6,2%	0,9%	1,0%	0,7%
11 Afecções respiratórias perinatais	0,0%	0,5%	0,2%	0,4%	0,7%	0,5%
12 Síndrome da morte súbita na infância	0,0%	0,5%	0,4%	0,5%	0,6%	0,4%
13 Doenças imunizáveis	0,0%	0,1%	1,0%	0,1%	0,3%	0,2%
14 Asma	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%

continua

conclusão

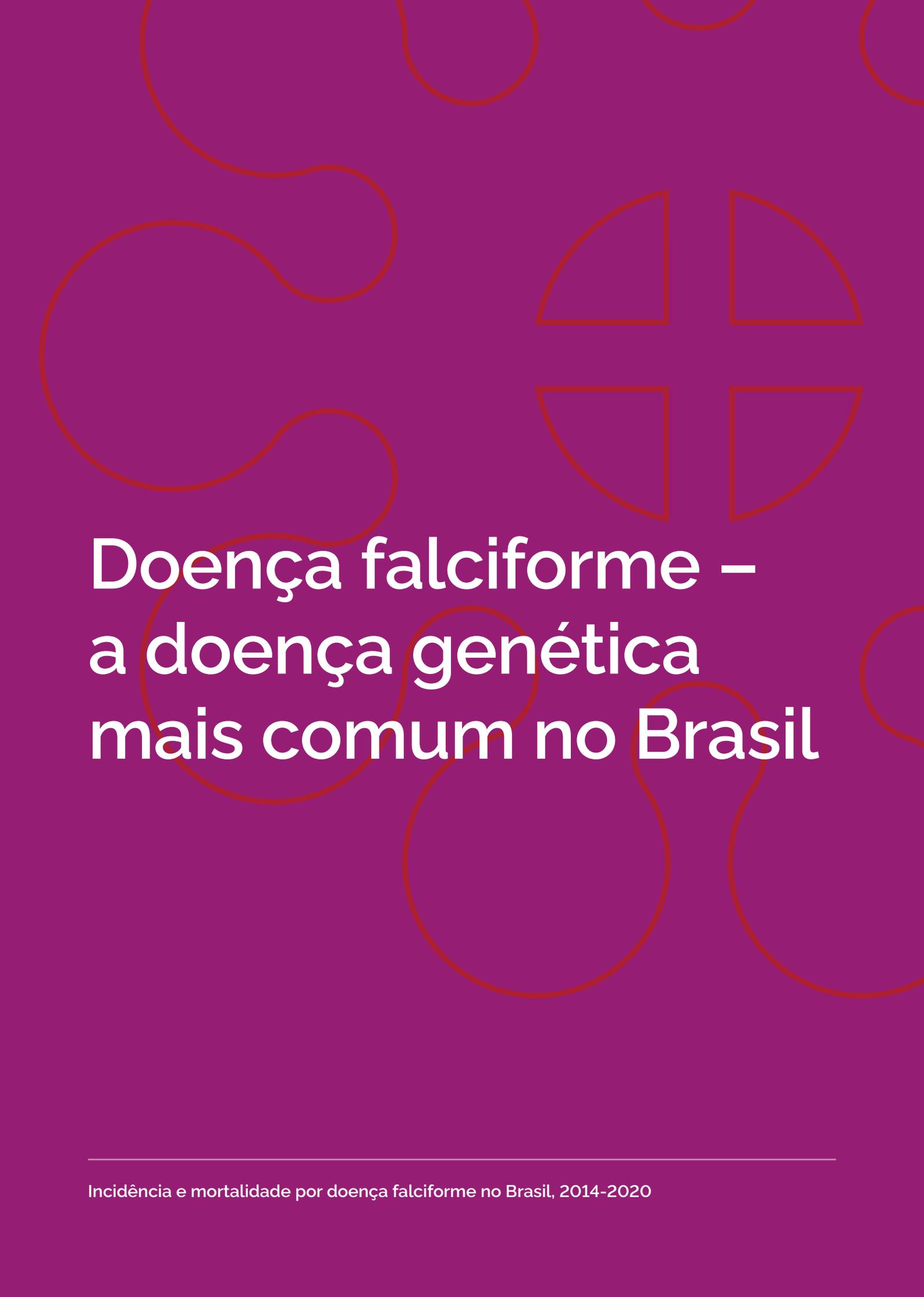
Causas de óbito infantil – 2015		Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Total
1	Malformações congênitas	29,7%	26,7%	11,8%	19,0%	18,7%	22,3%
2	Prematuridade	17,6%	14,2%	7,0%	15,7%	14,7%	15,2%
3	Fatores maternos	17,6%	12,5%	5,3%	12,6%	12,9%	12,4%
4	Infecções perinatais	9,5%	10,7%	6,7%	12,7%	12,0%	11,8%
5	Asfixia/hipóxia	9,5%	9,2%	6,7%	11,2%	7,7%	10,2%
6	Infecções da criança	9,5%	6,2%	24,1%	7,1%	11,3%	6,9%
7	Causas mal definidas ou inespecíficas	2,7%	4,7%	10,9%	6,5%	5,3%	5,7%
8	Causas externas na criança	1,4%	4,0%	10,3%	3,1%	5,3%	3,5%
9	Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal	0,0%	1,8%	1,9%	2,0%	1,5%	1,8%
10	Desnutrição e anemias nutricionais	1,4%	0,4%	3,6%	0,5%	0,6%	0,5%
11	Afecções respiratórias perinatais	0,0%	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%
12	Síndrome da morte súbita na infância	0,0%	0,5%	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%
13	Doenças imunizáveis	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%
14	Asma	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,3%	0,1%
Causas de óbito infantil – 2020		Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Total
1	Malformações congênitas	13,3%	27,9%	13,6%	20,3%	19,1%	23,1%
2	Prematuridade	21,7%	13,4%	7,8%	15,5%	14,8%	14,7%
3	Fatores maternos	10,0%	14,3%	5,3%	13,7%	14,6%	14,0%
4	Infecções perinatais	11,7%	9,4%	7,3%	12,0%	8,5%	10,8%
5	Asfixia/hipóxia	16,7%	8,7%	10,5%	11,6%	10,6%	10,4%
6	Causas mal definidas ou inespecíficas	5,0%	5,0%	12,4%	6,4%	5,9%	5,9%
7	Infecções da criança	8,3%	4,4%	17,3%	4,6%	6,2%	4,7%
8	Causas externas na criança	1,7%	3,5%	5,8%	3,2%	4,8%	3,3%
9	Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal	0,0%	1,6%	1,2%	1,8%	2,3%	1,7%
10	Covid-19	1,7%	0,6%	4,1%	1,0%	0,9%	0,9%
11	Síndrome da morte súbita na infância	0,0%	0,6%	1,4%	0,4%	0,3%	0,5%
12	Desnutrição e anemias nutricionais	0,0%	0,2%	3,2%	0,4%	0,2%	0,4%
13	Afecções respiratórias perinatais	0,0%	0,4%	0,9%	0,4%	0,3%	0,4%
14	Doenças imunizáveis	0,0%	0,1%	1,0%	0,1%	0,1%	0,1%
15	Asma	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Legenda: verde escuro (0%-3,00%); verde claro (3,01%-6,00%); amarelo (6,01%-11,00%); laranja claro (11,01%-15,00%); laranja escuro (15,01%-19,00%) e vermelho (maior 19,00%).

REFERÊNCIA

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância de saúde da mulher [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012 [citado 11 Set 2023]. Capítulo 6, Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010; p. 163-82. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf



Doença falciforme – a doença genética mais comum no Brasil

Incidência e mortalidade por doença falciforme no Brasil, 2014-2020

Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/Daet/Saes):

Gilza das Mercês Silva, Miranete Trajano de Arruda, Paulo Ivo Cortez, Tiago Novaes,

Ana Margareth Gomes Alves, Carmen Solange Maciel Franco.

Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet/Saes): Joice Aragão de Jesus.

A doença falciforme (DF) é genética, hereditária e de herança recessiva, sendo caracterizada por uma mutação no gene que produz a hemoglobina (HbA), o que faz surgir uma hemoglobina mutante denominada S (HbS). Trata-se de uma das doenças genéticas mais comuns em todo

o mundo, principalmente em países com histórico de diáspora africana. Uma vez que se trata de uma doença genética de origem africana, a DF é mais comum em pretos e pardos, sendo os óbitos com maior concentração também entre esses sujeitos (Tabela 1).

TABELA 1 Óbitos por doença falciforme no Brasil por raça/cor, 2014-2020

UF/Região	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
DF	11	12,64%	19	21,84%	0	0,0%	54	62,07%	0	0,0%	3	3,45%	87
GO	29	19,33%	23	15,33%	0	0,0%	91	60,67%	0	0,0%	7	4,67%	150
MS	7	25,93%	3	11,11%	0	0,0%	17	62,96%	0	0,0%	0	0,0%	27
MT	7	11,67%	5	8,33%	0	0,0%	46	76,67%	0	0,0%	2	3,33%	60
Região Centro-Oeste	54	16,67%	50	15,43%	0	0,0%	208	64,20%	0	0,0%	12	3,70%	324
AC	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	100,00%	0	0,0%	0	0,0%	7
AM	5	17,24%	2	6,90%	0	0,0%	21	72,41%	1	3,45%	0	0,0%	29
AP	1	12,50%	2	25,00%	0	0,0%	5	62,50%	0	0,0%	0	0,0%	8
PA	7	7,14%	12	12,24%	0	0,0%	74	75,51%	1	1,02%	0	0,0%	98
RO	4	21,05%	7	36,84%	0	0,0%	8	42,11%	0	0,0%	0	0,0%	19
RR	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	2
TO	9	19,15%	8	17,02%	0	0,0%	29	61,70%	0	0,0%	1	2,13%	47
Região Norte	27	12,86%	31	14,76%	0	0,0%	144	68,57%	3	1,43%	1	0,48%	210
AL	2	5,00%	3	7,50%	0	0,0%	29	72,50%	0	0,0%	6	15,00%	40
BA	27	5,38%	156	31,08%	0	0,0%	281	55,98%	1	0,20%	37	7,37%	502
CE	8	11,27%	3	4,23%	1	1,41%	57	80,28%	1	1,41%	1	1,41%	71
MA	13	7,65%	27	15,88%	3	1,76%	124	72,94%	0	0,0%	3	1,76%	170
PB	8	30,77%	0	0,0%	0	0,0%	14	53,85%	0	0,0%	4	15,38%	26
PE	22	17,05%	23	17,83%	0	0,0%	81	62,79%	0	0,0%	3	2,33%	129
PI	13	11,30%	18	15,65%	0	0,0%	79	68,70%	0	0,0%	5	4,35%	115
RN	6	21,43%	1	3,57%	0	0,0%	17	60,71%	0	0,0%	4	14,29%	28
SE	5	10,00%	18	36,00%	0	0,0%	26	52,00%	0	0,0%	1	2,00%	50

continua

conclusão

UF/Região	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado		Total n
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Região Nordeste	104	9,20%	249	22,02%	4	0,35%	708	62,60%	2	0,18%	64	5,66%	1.131
ES	7	8,43%	27	32,53%	1	1,20%	40	48,19%	0	0,0%	8	9,64%	83
MG	61	14,73%	129	31,16%	0	0,0%	199	48,07%	2	0,48%	23	5,56%	414
RJ	55	13,41%	200	48,78%	1	0,24%	147	35,85%	0	0,0%	7	1,71%	410
SP	160	31,62%	126	24,90%	2	0,40%	207	40,91%	0	0,0%	11	2,17%	506
Região Sudeste	283	20,03%	482	34,11%	4	0,28%	593	41,97%	2	0,14%	49	3,47%	1.413
PR	25	39,68%	15	23,81%	0	0,0%	20	31,75%	0	0,0%	3	4,76%	63
RS	16	35,56%	23	51,11%	0	0,0%	4	8,89%	0	0,0%	2	4,44%	45
SC	9	40,91%	8	36,36%	0	0,0%	5	22,73%	0	0,0%	0	0,0%	22
Região Sul	50	38,46%	46	35,38%	0	0,0%	29	22,31%	0	0,0%	5	3,85%	130
Brasil	518	16,15%	858	26,75%	8	0,25%	1.682	52,43%	7	0,22%	131	4,08%	3.208

Fonte: MS/SVS/Cgiae – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O termo "anemia falciforme" refere-se à presença da hemoglobina S em homozigose, a maior manifestação clínica da DF. Nas pessoas com DF, as hemácias (glóbulos vermelhos do sangue), que em condições adequadas são redondas, assumem a forma de "meia lua" ou "foice" (daí o nome "falciforme"). Essa mudança de formato ocorre em situações de esforço físico, estresse, frio, traumas, desidratação, infecções, entre outros. Nesse formato, os glóbulos vermelhos causam má circulação em quase todo o corpo.¹

As manifestações clínicas da DF são, assim, multissistêmicas, ocorrendo a partir do primeiro ano e se estendendo por toda a vida, as principais incluem: crises de dor, icterícia, anemia, infecções, síndrome mão-pé, crise de sequestração esplênica, acidente vascular encefálico, priapismo, síndrome torácica aguda, crise aplástica, ulcerações, osteonecrose, complicações renais e oculares, dentre outras, incluindo complicações gestacionais e afecções tardias relacionadas à sobrecarga de ferro secundária às transfusões.^{1,2,3}

O diagnóstico da DF é feito, principalmente, no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) – "teste do pezinho".⁴ No Brasil, entre os anos de 2014 e 2020 a cobertura média do PNTN foi de 82,37%. A incidência de DF no período foi de um caso a cada 2.500 nascidos vivos (cerca de 1.100 casos/ano) e dois casos de traço falciforme a cada cem nascidos vivos (média de 63 mil casos/ano).

Estima-se que há entre 60 mil e 100 mil pessoas com a doença no País. A distribuição da DF no Brasil é bastante heterogênea, sendo a Bahia a unidade federada de maior incidência (9,46/100.000 pessoas) (Figura 1). Padrão similar pode ser observado para o traço falciforme (Figura 2).

Com o objetivo de mudar a história natural da DF no Brasil foi instituída, no âmbito do SUS, em 16 de agosto de 2005, a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF), hoje na Portaria de Consolidação n.º 2/2017. O tratamento para a DF está preconizado no SUS, pelo Ministério da Saúde, por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), portarias, orientações e manuais.

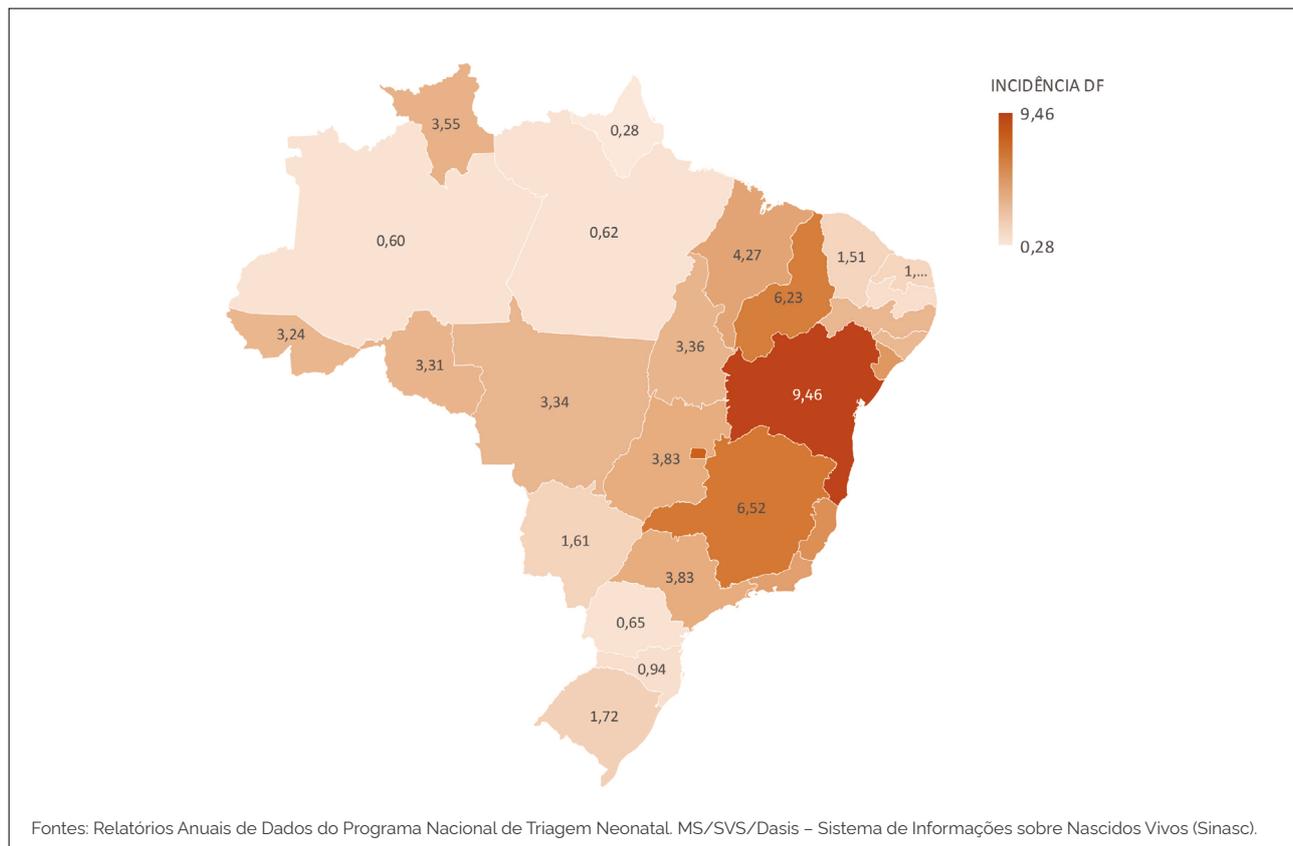


FIGURA 1 Incidência de DF a cada 10 mil nascidos vivos por unidade federada, 2014-2020

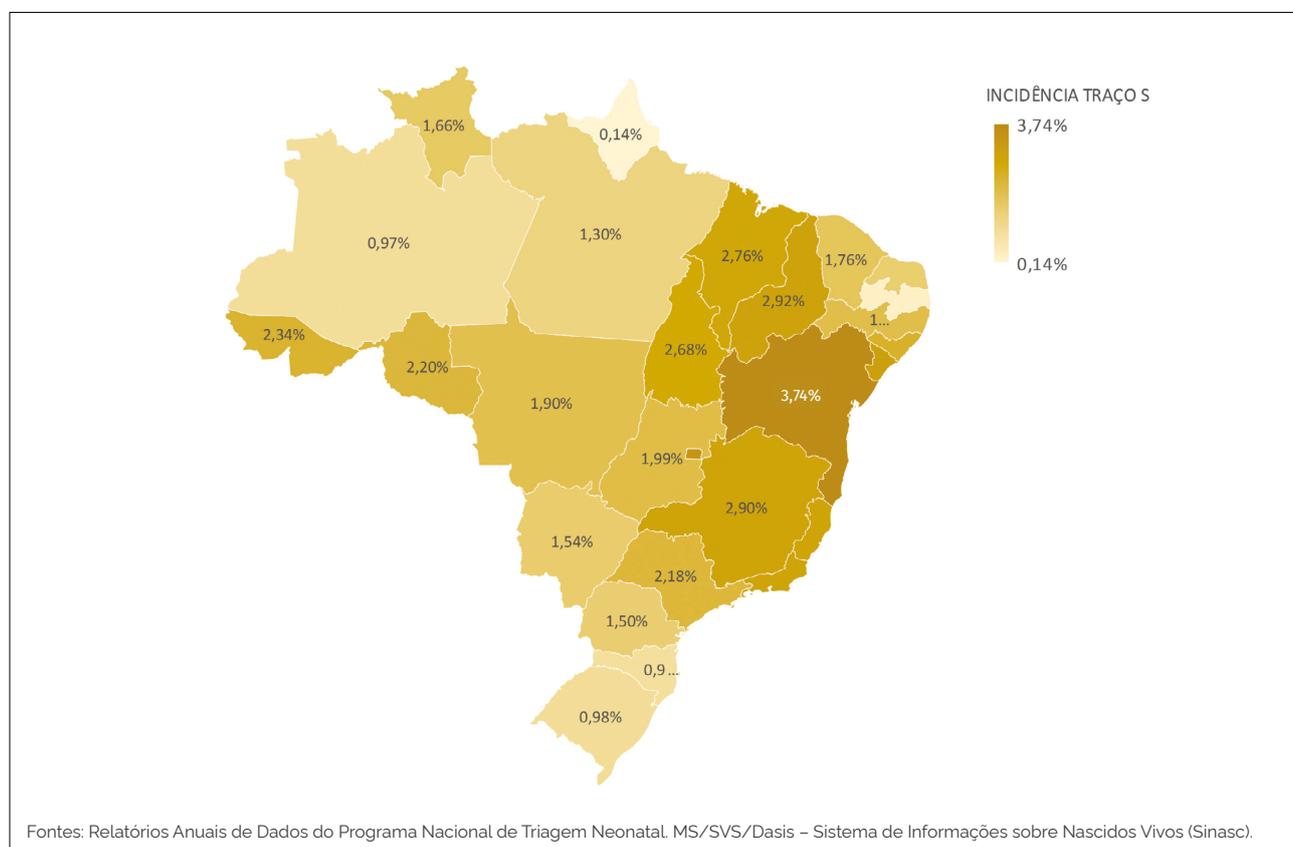


FIGURA 2 Incidência do traço falciforme a cada 100 nascidos vivos por unidade federada, 2014-2020

Atualmente, cerca de 150 serviços de atenção ambulatorial especializada fazem o acompanhamento de pessoas com DF no SUS. Além das medicações, são disponibilizados exames de sangue e imagem, consultas na atenção especializada, suporte transfusional e os transplantes alogênicos aparentados de medula óssea, de sangue periférico e de sangue de cordão umbilical, tratamentos curativos da doença. O Ministério da Saúde conta, ainda, com um cadastro nacional de pacientes com doença falciforme e outras hemoglobinopatias – Sistema Hemovida Web Hemoglobinopatias – que em fevereiro de 2023 atingiu uma cobertura de 50,00% dos serviços de atenção especializada e 29 mil pacientes cadastrados.^{5,6}

A despeito dos avanços na atenção às pessoas com DF, são muitos os desafios a serem superados. Dados do Sistema de Informações de Mortalidade do SUS apontam que entre os anos de 2014 e 2020 a mortalidade geral por doença falciforme foi de 0,22 a cada 100 mil habitantes, apresentando grande variação entre as

unidades federadas (Figura 3). A maior parte dos óbitos de pacientes com DF no Brasil ocorreu na segunda década de vida (20 aos 29 anos), um padrão que se repete na maioria das unidades federadas (Figura 4).

Ante os desafios para promover a atenção às pessoas com doença falciforme, a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados vem trabalhando com as unidades federadas a fim de fortalecer o Programa Nacional de Triagem Neonatal e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

Ressalte-se, assim, a importância do monitoramento das crianças diagnosticadas no PNTN, da promoção do acesso destas a medicamentos, exames e procedimentos preconizados no PCDT e de ações que visem à qualificação do suporte transfusional, além da produção de dados epidemiológicos retirados dos sistemas de informação do SUS a fim de nortear esse processo em prol das pessoas com DF.

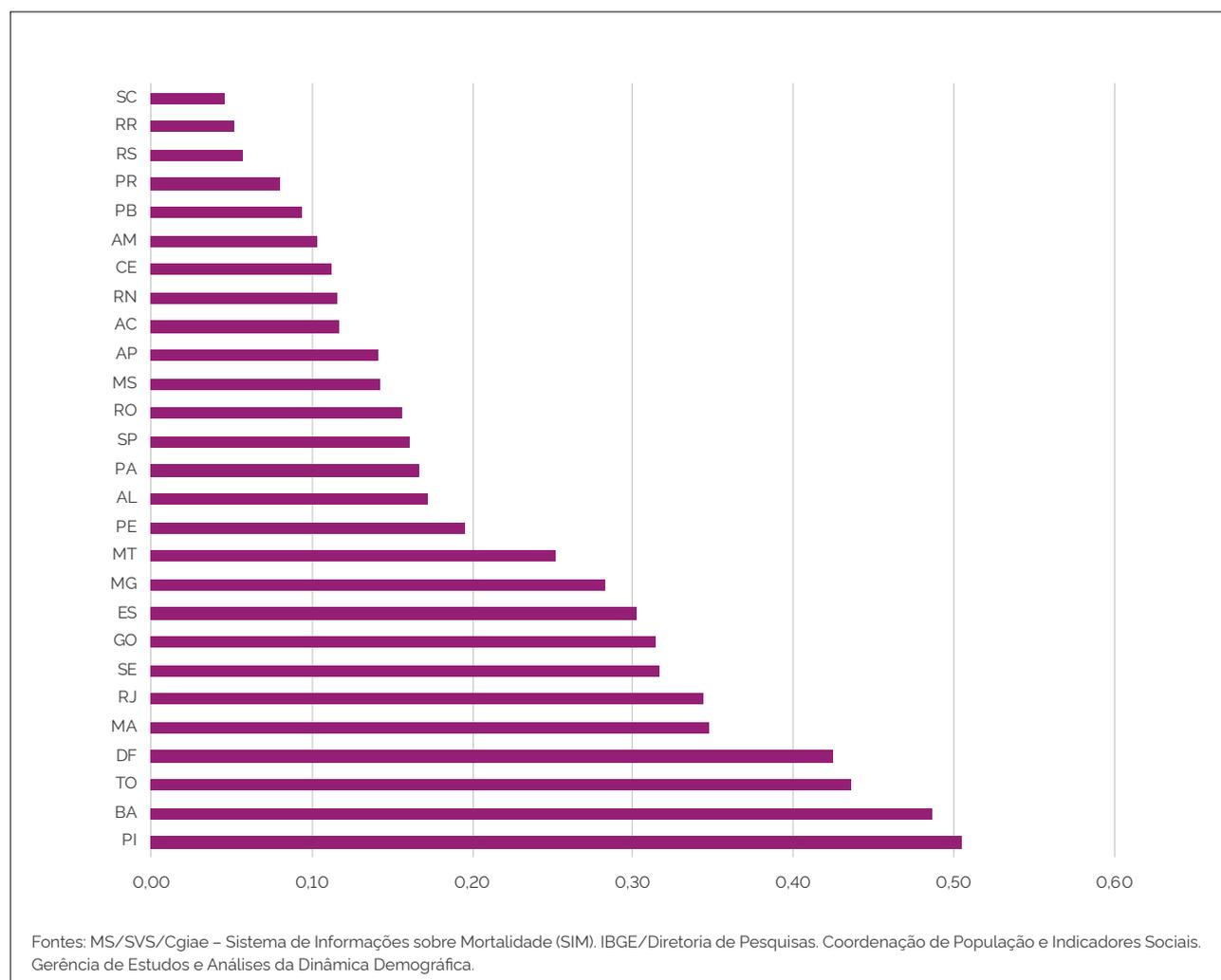


FIGURA 3 Mortalidade geral por doença falciforme a cada 100 mil habitantes por unidade federada, 2014-2020

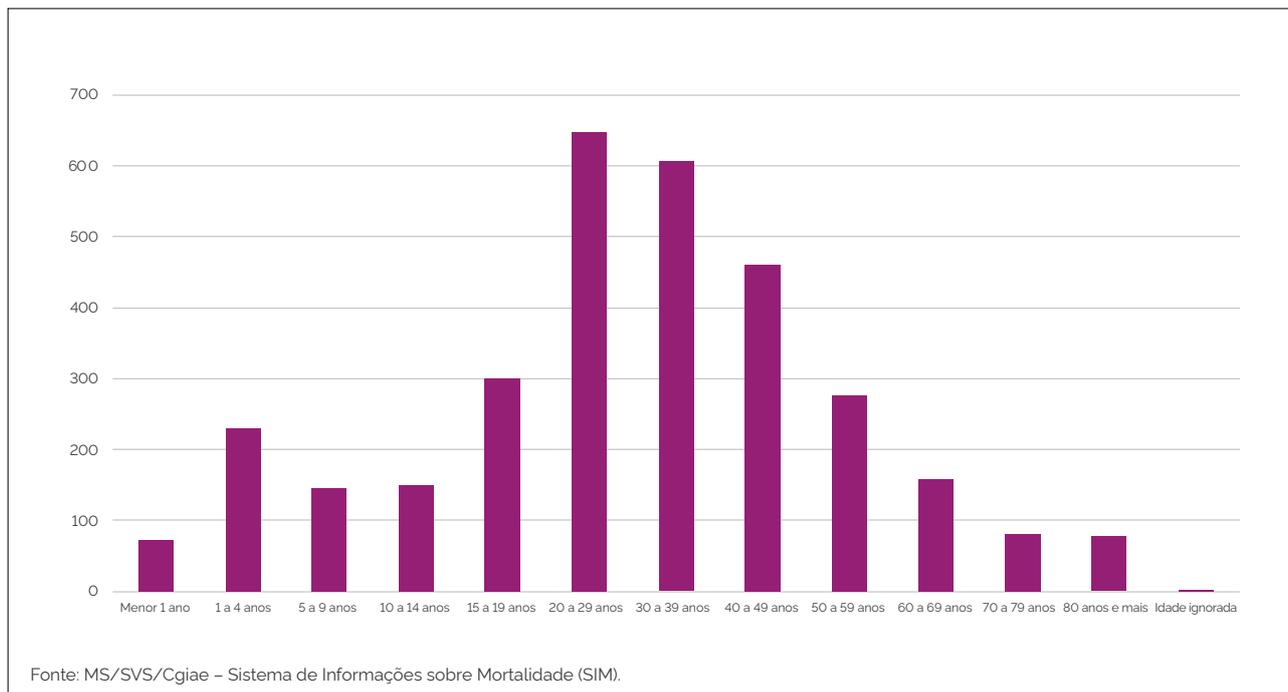
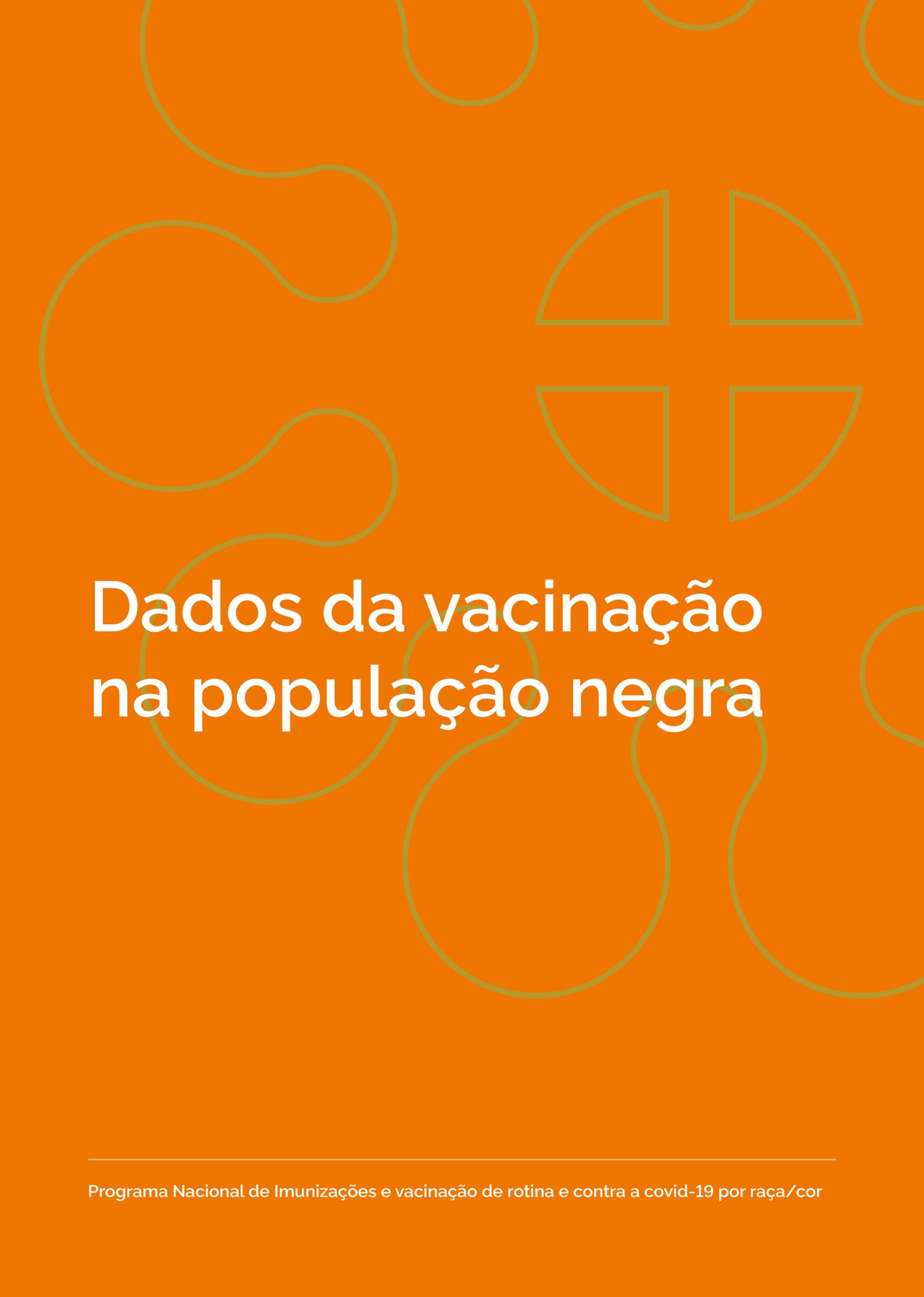


FIGURA 4 Óbitos por doença falciforme no Brasil por faixa etária, 2014-2020

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado. Brasília, DF: MS; 2015 [citado 9 Mai 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Tabnet: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília, DF: MS; 2022 [citado 9 Jun 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
3. Ministério da Saúde (BR). Tabnet: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc. Brasília, DF: MS; 2022 [citado 9 Jul 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
4. Ministério da Saúde (BR). Relatórios Anuais de Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília, DF: MS; 2014-2020. [Documentos internos, não publicados].
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS; 2017 [citado 9 Mai 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 8 Feb 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/2IFBlON>



Dados da vacinação na população negra

Programa Nacional de Imunizações e vacinação de rotina e contra a covid-19 por raça/cor

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI/DPNI/SVSA):
Ana Catarina de Melo Araújo, Carlos Edson Hott, Debora Reis de Araújo, Rui Moreira Braz,
Thiago Fernandes da Costa, Wellington de Souza Freitas, Krishna Mara Rodrigues Freire.

Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis (DPNI/SVSA):
Eder Gatti Fernandes, Tiago Mendonça de Oliveira.

A vacinação causou impactos positivos na saúde pública do País com a eliminação da poliomielite, a interrupção da transmissão do sarampo e da rubéola, a intensa redução da incidência da difteria, da coqueluche, do tétano, da tuberculose em menores de 15 anos e da meningite causada por *H. influenzae* tipo B. Destaca-se, ainda, a eliminação da febre amarela urbana e a erradicação da varíola. Houve declínio significativo nas taxas de hospitalização, além da considerável queda na mortalidade infantil por doenças imunopreveníveis. Devido ao grande número de mortes evitadas e ao aumento potencial para ofertar novas vacinas, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é considerado a intervenção de saúde pública de maior sucesso, juntamente com as ações de saneamento básico.¹

A informatização dos dados de vacinação no Brasil iniciou-se em 1994, com registros agregados das doses aplicadas por município de ocorrência da vacinação, o que impedia a identificação do indivíduo vacinado e seu local de residência, impossibilitando a análise estratificada de variáveis demográficas, a exemplo de sexo e raça/cor.

A partir de 2010, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) foi reestruturado para receber os registros de vacinação individualizados, com identificação nominal do vacinado, incorporando as variáveis sexo e raça/cor, porém com baixa adesão pelas unidades municipais de saúde.

Até o ano de 2019 perduraram as duas formas de registro de vacinação: com dados agregados e individualizados. Em 2020 foi desativado no SI-PNI o módulo de registro de dados agregados, permanecendo apenas o registro

individual com identificação nominal baseada em informações demográficas sobre sexo, idade e raça/cor.

Simultaneamente à reestruturação do SI-PNI, as unidades de atenção primária à saúde passaram a utilizar o Sistema de Informação da Atenção Primária (e-SUS APS). Esse processo teve início em 2019 com a Portaria n.º 2.499, de 23 de setembro de 2019, e foi concluído em 31 de julho de 2020, conforme a Portaria n.º 1.645, de 26 de junho de 2020, com a transferência dos registros para a base nacional de imunização, na qual os dados de todos os sistemas de informação são armazenados.

Com a integração do SI-PNI com o e-SUS APS, somente as unidades de atenção especializada – como maternidades, policlínicas, Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais e clínicas privadas – utilizam o SI-PNI.

Os dados de vacinação registrados no SI-PNI têm a variável raça/cor autodeclarada durante o preenchimento do boletim de vacinação, enquanto nos registros no e-SUS APS e no Módulo de Campanha da covid-19, as variáveis demográficas, a exemplo de raça/cor, são enriquecidas no Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CadSUS).

Vacinas de rotina

Nas atividades de rotina, em âmbito nacional, a completude da variável raça/cor foi baixa – 107,5 milhões de registros de doses aplicadas de 14 vacinas do calendário nacional de vacinação da criança no período de 2020 a 2023. Do total de registros, em apenas 7,8 milhões (7,3%) o quesito raça/cor foi informado (Tabela 1).

TABELA 1 Número de doses aplicadas de 14 vacinas do calendário nacional de vacinação da criança e percentual de informação sobre campo raça/cor dos registros de vacinação (n = 107.541.802). Brasil, 2020 a 2023

Vacina	Raça/cor														Total
	Amarela	%	Branca	%	Indígena	%	Preta	%	Parda	%	Total de Informado	%	Não informado + Não preenchido	%	
BCG	553.486	8,4	436.068	6,61	14.860	0,2	22.823	0,3	914.925	13,9	1.942.162,0	29,4	4.656.711	70,6	6.598.873
DTP/HB/Hib	94.578	0,5	278.288	1,5	28.006	0,2	15.355	0,1	279.675	1,5	695.902,0	3,7	17.961.954	96,3	18.657.856
Dupla adulto	216	3,1	94	1,3	6	0,1	20	0,3	260	3,7	596,0	8,5	6.377	91,5	6.973
Febre amarela	19.157	0,4	56.850	1,2	6.338	0,1	2.895	0,1	40.253	0,9	125.493,0	2,7	4.579.070	97,3	4.704.563
Hepatite A Pediátrica	34.100	0,6	109.546	1,9	8.751	0,1	5.215	0,1	90.219	1,5	247.831,0	4,2	5.670.974	95,8	5.918.805
Hepatite B	633.221	9,8	717.893	11,2	14.667	0,2	29.079	0,5	1.013.568	15,7	2.408.428,0	37,4	4.027.279	62,6	6.435.707
Meningocócica A C W Y135	17.757	6,8	25.839	10,0	31	0,0	141	0,1	4.838	1,9	48.606,0	18,7	210.884	81,3	259.490
Meningocócica conjugada C	57.820	0,5	164.484	1,4	17.764	0,1	8.908	0,1	168.331	1,4	417.307,0	3,4	11.710.723	96,6	12.128.030
Pneumocócica 10V	67.552	0,5	175.438	1,4	18.704	0,2	9.197	0,1	178.652	1,4	449.543,0	3,6	11.925.343	96,4	12.374.886
Poliomielite inativada	91.763	0,5	253.715	1,4	27.351	0,1	13.614	0,1	257.388	1,4	643.831,0	3,5	17.677.262	96,5	18.321.093
Tríplice bacteriana	85	0,8	117	1,1	32	0,3	8	0,1	124	1,1	366,0	3,3	10.769	96,7	11.135
Tríplice viral	60.396	0,6	195.593	1,9	14.166	0,1	10.060	0,1	168.141	1,6	448.356,0	4,4	9.744.536	95,6	10.192.892
Vacina rotavirus humano	66.208	0,6	172.287	1,4	16.666	0,1	8.674	0,1	169.948	1,4	433.783,0	3,6	11.488.127	96,4	11.921.910
Varicela (atenuada)	245	2,6	444	4,6	48	0,5	6	0,1	154	1,6	897,0	9,4	8.692	90,6	9.589
Total	1.696.584	1,6	2.586.656	2,4	167.390	0,2	125.995	0,1	3.286.476	3,1	7.863.101,0	7,3	99.678.701	92,7	107.541.802

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados obtidos em 14/4/2023.

Vacinação contra a covid-19

Em relação às vacinas contra a covid-19, apesar da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor das 522,4 milhões de registros de doses aplicadas no período de 2021 a 2023, 24,5% não tinham informações sobre raça/cor (Figura 1-A).

Excluindo-se do total de registros aqueles sem informação de raça/cor, restaram 394.544.829 doses aplicadas, das quais 6,0% atribuídas exclusivamente à raça/cor preta (Figura 1-B) e 36,0% conferidas à raça/cor preta e parda conjuntamente (Figura 1-C).

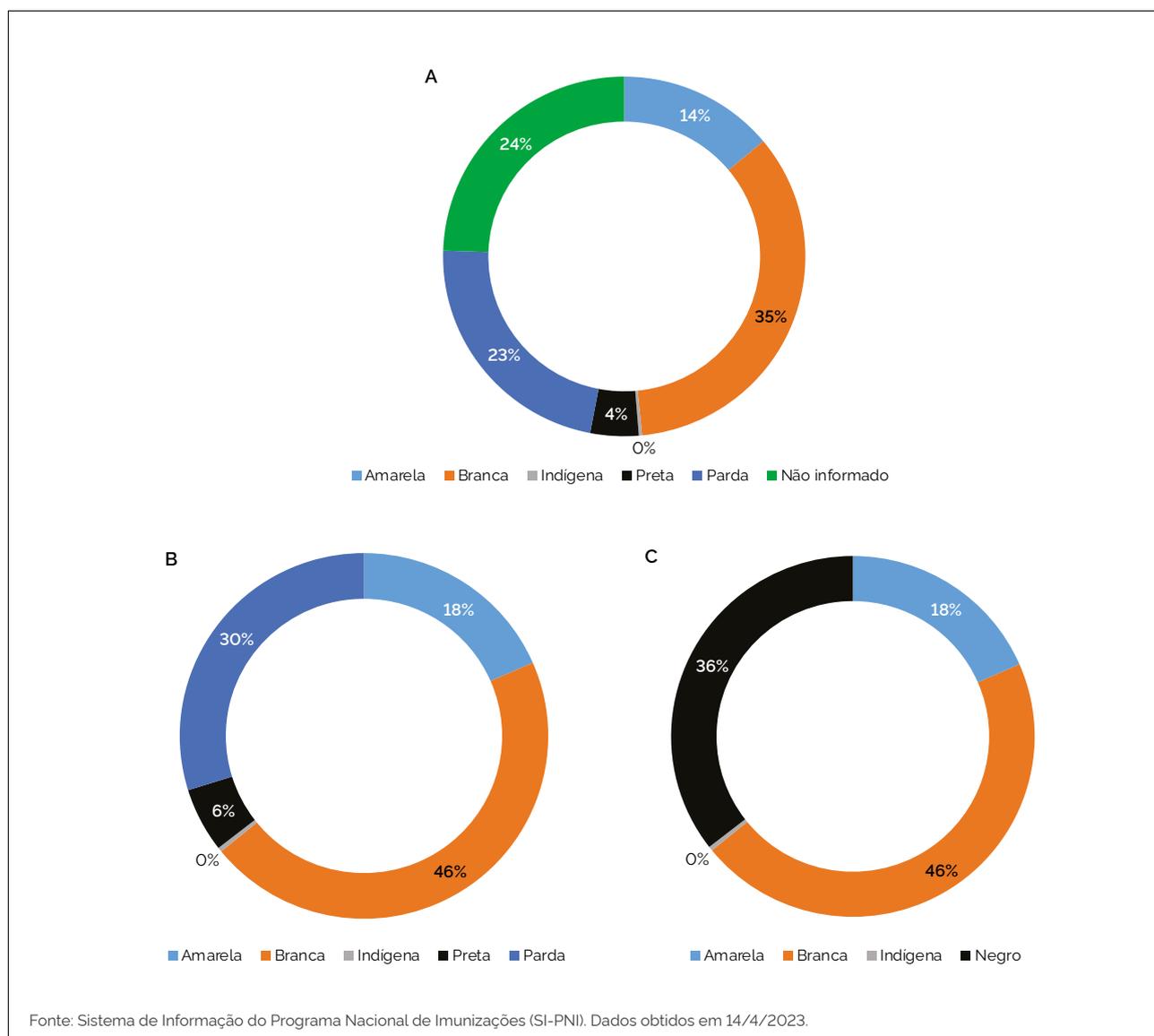


FIGURA 1 Percentual de preenchimento do campo raça/cor nos registros das vacinas covid-19 (n = 522.427.338). Brasil, 2021 a 2023

O correto preenchimento do campo raça/cor para vacinação contra a covid-19 ainda não foi suficiente para possibilitar análises robustas em relação às informações demográficas, tais como sexo, faixa etária e raça/cor, como também para o cálculo da cobertura vacinal da população negra.

Para que os dados de vacinação possam ser indutores das políticas de saúde com foco na equidade, especialmente étnico-racial, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), é fundamental o preenchimento qualificado do campo raça/cor nos sistemas de informação em saúde, especialmente no CadSUS.

É nesse sistema em que atualmente são enriquecidas as informações demográficas de parte dos registros de vacinação e, passarão a ser totalmente integradas ao CadSUS a partir do lançamento no Novo SI-PNI/Rotina, cujo lançamento está previsto para o segundo semestre de 2023. É preciso aprofundar as análises sobre o enriquecimento da variável raça/cor na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e respectiva transferência de dados para a tabela de dados de vacinação (*redshift.dbbni.tb_vacina*), disponibilizada para monitoramento dos dados pelo Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis.

É importante que seja feito um trabalho a nível nacional de atualização do cadastramento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para que o campo raça/cor possa representar a realidade do cenário brasileiro, uma vez que os cadastros estão desatualizados dentro do sistema CadSUS. Atualmente, muitos dados referentes a raça/cor possuem inconsistência dentro do CNS, em razão da incompletude ou falta de preenchimento dessa informação.

REFERÊNCIA

1. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 11 Set 2023];36(Suppl. 2):e00222919. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/>



Dados de mortalidade por raça/cor

As cinco principais causas de óbito segundo a variável raça/cor

Desigualdades da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis
no Brasil, 2010 a 2022

As cinco principais causas de óbito segundo a variável raça/cor

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (Cgiae/Daent/SVSA):

Ana Carolina Aires Cerqueira Prata, Aristeu de Oliveira Júnior, Carla Machado da Trindade, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo e Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes.

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent/SVSA):

Maria del Carmen Bisi Molina, Letícia de Oliveira Cardoso.

A análise do perfil da mortalidade segundo a raça/cor nos anos de 2010 e 2015 permitiu identificar as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração como a primeira ou segunda causa de morte mais frequente em todos os grupos, exceto no indígena. Neste grupo, as principais causas de morte foram pneumonia decorrente de influenza e os sinais e sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (Capítulo XVIII da CID-10). Esse capítulo reúne as causas de morte classificadas como mal definidas, com exceção da categoria R95 (síndrome da morte súbita na infância).

Em 2020, em decorrência da pandemia de covid-19, a primeira causa de morte em todos os grupos de raça/cor foi representada pelo agrupamento "outras

doenças por vírus". Esse grupo de causas básicas de óbito inclui os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10) definidos pelo Brasil para a covid-19.¹

Ainda em 2020, e considerando-se os grupos de pretos e pardos, destacaram-se ainda as "doenças cerebrovasculares", "causas mal definidas" e doenças isquêmicas do coração. Particularmente, diabetes *mellitus* e agressões foram, respectivamente, a quinta principal causa de óbito entre pretos e pardos no Brasil em 2020. A propósito, as agressões destacaram-se entre as cinco principais causas de morte na categoria de raça/cor parda nos três anos analisados: segunda causa em 2010, terceira em 2015 e quinta em 2020 (Tabela 1).

TABELA 1 As cinco principais causas de óbito segundo a variável raça/cor. Brasil, 2010, 2015 e 2020

Raça/cor	2010	2015	2020
Amarela	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Outras doenças por vírus (Coronavírus)
	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos
	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Doenças isquêmicas do coração
	Influenza (gripe) e pneumonia	Influenza (gripe) e pneumonia	Doenças cerebrovasculares
	Sinais e sintomas e mal definidas	Diabetes <i>mellitus</i>	Sinais e sintomas e mal definidas
Branca	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Outras doenças por vírus (Coronavírus)
	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração
	Sinais e sintomas e mal definidas	Influenza (gripe) e pneumonia	Doenças cerebrovasculares
	Influenza (gripe) e pneumonia	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos
	Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Outras formas de doença do coração	Sinais e sintomas e mal definidas

continua

conclusão

Raça/cor	2010	2015	2020
Preta	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Outras doenças por vírus (Coronavírus)
	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares
	Sinais e sintomas e mal definidas	Sinais e sintomas e mal definidas	Sinais e sintomas e mal definidas
	Doenças hipertensivas	Diabetes <i>mellitus</i>	Doenças isquêmicas do coração
	Diabetes <i>mellitus</i>	Outras formas de doença do coração	Diabetes <i>mellitus</i>
Parda	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Outras doenças por vírus (Coronavírus)
	Agressões	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração
	Sinais e sintomas e mal definidas	Agressões	Sinais e sintomas e mal definidas
	Doenças isquêmicas do coração	Sinais e sintomas e mal definidas	Doenças cerebrovasculares
	Diabetes <i>mellitus</i>	Influenza (gripe) e pneumonia	Agressões
Indígena	Sinais e sintomas e mal definidas	Sinais e sintomas e mal definidas	Outras doenças por vírus (Coronavírus)
	Influenza (gripe) e pneumonia	Influenza (gripe) e pneumonia	Sinais e sintomas e mal definidas
	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Influenza (gripe) e pneumonia
	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças isquêmicas do coração
	Doenças infecciosas intestinais	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares

Fonte: MS/SVSA/Cgiae – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

REFERÊNCIA

1. Ministério da Saúde (BR). Orientações sobre novos códigos de emergência para as causas de morte relacionadas a condições que ocorrem no contexto da covid-19 [Internet]. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS; 2022 [citado 11 Set 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_codigos_emergencia_morte_covid-19_1ed_rev.pdf

Desigualdades da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2010 a 2022

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Cgdant/Daent/SVSA):
Larissa Otaviano, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea.

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent/SVSA):
Maria del Carmen Bisi Molina, Leticia de Oliveira Cardoso.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde pública de maior magnitude no Brasil, sendo responsáveis por mais da metade dos óbitos no País. Estas são usualmente representadas pelos quatro conjuntos de enfermidades (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer) cujos fatores de risco e proteção comuns são caracterizados por hábitos de vida que atuam como determinantes no processo saúde-doença da população.^{1,2} Dessa forma, este boletim objetivou analisar a proporção da mortalidade prematura por DCNT, por raça/cor no período de 2010 a 2022.

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, que utilizou os dados de mortalidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (Brasil, 2010 a 2022). Foram utilizados os seguintes agrupamentos da CID-10 para caracterização da mortalidade por DCNT: E10 a E14 (diabetes *mellitus*), I00 a I99 (doenças cardiovasculares), J30 a J98, exceto J36 (doenças respiratórias crônicas e COO a C97 (cânceres), e faixa etária entre 30 e 69 para identificação da mortalidade prematura. As análises foram realizadas com base na raça/cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), nas estratificações por sexo (feminino e masculino), região do Brasil (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul) e faixa etária do óbito (30 a 45 e 46 a 60 anos). Foi utilizado o tabwin para tabulação dos dados de mortalidade, o software R para estratificação e o Equiplot Creator para construção dos gráficos, que está disponível no endereço: https://equidade.org/equiplot_creator. A análise da proporção de mortalidade por raça/cor demonstra que nas estratificações por

sexo, região do Brasil e faixa etária de 30 a 45 anos e 46 a 60 anos há maior proporção de óbitos por DCNT entre pardos e brancos. A mortalidade é maior entre os homens, sem distinção significativa de raça/cor. Entre as faixas de idade, a mortalidade de pardos é maior entre os adultos mais jovens (30 a 45 anos), enquanto é maior entre os brancos na faixa de idade de 46 a 69 anos. Entre as regiões, a mortalidade é mais prevalente entre brancos nas Regiões Sul e Sudeste, e nas demais regiões, entre os pardos. As Regiões Sul e Nordeste apresentam as maiores disparidades de raça/cor para mortalidade prematura por DCNT (Figura 1).

A literatura especializada também destaca maior magnitude das DCNTs nos indivíduos de raça/cor preta ou parda, com menor renda, analfabetos ou com ensino fundamental incompleto e sem plano de saúde privado.³ Esse fato relaciona-se com as disparidades socioeconômicas do País, que, por sua vez, refletem no acesso aos bens de consumo, ao lazer e às condições de trabalho, o que reforça a importância do investimento no Sistema Único de Saúde (SUS) para promover oportunidade de acesso a serviços de saúde, diagnósticos e tratamento de DCNT para a população mais vulnerável.³ Esses dados materializam os reflexos do racismo estrutural e institucional na sociedade brasileira e no SUS.⁴ Diante do contexto apresentado, de maneira geral, verifica-se a necessidade de ações efetivas e oportunas para o enfrentamento das condições crônicas no País. Entretanto, diretrizes equânimes para a rede de cuidados no SUS precisam ser implementadas a fim de combater o racismo em todas as suas frentes.

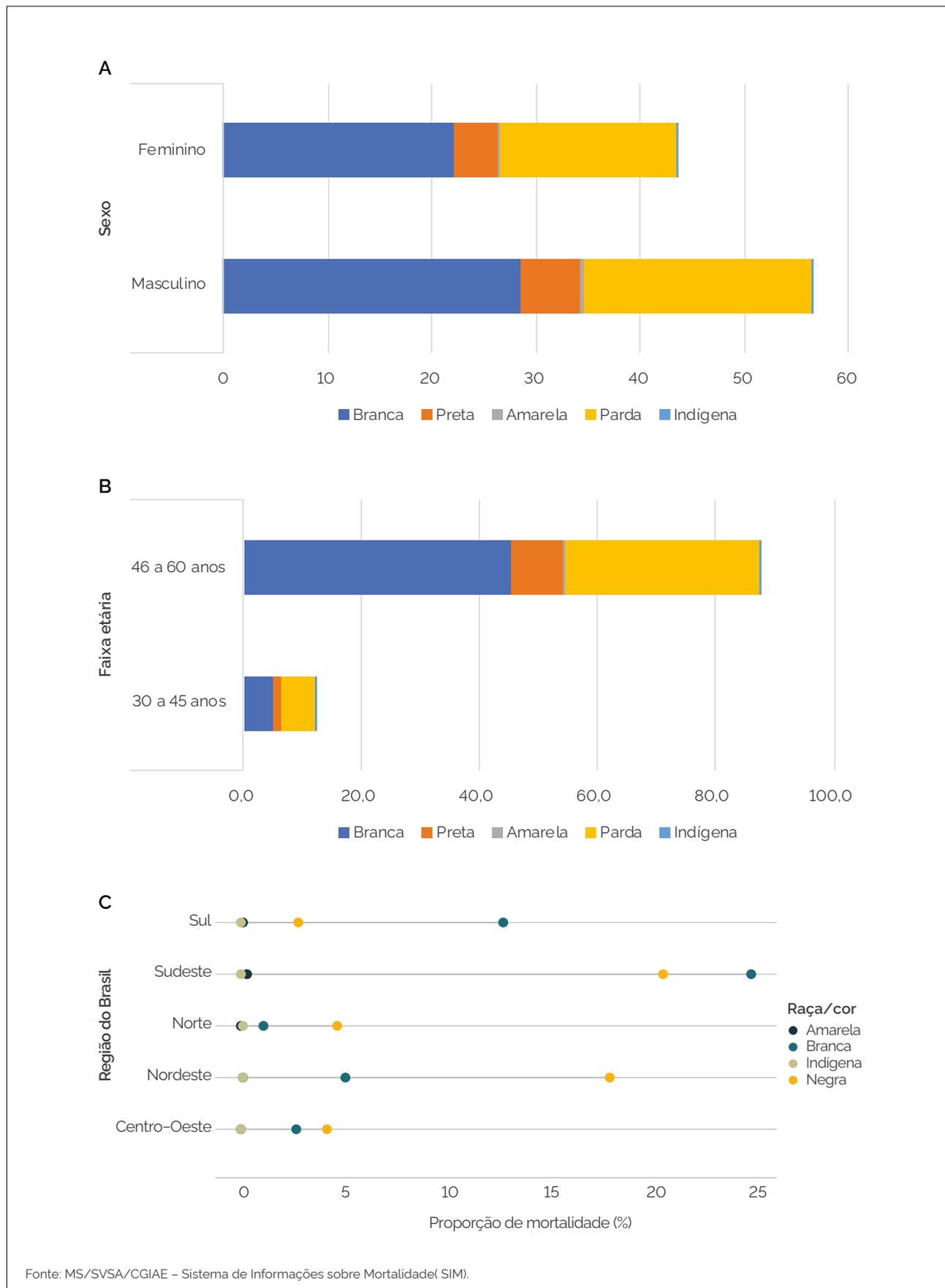


FIGURA 1 Proporção de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis por raça/cor, estratificada por sexo (A), faixa etária (B) e região do Brasil (C), 2010 a 2022

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF: MS; 2021 [citado 11 Set 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view
2. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 11 Jul 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
3. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Silva AG, Szwarcwald CL, Barros MBA. Socioeconomic inequalities related to noncommunicable diseases and their limitations: National Health Survey, 2019. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. 2021 [citado 11 Jul 2023];24(Suppl. 2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZRMgDg8DVvCKmkQC44WB7nH/#>
4. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2005 Out [citado 11 Set 2023];21(5):1595-1601. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTszrYSPTdJRyJkXk/abstract/?lang=pt#>

Considerações finais

As informações contidas neste primeiro volume do *Boletim epidemiológico especial: saúde da população negra* reforçam o compromisso vital da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) de monitorar e salvaguardar a saúde da maior parcela da população brasileira SUS dependente. Para tal, identifica e responde a doenças, riscos de saúde e outros eventos de saúde pública.

Os resultados aqui apresentados traçam um panorama da morbimortalidade da população autodeclarada preta e parda em nosso País. Este documento traz também uma série de pontos de atenção sobre a qualidade dos dados e os desafios para que a gestão da saúde pública seja de fato guiada pela ciência.

Ao longo dos próximos anos desejamos que os cenários expostos aqui possam refletir mudanças reais na qualidade dos dados e das análises e, conseqüentemente, nas condições de vida da população negra do Brasil.

Os dados sobre acesso ao pré-natal, ao baixo peso ao nascer e às causas dos óbitos materno-infantil demonstram as lacunas na assistência às mulheres e às crianças negras desde antes do nascimento. Essa situação convoca-nos a analisar tais resultados sob uma perspectiva interseccional e intergeracional.

No que tange à vacinação, o governo federal tem envidado esforços para recuperar a cobertura vacinal em todo o País. Concomitantemente, deve ser analisada, de forma atenta, a qualidade das informações de raça/cor nos dados quanto à vacinação em todo o País.

Ademais, a doença falciforme e outras doenças crônicas não transmissíveis, provocam o adoecimento, e muitas vezes a morte, nas pessoas pretas.

Por fim, neste primeiro volume agregamos os dados pertinentes aos indicadores operacionais e epidemiológicos sobre a saúde da população negra, integrando, nesse processo, uma diversidade de áreas técnicas da SVSA e com a participação da Coordenação-Geral do Sangue e Hemoderivados da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes). No próximo volume trataremos de dados de HIV/aids, tuberculose e outras doenças de determinação social.

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

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

DISQUE SAÚDE **136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO