

Indicadores de Vigilância em Saúde, analisados segundo a variável raça/cor

Introdução

A análise de indicadores que abordam as diferenças segundo a variável raça/cor fornece elementos importantes para um diagnóstico da situação de saúde, permitindo o planejamento de ações, programas e políticas para a população. Este boletim tem como objetivo apresentar alguns indicadores de saúde utilizados na Vigilância em Saúde, considerando a característica de raça/cor, em especial os de morbidade e mortalidade de algumas doenças e agravos monitorados em todo o país. Com isso, é possível apontar desigualdades que podem estar relacionadas a diversos aspectos, entre eles a dificuldades de acesso, tanto a informação quanto a serviço, no atendimento e/ou tratamento de algumas doenças e/ou agravos.

Método

A população da análise constituiu-se das notificações aos sistemas de informação coordenados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): nascimentos; óbitos (infantis, maternos, por causas externas, por doenças infecciosas, por doenças não transmissíveis); casos de violência doméstica, sexual e outras, de doenças transmissíveis prioritárias (tuberculose, dengue, malária, hanseníase, HIV/aids, sífilis congênita e hepatites virais) e agravos e doenças monitorados pela Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Os dados foram descritos para o período de 2000 a 2012, ou 2013, quando disponíveis a partir dos seguintes Sistemas de Informação: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária).

A variável raça/cor foi analisada segundo as seguintes categorias: amarela, branca, indígena, parda e preta.

Os dados de raça/cor presentes nos sistemas de informação e na base populacional utilizada

para o cálculo dos indicadores apresentados, são autorreferidos. Em relação aos óbitos e nascimentos, a informação foi referida por um familiar ou pela pessoa responsável pelas informações do falecido.

Para a análise da completitude das variáveis nos Sistemas de Informação, utilizou-se o percentual de preenchimento do campo raça/cor. Considera-se que as informações sobre um determinado quesito são adequadas para análise quando o percentual de dados ignorados é menor que 10%.^{1,2} No entanto, alguns sistemas de informação consultados tiveram a variável raça/cor recentemente introduzida e ainda não atingiram proporções adequadas para análise por este quesito. Portanto, nesses casos, os resultados devem ser tratados com mais cautela, considerando-se tal limitação.

Para o cálculo dos coeficientes de mortalidade e incidência, ou outros indicadores que necessitam de denominador populacional, foram estimadas as populações segundo a variável raça/cor a partir das informações dos Censos Demográficos (2000 e 2010) e projeções intercensitárias. Alguns indicadores foram padronizados; nestes casos, a padronização foi realizada segundo a estrutura etária da população brasileira de acordo com o Censo Demográfico de 2010.

Resultados

Qualidade da variável raça/cor nos sistemas de informações de eventos vitais

No Sinasc, a informação sobre a raça/cor do nascido vivo melhorou no decorrer da última década, com aumento da completitude, mostrando queda do grupo ignorado, de 12,8%, em 2000, para 4,0% em 2012 (Tabela 1). Entre os registros com raça/cor identificada, a informação sobre as consultas de pré-natal e o tipo de parto teve completitude adequada durante o período (<5% de ignorado/em branco).

Essa melhora da qualidade sobre a raça/cor também foi observada no SIM, no qual o grupo ignorado diminuiu de 15,9% em 2000 para 5,5%

em 2012. Tal aprimoramento ocorreu para os agrupamentos de óbitos infantis, maternos e por causas externas; entretanto, no grupo infantil, a qualidade da informação sobre raça/cor persistiu inadequada em 2012 (Tabela 1).

Consultas de pré-natal

Quanto à assistência ao pré-natal, informação registrada na Declaração de Nascido Vivo (DNV), a proporção de mães que declararam realizar sete ou mais consultas de pré-natal foi aumentando na última década, passando de 43,7%, em 2000, para

52,8%, em 2005, atingindo pouco mais de 60%, em 2012. Este aumento ocorreu em todas as categorias de raça/cor, exceto na indígena, em que o percentual se manteve em torno de 24%, sendo o mais baixo entre as categorias de raça/cor. Destaca-se que, durante todo o período, a proporção foi sempre maior na raça/cor branca (Figura 1).

Parto em adolescentes

A proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos) diminuiu de 2000 a 2012, ocorrendo principalmente na faixa etária

Tabela 1 – Percentual de preenchimento ignorado, ou em branco, da variável raça/cor nos sistemas de informação de eventos vitais. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Sistema de Informação/variável	Preenchimento ignorado/em branco (%)		
	2000	2005	2012
Sinasc	12,8	9,2	4,0
SIM	15,9	8,5	5,5
Óbitos infantis	30,0	20,4	11,5
Óbitos maternos	16,6	8,0	4,5
Óbitos por causas externas – geral	9,8	6,6	5,2
Óbitos por causas externas – 15 a 29 anos	8,2	6,2	5,3

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS).

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Sônia Maria Feitosa Brito, Carlos Augusto Vaz de Souza, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Deborah Carvalho Malta, Fábio Caldas de Mesquita, Marcus Vinicius Quito, Elisete Duarte, Juan José Cortez Escalante, Geraldo da Silva Ferreira, Cristiane Martins.

Equipe Editorial

Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica/SVS/MS: Juan José Cortez Escalante (Organizador e Editor Científico).
Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Gilmar Lima Nascimento (Editora Assistente).

Colaboradores

Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/SVS/MS): Bruno Zoca, Roberto Reyes Lecca.
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS/SVS/MS): Camila Alves Bahia, Cheila Marina de Lima, Eneida Anjos Paiva, Fabiana Arantes Campos Gadelha, Marta Maria Alves da Silva, Mariana Gonçalves de Freitas.

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT/SVS/MS): Ana Carolina Faria e Silva Santelli, Andréa de Paula Lobo, Cássio Roberto Leonel Peterka, Draurio Barreira, Fábio Moherdau, Jaqueline Martins, Lívia Carla Vinhal, Marina Gasino Jacobs, Paola Barbosa Marchesini, Patricia Bartholomay Oliveira, Poliana de Brito Ribeiro, Tatiana Eustáquia Magalhães de Pinho Melo, Tatiane Fernandes Portal de Lima, Wanessa Tenório Gonçalves Holanda de Oliveira.

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais (DDAHV/SVS/MS): Gerson Fernando Mendes Pereira, Mariana Veloso Meireles.

Secretaria Executiva

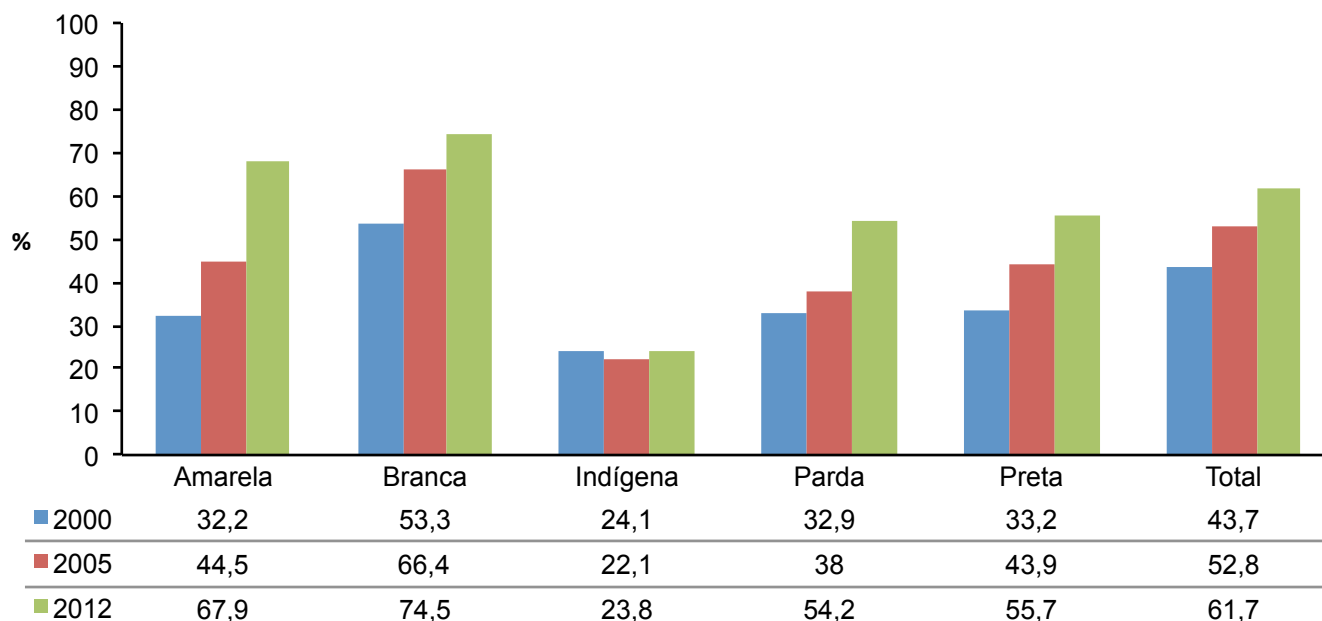
Raíssa Christófar (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)



Fonte: Sinasc/SVS/MS.

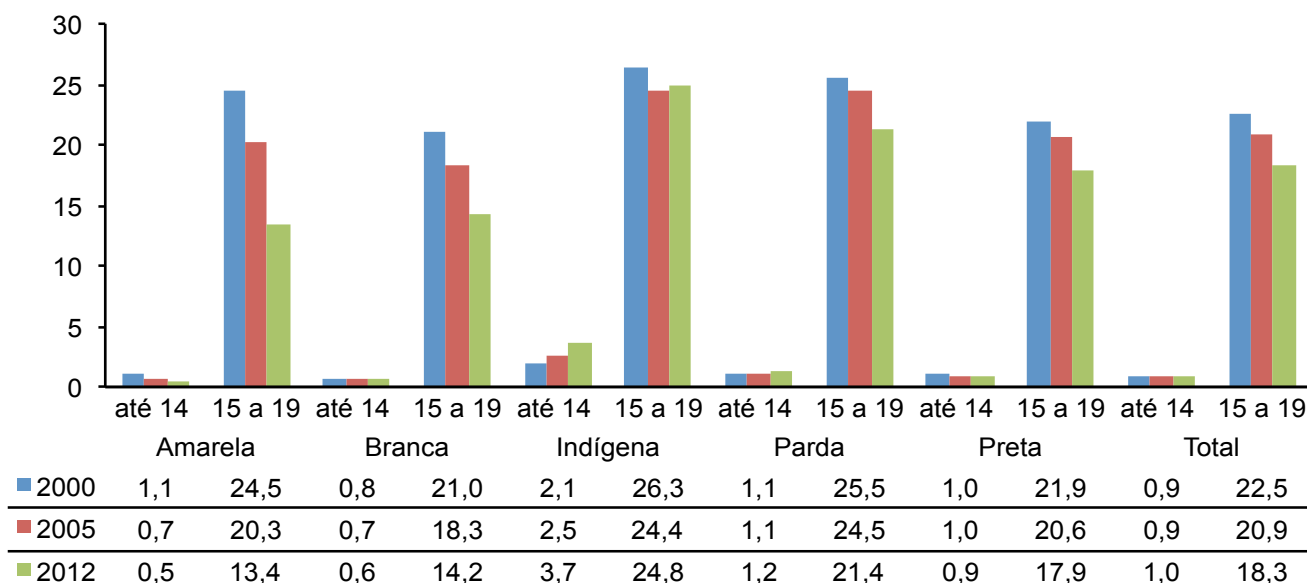
Figura 1 – Proporção de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

de 15 a 19 anos, já que o grupo mais jovem se manteve estável. O percentual de mães com 15 a 19 anos diminuiu em todas as categorias de raça/cor, com exceção da indígena, que manteve a proporção entre 2005 e 2012. Cabe mencionar que a proporção de mães adolescentes foi sempre mais elevada na raça/cor indígena, tanto entre as mães de 15 a 19 anos quanto entre as de 14 anos

ou menos. Entre as demais categorias de raça/cor, a parda e a preta tiveram os maiores percentuais de partos em adolescentes (Figura 2).

Mortalidade geral

Analisando o perfil da mortalidade dos diferentes grupos de raça/cor, observa-se que, de 2000 a 2012, as doenças cerebrovasculares



Fonte: Sinasc/SVS/MS.

Figura 2 – Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (10 a 19 anos), segundo a variável raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

prevaleceram como a primeira causa de morte em todos os grupos, exceto no indígena. Em geral, o perfil de mortalidade das populações amarela e branca teve uma tendência semelhante, com uma mudança importante: em 2012, as pneumonias foram a segunda causa de morte. Em contraste, o perfil de pardos e pretos apontou pouca mudança, continuando como segunda causa de morte infarto de miocárdio e diabetes *mellitus*, respectivamente.

Na categoria indígena, continuaram prevalecendo doenças transmissíveis, como pneumonias e doenças infecciosas intestinais, desde 2005. Nesta população, a desnutrição esteve entre as principais causas de óbito em 2000, 2005 e 2012 (Tabela 2).

Mortalidade infantil: distribuição de causas

Utilizando-se uma lista reduzida de causas de morte, baseada na Classificação Internacional

Tabela 2 – As cinco principais causas de óbito, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Raça/cor	Causas de óbito		
	2000	2005	2012
Amarela	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares
	Infarto agudo do miocárdio	Diabetes <i>mellitus</i>	Pneumonias
	Diabetes <i>mellitus</i>	Infarto agudo do miocárdio	Diabetes <i>mellitus</i>
	Pneumonias	Pneumonias	Infarto agudo do miocárdio
	Insuficiência cardíaca	Doenças hipertensivas	Doenças hipertensivas
Branca	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares
	Infarto agudo do miocárdio	Infarto agudo do miocárdio	Pneumonias
	Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i>	Infarto agudo do miocárdio
	Bronquite, enfisema, asma	Pneumonias	Diabetes <i>mellitus</i>
	Pneumonias	Bronquite, enfisema, asma	Doenças hipertensivas
Indígena	Doenças cerebrovasculares	Doenças infecciosas intestinais	Pneumonias
	Pneumonias	Pneumonias	Doenças infecciosas intestinais
	Doenças infecciosas intestinais	Desnutrição	Doenças cerebrovasculares
	Desnutrição	Doenças cerebrovasculares	Diabetes <i>mellitus</i>
	Insuficiência cardíaca	Infarto agudo do miocárdio	Desnutrição
Parda	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares
	Diabetes <i>mellitus</i>	Infarto agudo do miocárdio	Infarto agudo do miocárdio
	Infarto agudo do miocárdio	Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i>
	Doenças hipertensivas	Doenças hipertensivas	Doenças hipertensivas
	Insuficiência cardíaca	Pneumonias	Pneumonias
Preta	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares	Doenças cerebrovasculares
	Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i>	Diabetes <i>mellitus</i>
	Infarto agudo do miocárdio	Doenças hipertensivas	Infarto agudo do miocárdio
	Doenças hipertensivas	Infarto agudo do miocárdio	Doenças hipertensivas
	Insuficiência cardíaca	Insuficiência cardíaca	Pneumonias

Fonte: SIM/SVS/MS.

de Doenças (CID-10), para tabulação de óbitos infantis,³ observa-se mudança no perfil de mortalidade entre 2000 e 2012 para as diferentes categorias de raça/cor. Em princípio, houve uma melhoria significativa da qualidade da informação sobre as causas de morte, traduzida pela diminuição do percentual de óbitos por causas mal definidas em todas as categorias de raça/cor.

No total de mortes infantis, as malformações congênicas passaram a ocupar o primeiro lugar entre as causas de morte em 2012, enquanto as infecções da criança caíram para o sexto lugar. A prematuridade continuou mantendo sua importância, ocupando o segundo lugar, seguida pelas infecções perinatais.

Em 2012, na população infantil branca, preta e amarela, as duas principais causas de morte foram as malformações congênicas, seguidas pela prematuridade; na parda, ocorreu o inverso, mas com menor diferença percentual. Em terceiro lugar apareceram as infecções perinatais nas categorias branca, preta e parda, ao passo que, na amarela, as infecções da criança.

O perfil das causas de morte infantil manteve-se diferenciado na raça/cor indígena, em que as infecções da criança continuaram prevalecendo sobre as outras causas, sendo responsável por aproximadamente uma em cada quatro mortes em 2012. Neste grupo, a proporção de mortes por causa mal definida diminuiu consideravelmente, mas ainda é superior a 10% em 2012 (Tabela 3).

Tabela 3 – Mortalidade proporcional (%) de causas de óbito infantil, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Causa de óbito infantil – 2000		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
1	Causas mal definidas ou inespecíficas	17,6	24,0	19,1	25,0	26,6	23,2
2	Prematuridade	16,5	13,8	19,1	14,7	7,4	15,9
3	Infecções da criança	12,6	17,4	11,6	15,2	29,1	12,9
4	Malformações congênicas	15,0	9,2	13,5	8,6	4,9	11,4
5	Infecções perinatais	10,5	8,7	11,3	10,0	6,9	10,2
6	Asfixia/hipóxia	9,3	8,0	8,2	8,9	5,1	9,3
7	Fatores maternos	3,6	3,5	4,9	3,2	1,4	3,5
8	Causas externas na criança	3,4	3,2	1,4	2,1	2,9	2,3
9	Afecções respiratórias perinatais	2,2	2,6	2,8	2,4	1,7	2,3
10	Desnutrição e anemias nutricionais	1,6	3,2	1,4	2,9	7,4	2,1
Causa de óbito infantil – 2005		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
1	Prematuridade	16,6	16,4	11,2	16,6	8,0	17,4
2	Malformações congênicas	19,5	10,6	10,1	12,3	7,6	15,2
3	Causas mal definidas ou inespecíficas	10,6	13,5	24,7	13,7	18,4	12,6
4	Infecções perinatais	11,6	10,0	5,6	12,2	6,3	11,8
5	Infecções da criança	10,5	14,0	12,4	13,7	32,2	11,8
6	Asfixia/hipóxia	8,9	11,0	11,2	10,2	5,5	10,1
7	Fatores maternos	5,8	5,9	6,7	5,5	2,2	5,6
8	Afecções respiratórias perinatais	3,0	3,7	1,1	3,3	1,6	3,2
9	Causas externas na criança	3,7	4,3	2,2	2,3	2,4	2,7
10	Desnutrição e anemias nutricionais	1,1	2,3	–	2,5	8,6	1,8
Causa de óbito infantil – 2012		Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
1	Malformações congênicas	24,3	17,5	20,3	17,3	11,1	20,5
2	Prematuridade	16,2	16,9	12,5	17,9	6,5	17,3
3	Infecções perinatais	11,5	10,8	4,7	12,7	5,0	12,1
4	Asfixia/hipóxia	8,9	8,6	6,3	11,4	7,1	10,1
5	Fatores maternos	10,5	10,7	9,4	9,9	3,0	10,1
6	Infecções da criança	7,4	10,5	14,1	8,3	26,6	8,0
7	Causas mal definidas ou inespecíficas	5,1	5,6	9,4	7,5	13,6	6,4
8	Causas externas na criança	3,8	4,2	1,6	2,9	11,4	3,3
9	Afecções respiratórias perinatais	2,3	3,2	3,1	2,4	1	2,4
10	Desnutrição e anemias nutricionais	0,4	0,6	–	0,7	5,8	0,6

Fonte: SIM/SVS/MS.
Nota: verde – melhor situação; vermelho – pior situação.

Mortalidade materna: grupos de causas prioritárias

Em termos gerais, o perfil de grupos de causas prioritárias⁴ de mortalidade materna praticamente não mudou na última década; a hipertensão e a hemorragia continuaram como as principais causas, seguidas pela infecção puerperal, as doenças cardiovasculares que complicam a gravidez, parto e puerpério – DCV-GPP – (CID-10 O99.4), cada vez mais frequentes e, finalmente,

pelo aborto, que, proporcionalmente, mostra uma tendência decrescente. Estes cinco grupos de causas representaram metade das mortes maternas em 2012.

Na raça/cor branca, observa-se aumento proporcional das mortes maternas por DCV-GPP e diminuição importante das relacionadas ao aborto. Em contraste, na categoria preta ocorreu o inverso. Na população parda, o perfil se manteve similar desde 2000 (Tabela 4).

Tabela 4 – Mortalidade proporcional (%) dos grupos de causas prioritárias de óbito materno, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Categoria	Ano	n	Hipertensão (%)	Hemorragia (%)	Infecção puerperal (%)	DCV-GPP ^a (%)	Aborto (%)	Outras causas (%)
Total	2000	1677	25,4	14,6	7,5	5,9	5,2	41,4
	2005	1620	24,3	13,9	7,0	6,9	5,9	42,0
	2012	1583	19,6	11,6	7,1	7,1	4,4	50,2
Branca	2000	647	21,8	13,3	6,6	6,6	6,0	45,6
	2005	545	21,3	14,9	6,4	6,8	7,0	43,7
	2012	534	17,4	11,4	6,9	8,8	2,8	52,6
Preta	2000	163	30,1	8,6	6,1	6,7	4,3	44,2
	2005	157	29,9	10,2	5,7	6,4	6,4	41,4
	2012	172	22,7	8,7	7,0	5,2	8,1	48,3
Amarela	2000	15	40,0	6,7	–	–	–	53,3
	2005	7	42,9	42,9	–	–	–	14,3
	2012	3	–	33,3	33,3	–	–	33,3
Parda	2000	557	25,3	18,0	9,5	5,4	4,8	37,0
	2005	761	24,8	13,8	8,0	6,7	5,0	41,7
	2012	780	20,9	11,9	7,1	6,2	4,7	49,2
Indígena	2000	16	43,8	–	18,8	–	–	37,5
	2005	21	19,0	9,5	4,8	9,5	9,5	47,6
	2012	23	13,0	17,4	13,0	–	4,3	52,2

Fonte: SIM/SVS/MS.

Nota: verde – melhor situação; vermelho – pior situação.

a) DCV-GPP: doenças cardiovasculares que complicam a gravidez, parto e puerpério (CID-10 O99.4).

Homicídios em jovens

As causas externas têm adquirido grande importância no perfil da mortalidade na população de 15 a 29 anos, especialmente na masculina. Entre 2000 e 2012, houve um aumento das taxas brutas de mortalidade por homicídio em ambos os sexos, mais acentuado no período entre 2005 e 2012. O

sexo masculino continuou apresentando taxas mais elevadas, mantendo o risco em dez vezes o do sexo feminino. Destaca-se o notável aumento da taxa bruta na categoria parda, frente aos menores aumentos nas categorias preta e indígena. Em contraste, houve diminuição das taxas em brancos e amarelos (Figura 3).

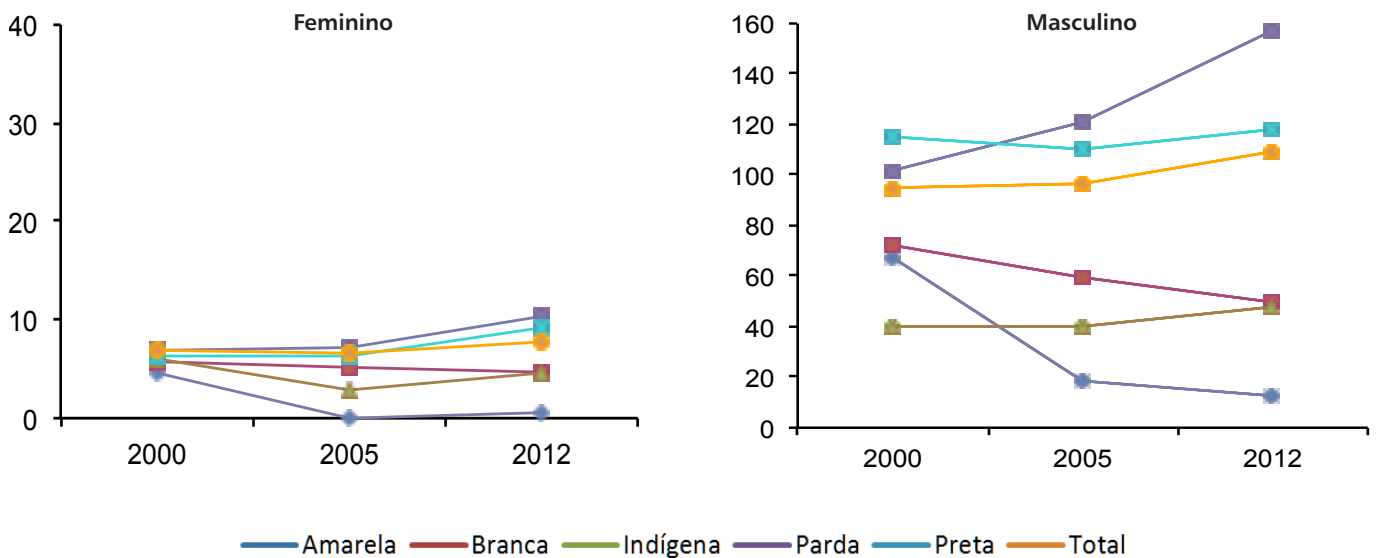


Figura 3 – Taxa bruta de homicídios (por 100 mil hab.) na faixa etária de 15 a 29 anos, segundo a variável raça/cor e sexo. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Mortalidade por doenças não transmissíveis

Diabetes *mellitus*

A tendência da mortalidade por diabetes *mellitus* na população geral mostra diminuição progressiva entre 2000 e 2012. Tal redução ocorreu em todas as

categorias de raça/cor. Na população amarela a queda foi mais acentuada, e na indígena foi mínima. Em 2012, as maiores taxas de mortalidade por diabetes ocorreram nas populações branca e preta (similares à média nacional), seguidas pela amarela, a parda e, finalmente, a indígena (Figura 4).

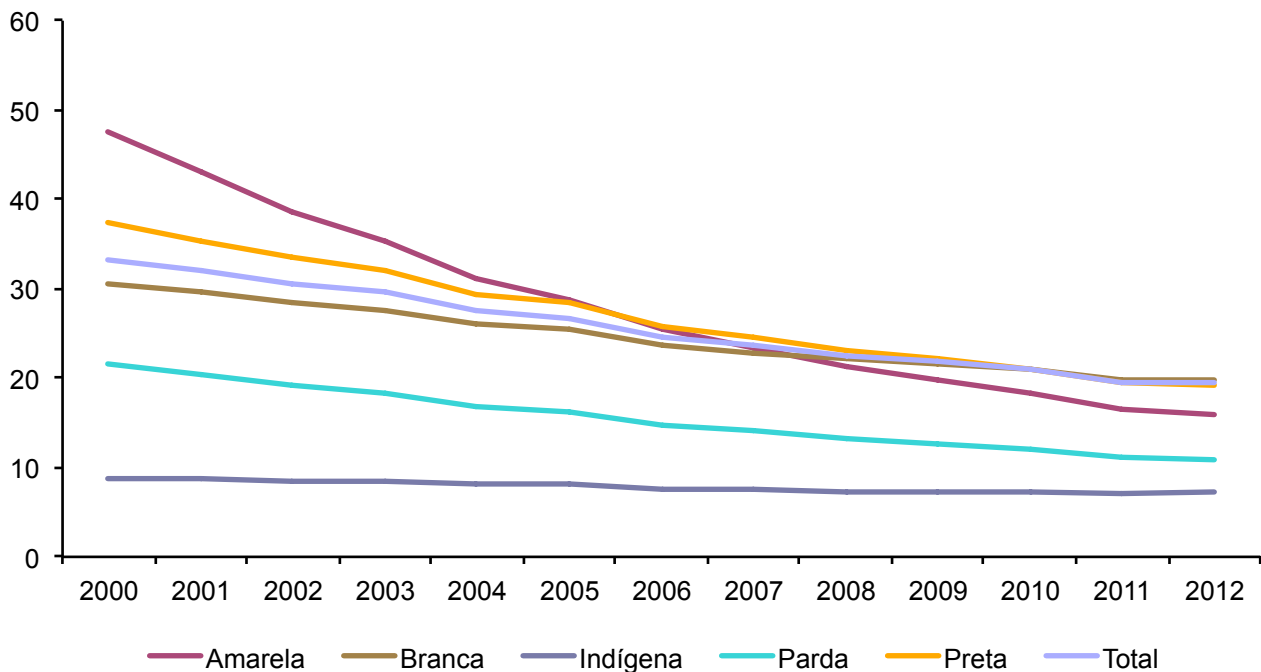
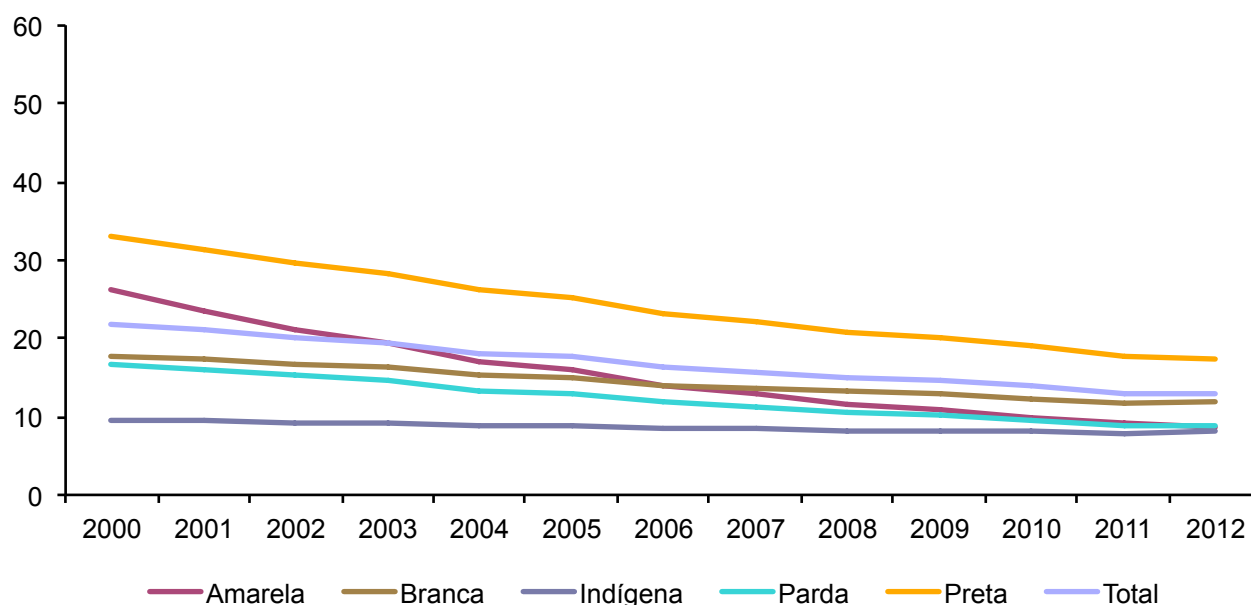


Figura 4 – Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil hab.) por diabetes *mellitus*, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

Doenças hipertensivas

A tendência da mortalidade por doenças hipertensivas na população geral também foi decrescente entre 2000 e 2012. As taxas padronizadas de mortalidade por esta doença diminuíram em todas as populações, com a

maior queda na raça/cor amarela e a menor na indígena. Em 2012, as doenças hipertensivas tiveram o maior risco de morte na população preta (acima da média nacional), vindo em seguida a população branca (abaixo da média nacional) (Figura 5).



Fonte: SIM/SVS/MS.

Observação: número de óbitos corrigidos pela subnotificação. População padrão: 2010.

Figura 5 – Taxa padronizada de mortalidade (por 100 mil hab.) por doenças hipertensivas, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2000, 2005 e 2012

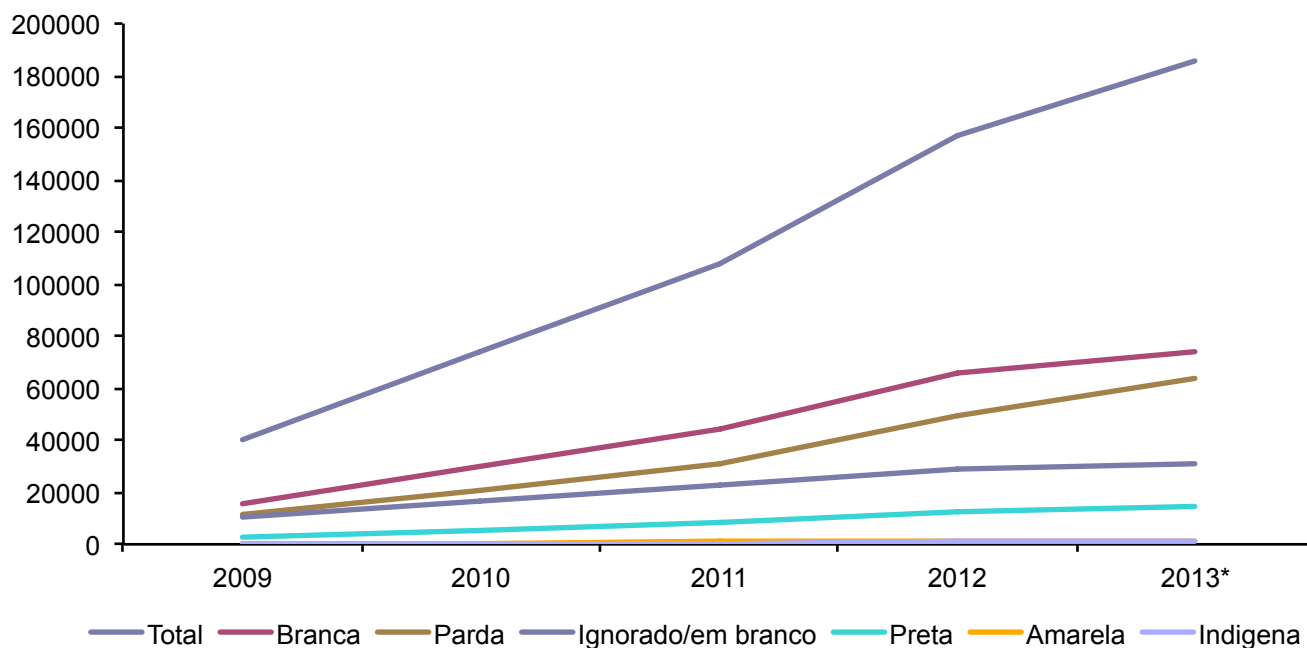
Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, implantado em 2006, possui dois componentes: o primeiro se refere à vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan); o segundo corresponde ao “Inquérito de violências e acidentes”, realizado em unidades sentinela de urgência/emergência em municípios selecionados.⁵

As notificações de violência compõem o banco de dados do Viva/Sinan e são objeto de monitoramento contínuo pelas equipes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e pelo Ministério da Saúde.⁶ Uma importante variável de análise das notificações de violência é a raça/cor, autodeclarada pela vítima.

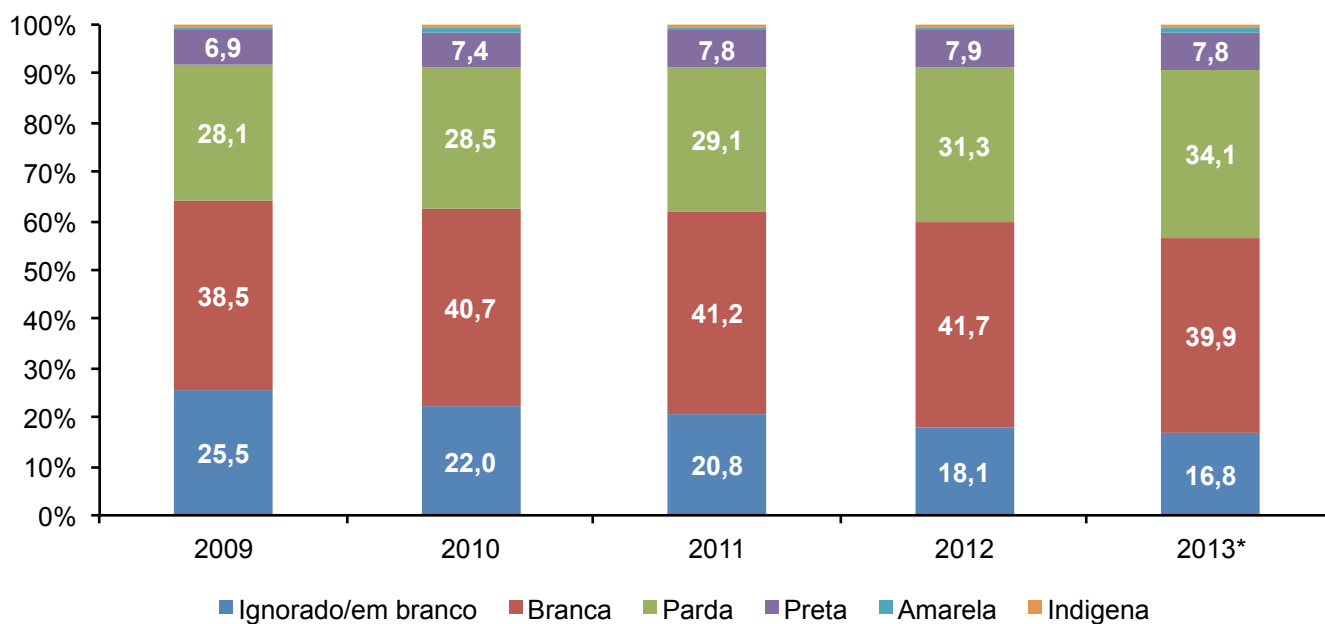
As notificações de violência doméstica, sexual e de outras violências tiveram aumento entre o período de 2009 (quando a notificação passou a ser registrada no Sinan) a 2013, passando de 39.976 notificações para 185.724 notificações. Esse aumento deve-se em parte à maior sensibilização dos gestores e profissionais de saúde para a notificação de violências e também à universalização da notificação de violências.⁷ Esse incremento também ocorre quando se desagregam as notificações por raça/cor (Figura 6).

A análise das notificações de violência registradas no Viva/Sinan por raça/cor demonstram que a completude dessa variável melhorou nos últimos anos, passando de 25,5% de ignorado/branco em 2009 para 16,8% em 2013, mas continuou ainda superior a 10% (Figura 7).



Fonte: Sinan/SVS/MS.
a) Dados preliminares obtidos em 24/04/2014.

Figura 6 – Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo a variável raça/cor, Brasil, 2009-2013^a

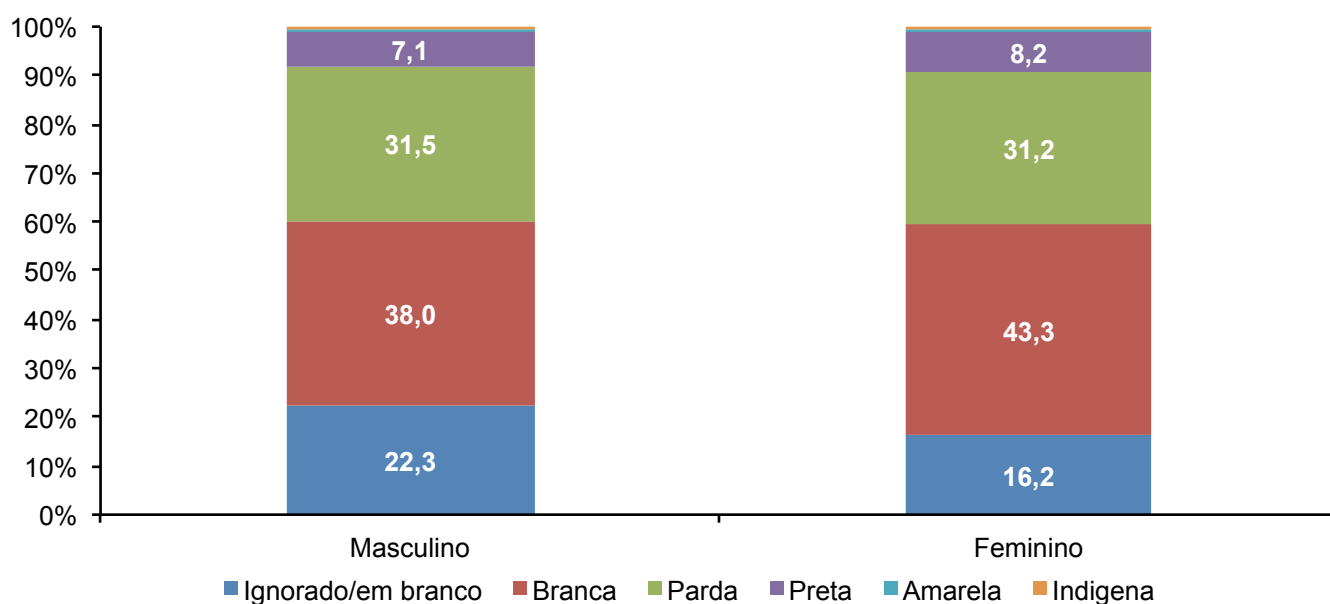


Fonte: Sinan/SVS/MS.
a) Dados preliminares obtidos em 24/04/2014.

Figura 7 – Distribuição proporcional das notificações de violência, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2009 a 2013^a

Ao se analisarem as notificações de violência por sexo, observa-se que a completude do campo raça/cor para indivíduos do sexo masculino é inferior à do sexo feminino, já que no primeiro há mais de 20% das notificações

com esse campo ignorado ou em branco. A distribuição para as raças é similar entre os sexos, com exceção da raça branca, que tem maior proporção em mulheres vítimas de violência (Figura 8).



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 8 – Distribuição proporcional das notificações de violência, conforme a variável raça/cor, segundo sexo da vítima. Brasil, 2012

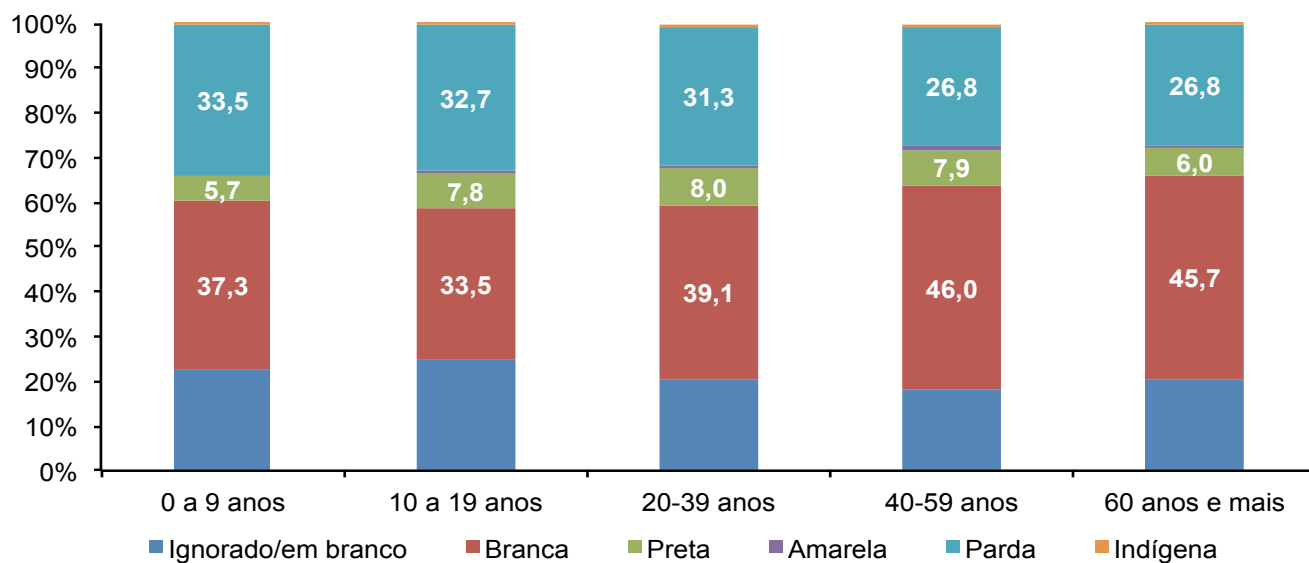
Optou-se por analisar o ano de 2012, por esse ser o último ano com os dados de notificação consolidados, embora a interpretação dos resultados possa ter limitações devido à qualidade do preenchimento. Em 2012, foram registradas no Sinan 157.033 notificações de violência em 8.214 unidades notificadoras e em 2.812 municípios do Brasil.

Considerando-se somente indivíduos do sexo masculino, observa-se que, para todas as faixas etárias, a maior proporção das notificações corresponde à raça branca, seguida da parda e da preta, enquanto as categorias amarela e indígena representam em torno de 1% das notificações para todas as faixas etárias. A raça negra (preta + parda) representa 38,6% do total de notificações de violência. Segundo faixa etária, a raça negra representa o primeiro grupo em proporção de notificações de violências em crianças menores de 10 anos, com 39,1% das notificações, e em adolescentes de 10 a 19 anos, com 40,5% das notificações. Para a faixa de 20 a 39 anos, não há diferença na distribuição entre negros (39,3% das notificações) e brancos (39,1%). Para as faixas de 40 a 59 anos e idosos (acima de 60 anos), os negros representam 34,6% e 32,8% das notificações, e os brancos, 46,0% e 45,7%, respectivamente. Observa-se que o percentual de ignorados e campos em branco é alto em todas as faixas etárias, com maior proporção em adolescentes (25,1%) e

menor proporção na faixa de 40 a 59 anos (18,0%), o que compromete a representatividade desses dados (Figura 9).

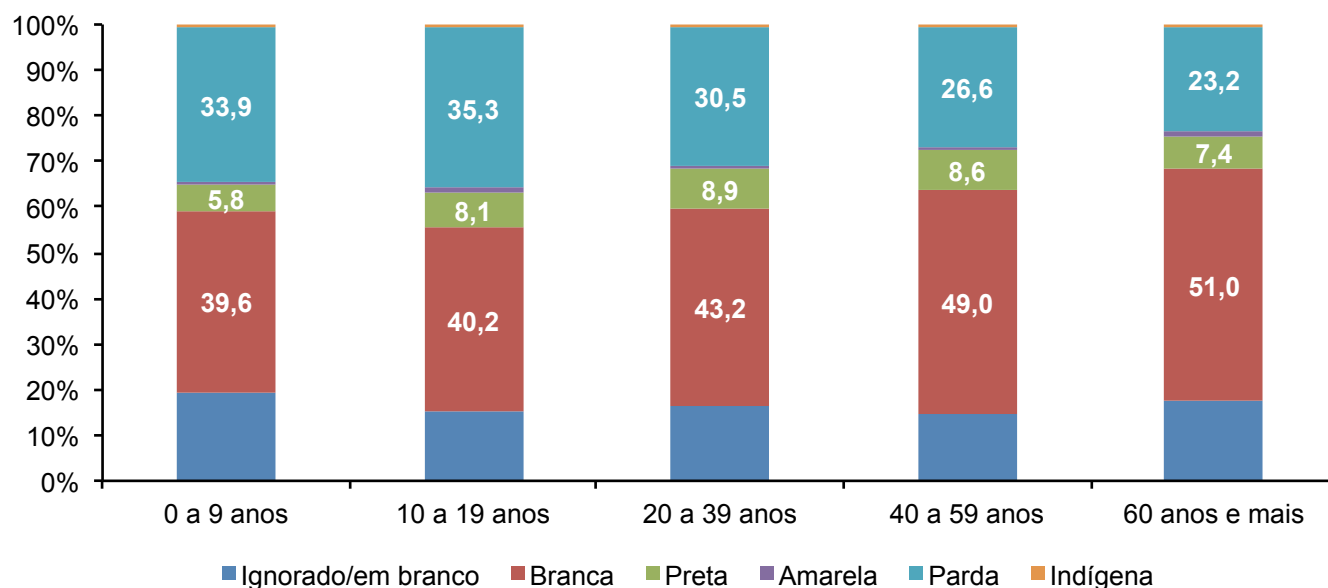
A análise das notificações para o sexo feminino por faixa etária mostra que, assim como no sexo masculino, as categorias amarela e indígena representam um percentual baixo das notificações de violência, o que pode ser explicado pelo fato de esses grupos raciais apresentarem uma pequena proporção da população brasileira, como também pode representar o baixo uso dos serviços de saúde por esses grupos (Figura 10).

A raça branca representa a mais atingida por violência em todas as faixas etárias, seguida da parda e da preta. A raça negra (preta + parda) tem proporção muito próxima da raça branca em crianças, com valores de 39,7% e 39,6% das notificações, respectivamente. Em adolescentes, os negros representam 43,3% das notificações e os brancos representam 40,2%. Para mulheres com mais de 20 anos, a distribuição proporcional das notificações é maior em brancas do que em negras, sendo que na população feminina em geral as mulheres brancas representam 43,3% das notificações, enquanto as mulheres negras representam 39,4% das notificações. A proporção de ignorados é menor para todas as faixas etárias analisadas, quando comparada com indivíduos do sexo masculino.



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 9 – Distribuição proporcional das notificações de violência, conforme a variável raça/cor, sexo masculino, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2012



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 10 – Distribuição proporcional das notificações de violência conforme a variável raça/cor, sexo feminino, segundo faixa etária da vítima. Brasil, 2012

Considerando-se o tipo de violência segundo a raça da vítima, observa-se que, para todos os tipos de violência, a raça branca apresenta maior proporção em relação às demais raças, com exceção da violência sexual, que atinge mais a raça parda. Com relação à violência física, a raça branca representa 42% das notificações, enquanto a raça negra representa 40,3%. Em relação a negligência/abandono, os percentuais para a raça branca e

negra são, respectivamente, 40,7% e 41,4%; já para as notificações de tortura, os percentuais para as raças branca e negra são, respectivamente, 47,2% e 46,4%. A violência psicológica/moral permanece com maior proporção em vítimas brancas (48,5%), em comparação com as negras (41,5%). Por fim, para violência sexual, a raça negra representa 49,4% das vítimas, enquanto a raça branca representa 39,8% (Tabela 5).

Tabela 5 – Notificações de violência, segundo tipo de violência e a variável raça/cor da vítima. Brasil, 2012

Tipo de violência	Raça/cor					
	Branca	Parda	Preta	Amarela	Indígena	Ignorado/ em branco
Física (n, %)	42.577 (42,0)	32.356 (31,9)	8.552 (8,4)	628 (0,6)	613 (0,6)	16.738 (16,5)
Psicológica/ moral (n, %)	20.205 (48,5)	13.311 (31,9)	3.985 (9,6)	298 (0,7)	180 (0,4)	3.690 (8,9)
Sexual (n, %)	8.704 (39,8)	8.863 (40,5)	1.954 (8,9)	141 (0,6)	158 (0,7)	2.062 (9,4)
Negligência/ abandono (n, %)	8.060 (40,7)	6.845 (34,6)	1.348 (6,8)	95 (0,5)	77 (0,4)	3.377 (17,1)
Tortura (n, %)	2.082 (47,2)	1.549 (35,1)	501 (11,3)	38 (0,9)	1 (-)	244 (5,5)
Outros (n, %)	7.872 (52,8)	4.162 (27,9)	1.204 (8,1)	118 (0,8)	64 (0,4)	1492 (10)

Fonte: Sinan/SVS/MS.

Observa-se que as mulheres são as principais vítimas dos casos de violência notificados no Viva/Sinan e que esse fenômeno atinge todas as raças, com maior ocorrência em indivíduos negros e brancos. Conhecer os fatores que interferem na ocorrência de violências é fundamental para a adoção de políticas públicas de enfrentamento da violência, redução das desigualdades raciais e promoção da cultura da paz.

A qualidade regular da informação sobre raça/cor no Viva/Sinan (83,2% de preenchimento desse campo, em 2012) exige estímulo para que o preenchimento atinja um percentual considerado excelente e permita uma análise mais representativa da violência segundo a variável raça/cor.

Morbidade por doenças transmissíveis prioritárias

Completitude da variável raça/cor no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – Tuberculose, Dengue, Malária e Hanseníase

Os instrumentos para notificação e investigação de casos do Sinan possuem a variável raça/cor desde o ano de 2001 e o

preenchimento é por autodeclaração, ou seja, deve partir de uma resposta declarada pela pessoa.

O preenchimento dessa variável em casos de tuberculose e hanseníase diagnosticados tem melhorado ao longo dos anos. Para o Brasil, a partir de 2010, os percentuais de completitude da raça/cor para o casos de tuberculose se mantiveram acima de 90%, limiar considerado adequado para as análises epidemiológicas. Em 2013, a completitude de preenchimento para a tuberculose atingiu 92% e para a hanseníase, 95%. Entretanto, algumas Unidades da Federação não alcançaram esses resultados em 2013.

Em contraste, dos casos prováveis de dengue notificados no Sinan em 2013, apenas 60% apresentam o campo raça/cor preenchido. No entanto, nos estados do Acre, Tocantins, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, a completitude desse campo ultrapassa 90%.

Em relação ao Sistema de Vigilância Epidemiológica de Malária (Sivep/Malária), a variável raça/cor foi inserida nas fichas de notificação do sistema desde 2011. Contudo, em apenas dois anos, a completitude para essa variável atingiu 98%. Com exceção de Roraima, todos os estados notificantes apresentaram completitude acima de 90% (Tabela 6).

Tabela 6 – Completitude da variável raça/cor para notificações de doenças infecciosas prioritárias. Brasil, região e Unidade da Federação de residência, 2013^a

UF de residência	Tuberculose	Dengue	Malária ^b	Hanseníase
Norte	97,3	78,0	97,8	98,0
Rondônia	99,4	85,8	96,5	98,5
Acre	99,7	95,6	99,9	98,6
Amazonas	97,8	54,1	96,7	97,9
Roraima	99,3	78,9	87,2	89,6
Pará	96,3	91,4	99,9	97,9
Amapá	98,9	88	100	99,3
Tocantins	96,4	98,1	100	98,7
Nordeste	93,8	69,9	–	93,6
Maranhão	98,7	87,1	99,8	98,5
Piauí	98,2	72,7	–	98,3
Ceará	95,9	75,7	–	78,9
Rio Grande do Norte	96,3	53,2	–	97,4
Paraíba	96,7	71,4	–	96,0
Pernambuco	90,4	41,3	–	93,8
Alagoas	94,5	83,3	–	98,0
Sergipe	95,3	53,3	–	97,2
Bahia	91,1	72,1	–	94,3
Sudeste	88,4	55,0	–	74,9
Minas Gerais	86,3	57,0	–	91,1
Espírito Santo	90,8	27,5	–	95,1
Rio de Janeiro	89,2	34,9	–	92,3
São Paulo	88,1	79,3	–	96,5
Sul	96,4	88,3	–	97,6
Paraná	97,0	88,2	–	98,9
Santa Catarina	94,3	91,1	–	99,4
Rio Grande do Sul	96,9	93,0	–	99,4
Centro-Oeste	95,7	58,4	–	88,7
Mato Grosso do Sul	93,5	65,9	–	94,7
Mato Grosso	98,0	75,5	99,9	99,1
Goiás	95,1	52,1	–	97,6
Distrito Federal	92,5	31,6	–	97,3
Brasil	92,1	59,5	97,8^b	95,5

Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Dados provisórios, sujeitos a revisão.

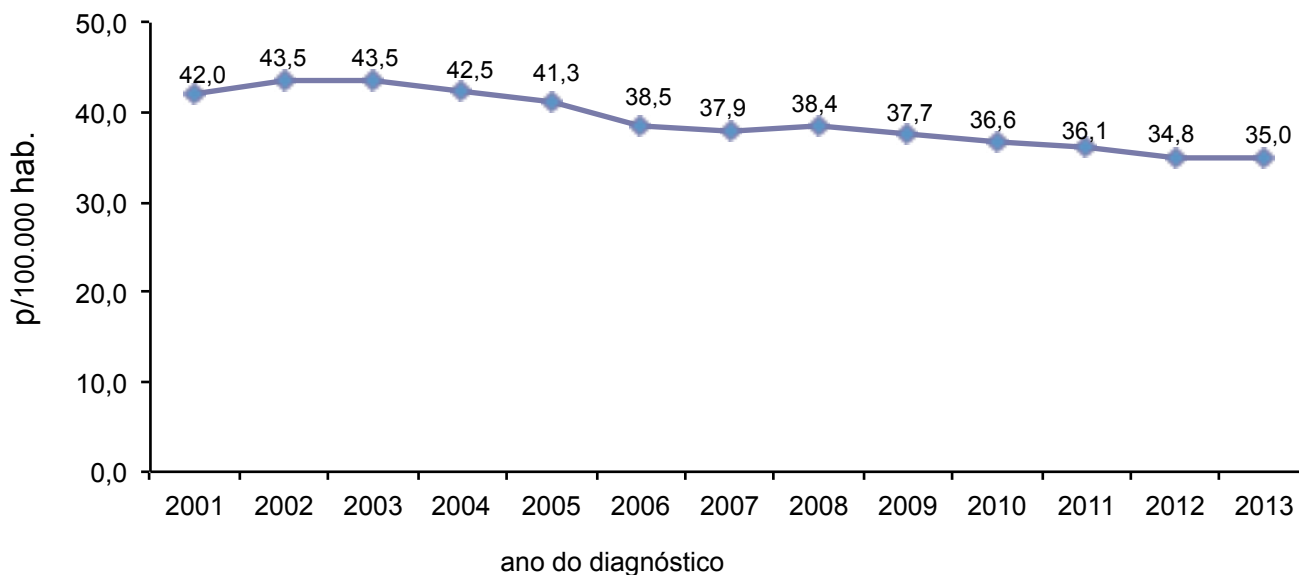
b) Dados relativos às UF da Amazônia Legal.

Nota: verde – melhor situação; vermelho – pior situação.

Tuberculose

A tuberculose representa um sério problema de saúde pública e tem relação direta com a pobreza. Entre 2001 e 2013, foram registrados

em média 73.600 casos de tuberculose por ano. Nesse mesmo período, a taxa de incidência teve uma redução de 16,7%, passando de 42 para 35 casos/100 mil hab. (Figura 11).

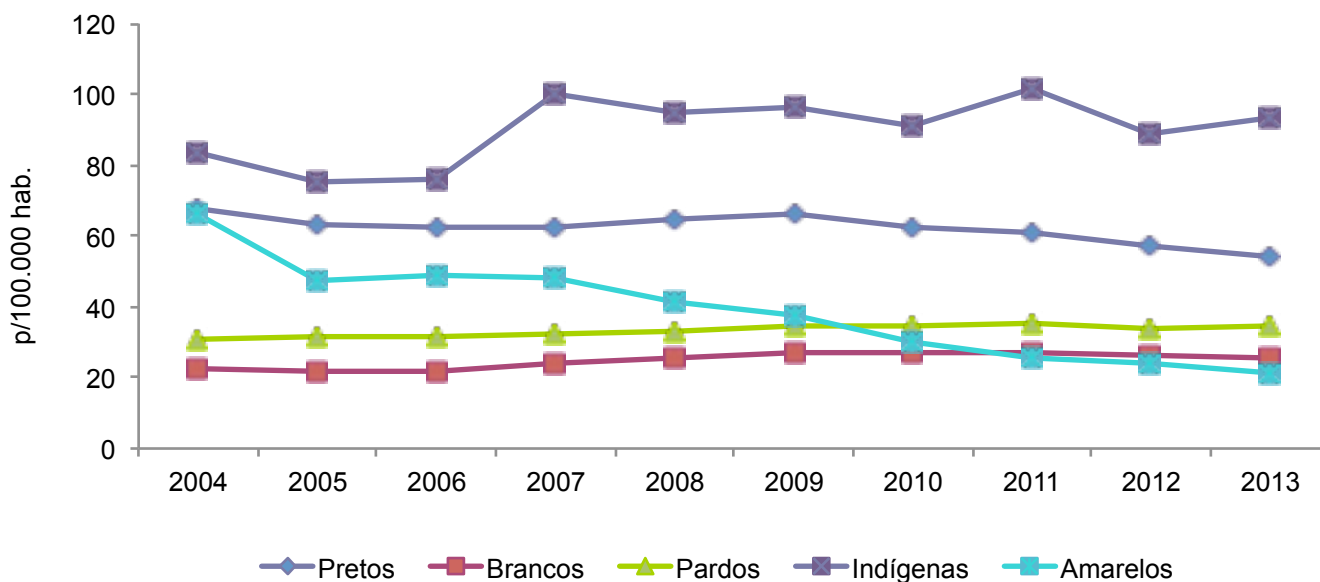


Fonte: Sinan/SVS/MS e Programas de Controle da Tuberculose das Secretarias Estaduais de Saúde (SES).
a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Figura 11 – Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose (todas as formas). Brasil, 2001 a 2013^a

A taxa de incidência de tuberculose foi maior na população indígena em todos os anos do estudo. Quando comparados pretos e brancos,

observa-se que a taxa tem permanecido superior entre os indivíduos de raça/cor preta (Figura 12).

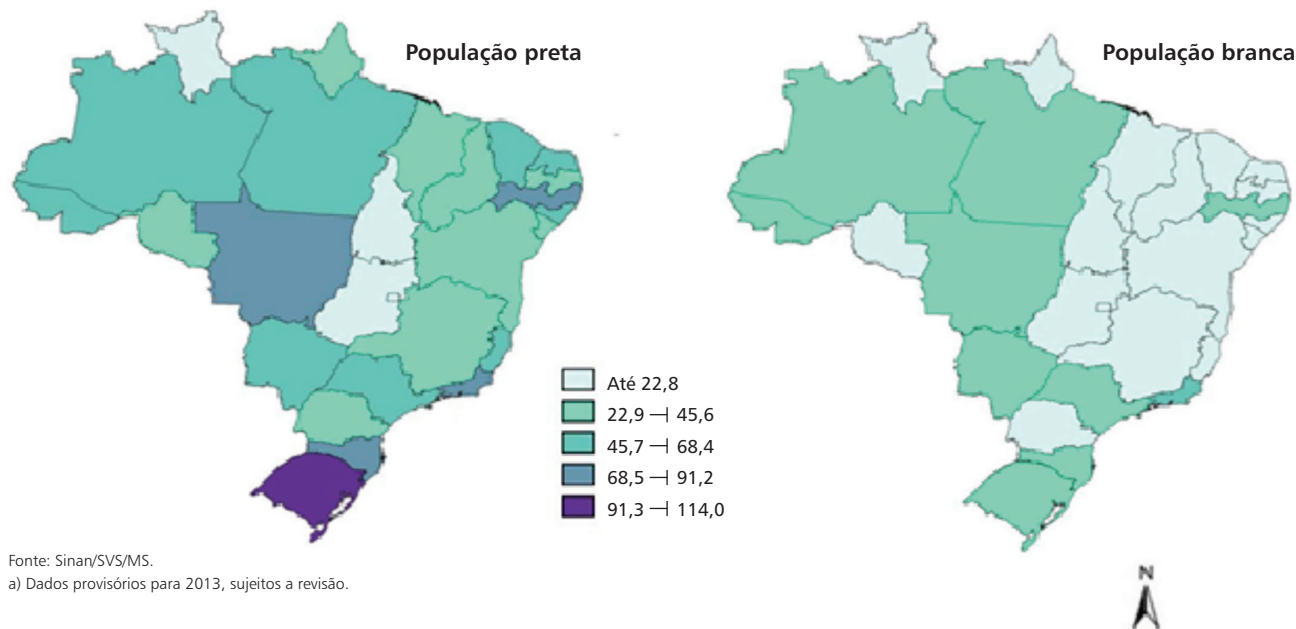


Fonte: Sinan/SVS/MS.
a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Figura 12 – Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose (todas as formas), segundo a variável raça/cor (negra, preta, branca e parda). Brasil, 2004 a 2013^a

Entre as Unidades da Federação, no ano de 2013, a taxa de incidência de tuberculose nas pessoas de raça/cor preta variou de 114,0/100 mil hab. no Rio Grande do Sul a 6,3/100 mil hab.

em Roraima. Por outro lado, as pessoas de raça/cor branca apresentaram taxas de incidências que variaram de 47,2/100 mil hab. no Rio de Janeiro a 7,8/100 mil hab. em Tocantins (Figura 13).



Fonte: Sinan/SVS/MS.
a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Figura 13 – Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de tuberculose (todas as formas), segundo a variável raça/cor (preta e branca). Brasil, 2013^a

Com exceção do tratamento diretamente observado (TDO), os demais indicadores operacionais para o acompanhamento do controle da tuberculose foram mais adequados entre a população branca (Tabela 7).

No período entre 2004 e 2013, ocorreram, em média, 4.700 óbitos por ano. No último ano da série, a taxa de mortalidade mais elevada ocorreu entre os indígenas (5,5/100 mil hab.). O mesmo indicador atingiu 3,8/100 mil hab. para as pessoas

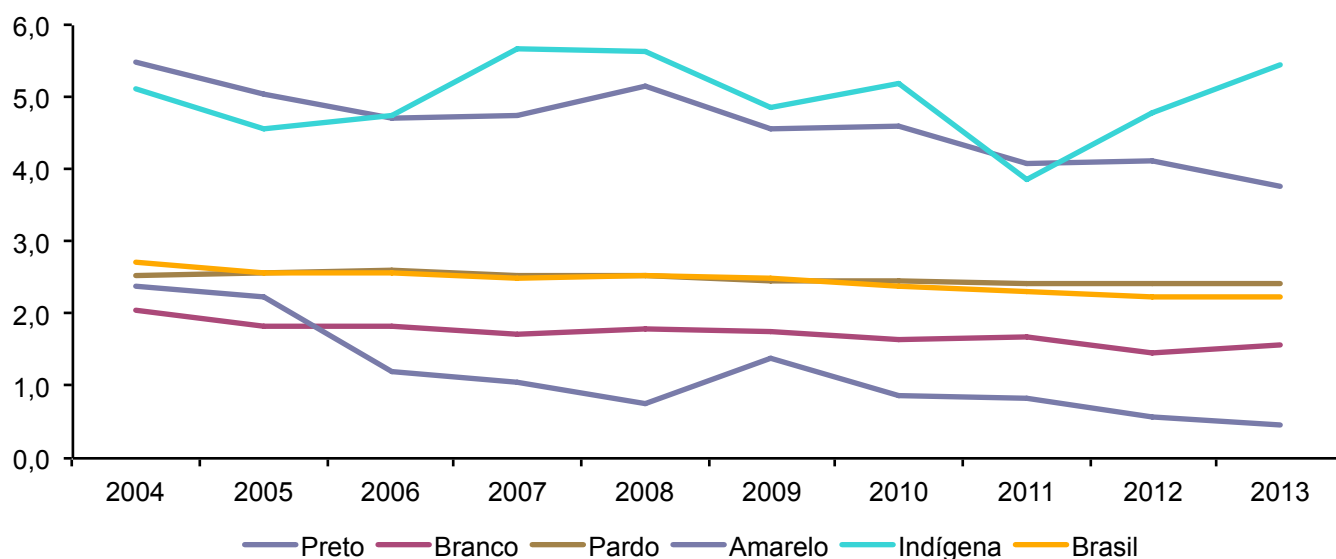
de cor preta e 1,6/100 mil hab. para as pessoas de raça/cor branca (Figura 14).

O risco de adoecer e de morrer por tuberculose é maior entre os indígenas quando comparado às demais variáveis de raça/cor. No Brasil, quatro em cada dez indígenas (39,9%) encontram-se em situação de extrema pobreza.⁸ As dificuldades de acesso aos serviços de saúde e sociais configuram-se como importantes barreiras para o diagnóstico e o tratamento oportunos.

Tabela 7 – Indicadores operacionais para o acompanhamento do controle da tuberculose, de acordo com a variável raça/cor. Brasil, 2012 e 2013^a

Indicadores operacionais (%)	Preta	Parda	Indígena	Branca	Amarela	Brasil
Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento (2012)	31,1	28,0	30,9	40,0	20,3	32,6
Realização de testagem para HIV (2013)	62,8	61,3	64,3	70,5	63,2	64,5
TDO realizado (2013)	47,4	49,5	72,0	44,0	48,0	46,8
Cura dos casos novos pulmonares bacilíferos (2013)	69,0	72,7	76,2	77,7	72,9	73,8
Abandono de tratamento dos casos novos pulmonares bacilíferos (2013)	14,3	10,9	6,2	8,6	12,1	10,6

Fonte: Sinan/SVS/MS.
a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.



Fonte: SVS/MS.

a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Figura 14 – Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por tuberculose (todas as formas), segundo a variável raça/cor. Brasil, 2004 a 2013^a

Persistem também barreiras de acesso a diversos espaços e direitos para as pessoas negras, o que se reflete em suas condições de vida, moradia, trabalho, renda e acesso a serviços públicos.⁹ As pessoas pretas e pardas têm maior risco de adoecer ou morrer por tuberculose quando comparadas com as pessoas de cor branca. No Brasil, 14,1% da população preta ou parda está entre os 10% mais pobres do país.¹⁰ Tem-se ainda que, em 2009, dos 2 milhões de domicílios em assentamentos subnormais, 66% eram chefiados por pessoas negras, e que, entre os 10% mais pobres da população, 72% eram negros.¹¹

A vulnerabilidade social, possivelmente, justifica o maior risco de pessoas pretas, pardas e indígenas adoecerem ou morrerem por tuberculose, quando comparadas às pessoas amarelas e brancas.

Hanseníase

O Ministério da Saúde tem o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, o que corresponde a alcançar o coeficiente de prevalência de 1 caso/10 mil hab. Em 2013, o Brasil apresentou 1,4 caso/10 mil hab., correspondendo a 28.485 casos em tratamento. Nesse mesmo ano, o país detectou 31.044 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 15,4/100 mil hab., considerado muito alto, segundo parâmetros oficiais.

No Brasil, em 2013, segundo o Sinan, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população negra (pretos e pardos) foi de 20,6/100 mil hab. (21.645 casos novos), enquanto na população não negra (brancos, amarelos e indígenas) esse coeficiente foi de 17,8/100 mil hab. (8.711 casos novos).

Em 2013, as macrorregiões Norte (36,3 casos/100 mil hab.), Centro-Oeste (39,6/100 mil hab.) e Nordeste (24,3/100 mil hab.) apresentaram os maiores coeficientes de detecção geral de hanseníase no país. Na população negra, esse coeficiente apresenta o mesmo perfil, tendo as regiões Norte (59,1/100 mil hab.), Centro-Oeste (65,6/100 mil hab.) e Nordeste (32,4/100 mil hab.) valores mais elevados do que aqueles verificados para a população geral (Tabela 8).

No referido ano, os estados do Tocantins, Mato Grosso, Maranhão e Rondônia apresentaram os maiores coeficientes de detecção, tanto na população geral quanto na negra, sendo considerados hiperendêmicos para hanseníase, conforme parâmetros oficiais. Quando comparados os coeficientes de detecção da hanseníase da população, observa-se que nos estados de Rondônia, Paraná e Santa Catarina a endemicidade é mais elevada na população preta e parda do que na população das outras raças.

Tabela 8 – Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil hab.), segundo a variável raça/cor. Brasil, regiões e Unidades da Federação de residência, 2013^a

UF de residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Norte	26,0	59,1	23,1	37,1	14,3	36,3
Rondônia	43,7	45,3	41,5	41,0	19,4	42,7
Acre	6,1	–	5,2	25,0	–	18,7
Amazonas	9,4	29,5	21,8	20,8	11,5	18,8
Roraima	34,5	37,7	34,1	22,0	–	25,6
Pará	27,4	72,2	24,5	42,8	42,8	42,5
Amapá	12,5	19,2	–	20,6	–	18,2
Tocantins	41,9	94,3	19,2	64,8	58,0	62,1
Nordeste	15,2	32,4	16,1	24,9	17,7	24,3
Maranhão	43,6	93,6	64,1	53,7	35,5	56,4
Piauí	18,4	46,2	11,6	34,8	56,3	32,0
Ceará	12,1	35,3	7,4	21,4	17,7	24,1
Rio Grande do Norte	4,9	11,0	15,3	9,7	–	8,1
Paraíba	12,5	28,7	9,7	17,6	4,4	16,7
Pernambuco	16,5	56,1	20,0	30,5	14,8	28,9
Alagoas	6,0	19,4	4,2	11,5	6,4	10,5
Sergipe	12,9	23,7	8,5	18,5	20,9	17,9
Bahia	12,6	13,9	6,0	15,4	16,0	15,3
Sudeste	4,7	8,9	2,5	5,8	12,4	5,8
Minas Gerais	4,8	8,0	4,5	5,8	–	6,1
Espírito Santo	15,9	36,3	3,3	18,1	11,4	19,7
Rio de Janeiro	6,6	10,2	2,6	7,3	52,3	7,9
São Paulo	3,4	4,9	1,6	3,4	13,1	3,6
Sul	4,1	5,4	3,2	4,3	1,4	4,2
Paraná	8,5	13,3	4,4	6,3	–	8,1
Santa Catarina	2,5	2,6	–	1,4	–	2,4
Rio Grande do Sul	1,4	1,8	2,2	1,6	3,1	1,4
Centro-Oeste	34,0	65,6	23,0	39,5	18,6	39,6
Mato Grosso do Sul	27,1	57,3	17,7	28,5	11,3	30,3
Mato Grosso	88,9	145,2	62,6	91,1	18,8	93,9
Goiás	25,2	52,0	17,1	30,8	127,3	30,6
Distrito Federal	5,8	10,7	8,8	6,3	14,4	6,7
Brasil	4,6	12,7	5,6	10,4	9,1	8,3

Fonte: Sinan/SVS/MS.

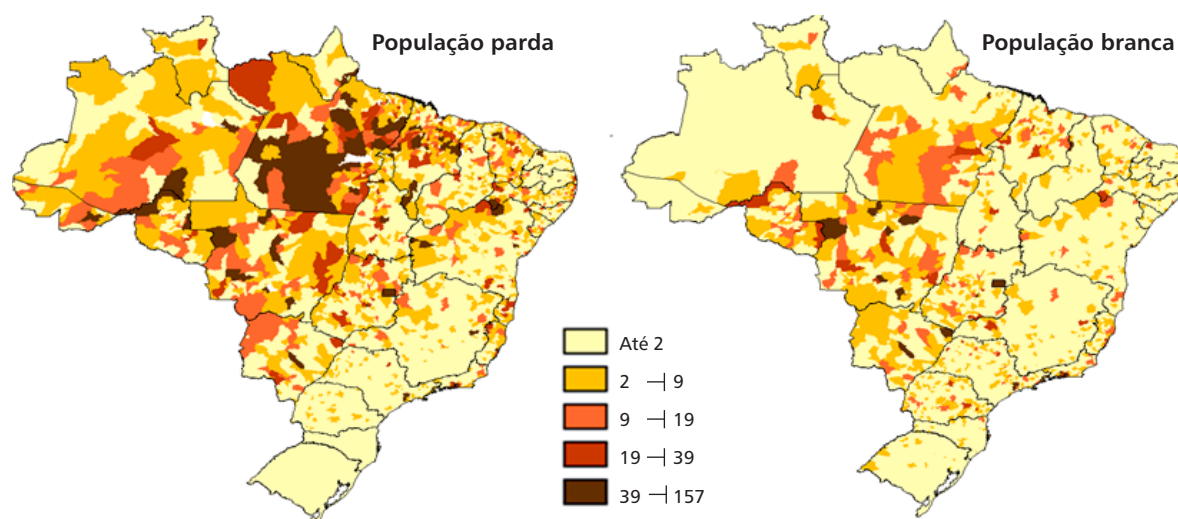
a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Nota: verde – melhor situação; vermelho – pior situação.

Analisando-se a distribuição geográfica dos coeficientes de detecção da hanseníase nas populações branca e parda, entre os municípios do país, observa-se que os municípios hiperendêmicos estão concentrados, sobretudo, na Amazônia (Figura 15).

Pelo grande fator incapacitante que a hanseníase possui, as Unidades Básicas de Saúde devem

buscar o mais precocemente os casos. Em 2013, dos casos novos diagnosticados, 7% já possuíam grau II de incapacidade, indicador que caracteriza diagnóstico tardio da doença, sendo a região Sul a que traz o maior percentual do país, 10% (Tabela 9). Assim, observa-se a predominância da hanseníase nas populações preta, parda e indígena em relação às outras categorias (amarela e branca).



Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Figura 15 – Distribuição do coeficiente de detecção da hanseníase (por 100 mil hab.) na população branca e parda nos municípios do Brasil. Brasil, 2013^a

Tabela 9 – Número de casos novos diagnosticados de hanseníase e percentual de grau de incapacidade II, segundo raça/cor. Brasil, região e Unidades da Federação de residência, 2013^a

UF de residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	% GI 2 CN ^b
Norte	65	47	2	250	3	6,8
Rondônia	16	3	2	20	0	6,5
Acre	0	0	0	6	0	0,0
Amazonas	4	5	0	60	2	5,6
Roraima	3	0	0	0	0	9,1
Pará	29	32	0	117	1	6,6
Amapá	2	0	0	11	0	9,5
Tocantins	11	7	0	36	0	7,9
Nordeste	140	102	6	484	0	5,9
Maranhão	38	31	3	159	0	6,3
Piauí	7	4	0	33	0	5,1
Ceará	13	7	1	75	0	4,1
Rio Grande do Norte	3	2	1	6	0	4,5
Paraíba	18	4	0	19	0	9,5
Pernambuco	25	14	1	53	0	4,7
Alagoas	3	6	0	22	0	5,1
Sergipe	5	2	0	21	0	6,7
Bahia	28	32	0	96	0	7,1
Sudeste	181	74	0	166	2	8,7
Minas Gerais	42	18	0	54	0	10,0
Espírito Santo	10	12	0	21	0	4,1
Rio de Janeiro	38	25	0	51	1	7,9
São Paulo	91	19	0	40	1	9,9
Sul	92	1	2	18	0	10,2
Paraná	54	1	1	15	0	8,5
Santa Catarina	18	0	0	2	0	13,0
Rio Grande do Sul	20	0	1	1	0	15,9
Centro-Oeste	127	53	7	161	0	6,4
Mato Grosso do Sul	34	10	1	23	0	10,9
Mato Grosso	56	24	3	68	0	5,7
Goiás	34	15	3	64	0	5,5
Distrito Federal	3	4	0	6	0	4,7
Brasil	606	277	17	1.080	5	7,3

Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

b) Proporção (%) GI 2 CN, percentual de pacientes recém-diagnosticados com grau de incapacidade II.

Nota: verde – melhor situação; vermelho – pior situação.

O alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública prevê um esforço coletivo, visando à interrupção da cadeia de transmissão da endemia, por meio de ações e de vigilância ativa e resolutiva. Por isso, a estratégia para redução da carga em hanseníase para alcance da meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados.

Dengue

A dengue é uma doença causada por quatro sorotipos – DEN 1, DENV 2, DENV 3 e

DENV 4 –, transmitida, principalmente, por mosquitos *Aedes aegypti*. É considerada um grande problema de saúde pública mundial. No Brasil, é uma doença de notificação compulsória, e todo caso deve ser notificado no Sinan.^{4,12}

Da totalidade dos 1.452.489 casos prováveis de dengue notificados no Sinan em 2013, 587.946 (40,5%) não apresentam o campo raça/cor preenchido. Os demais casos, segundo raça/cor, estão distribuídos da seguinte forma: 26,3% dos casos ocorreram em indivíduos de cor/raça parda; 4,0% em pretos; 28,2% em brancos; 0,9% em amarelos; e 0,2% em indígenas (Tabela 10).

Tabela 10 – Número de casos notificados de dengue, segundo a variável raça/cor. Brasil, região e Unidades da Federação de residência, 2013^a

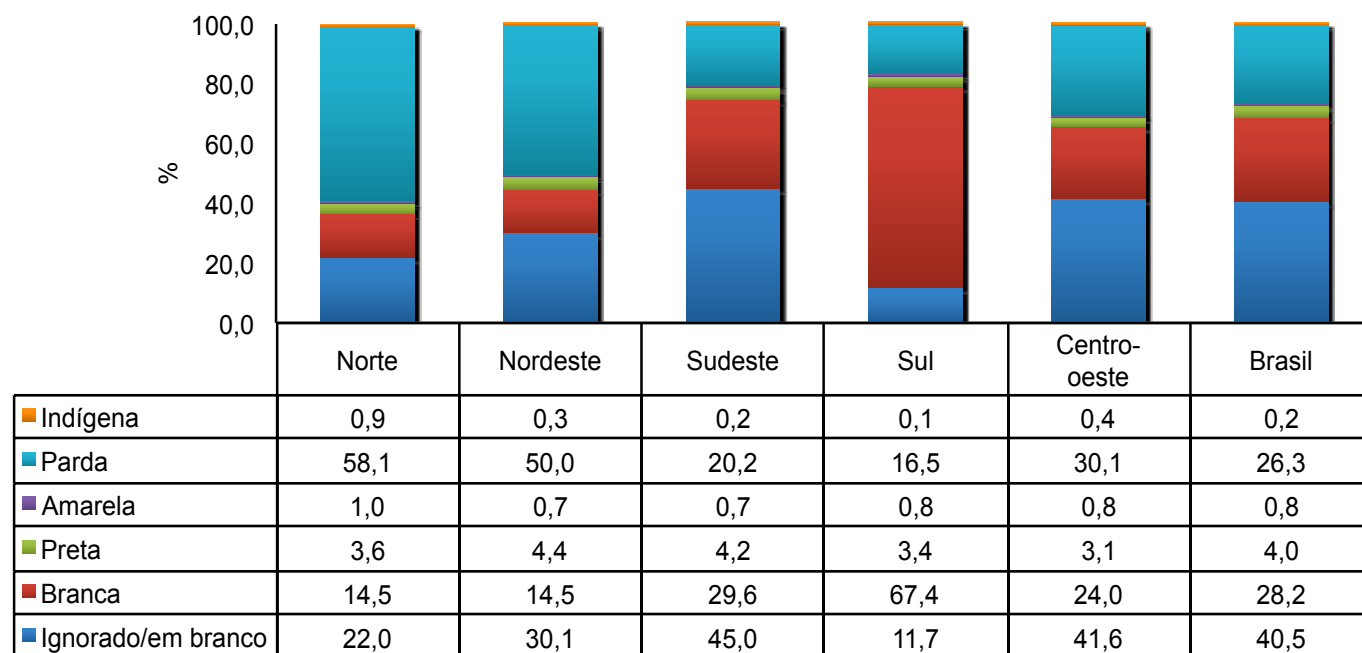
UF de residência	Ignorado/em branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
Norte	10.891	7.172	1.761	475	28.797	451	49.547
Rondônia	1.240	2.505	336	69	4.533	49	8.732
Acre	112	341	79	4	2.018	14	2.568
Amazonas	8.182	946	165	220	8.064	255	17.832
Roraima	199	79	20	2	621	24	945
Pará	790	1.334	518	86	6.401	37	9.166
Amapá	205	384	122	7	968	22	1.708
Tocantins	163	1.583	521	87	6.192	50	8.596
Nordeste	45.858	22.066	6.762	1.072	76.169	430	152.357
Maranhão	464	558	271	32	2.253	10	3.588
Piauí	1.359	584	201	61	2.776	6	4.987
Ceará	7.336	3.489	523	195	18.627	49	30.219
Rio Grande do Norte	8.856	4.748	367	56	4.826	52	18.905
Paraíba	3.855	3.023	351	86	6.132	19	13.466
Pernambuco	4.684	880	142	23	2.222	34	7.985
Alagoas	1.889	1.003	1.282	72	6.986	64	11.296
Sergipe	374	90	17	1	319	-	801
Bahia	17.041	7.691	3.608	546	32.028	196	61.110
Sudeste	412.868	272.100	38.932	6.875	185.849	1.602	918.226
Minas Gerais	179.185	90.547	21.321	3.517	120.884	798	416.252
Espírito Santo	49.283	8.498	1.383	307	8.451	73	67.995
Rio de Janeiro	138.757	39.216	7.711	1.610	25.495	269	213.058
São Paulo	45.643	133.839	8.517	1.441	31.019	462	220.921
Sul	7.854	45.106	2.285	560	11.043	55	66.903
Paraná	7.791	44.463	2.266	557	10.968	55	66.100
Santa Catarina	32	269	7	2	48	-	358
Rio Grande do Sul	31	374	12	1	27	-	445
Centro-Oeste	110.475	63.611	8.262	2.108	79.993	1.007	265.456
Mato Grosso do Sul	26.937	24.639	2.735	605	23.338	704	78.958
Mato Grosso	8.633	11.947	1.816	323	12.370	101	35.190
Goiás	66.731	25.756	3.436	1.153	42.099	182	139.357
Distrito Federal	8.174	1.269	275	27	2.186	20	11.951
Brasil	587.946	410.055	58.002	11.090	381.851	3.545	1.452.489

Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Analisando-se a proporção de casos de dengue de acordo com a raça/cor, segundo macrorregiões, se observa que a falta de

informação é 40% na média nacional, sendo menor na região Sul e maior na Sudeste (Figura 16).



Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Dados provisórios, sujeitos a revisão.

Figura 16 – Distribuição percentual dos casos de dengue notificados, conforme a variável raça/cor, segundo macrorregiões. Brasil, 2013^a

A incidência da doença na população de raça/cor negra foi de 415 casos/100 mil hab. (424 em pardos e 366 em pretos). Em indivíduos de raça branca, amarela e indígena, foi de 447, 426 e 411 casos/100 mil hab., respectivamente (Tabela 11). Nestas estimações, nota-se acentuada limitação na análise, dada à alta proporção de casos com informação ignorada (com exceção da região Sudeste).

Quanto aos casos graves, do total de 6.856 casos confirmados no país, 1.903 ocorreram em negros (202 em pretos, 1.701 em pardos) (Tabela 12). Em relação ao total dos 674 óbitos confirmados, 302 ocorreram na raça negra (37 em pretos e 265 em pardos).

A mortalidade na população negra foi de 0,29 óbito/100 mil hab. (0,23 óbito/100 mil hab. em pretos e 0,29 óbito/100 mil hab. em pardos). Em indivíduos da raça branca, a mortalidade foi de 0,21 óbito/100 mil hab. e 0,23 óbito/100 mil hab. em indígenas. A mortalidade se mostra bem menor em indivíduos da raça amarela (0,08 óbito/100 mil hab.) (Tabela 13).

Em relação aos 674 óbitos por dengue ocorridos no Brasil, dos 501 que possuem o campo raça/cor preenchido, 60,3% ocorreram em negros, 38,9% em brancos, e 0,8% foram igualmente distribuídos entre indígenas e amarelos (Figura 17). Nos estados onde a completitude do campo raça/cor foi considerada adequada, têm-se os maiores percentuais de óbitos em indivíduos da população negra no Pará (100%) e Tocantins (67%). No Rio Grande do Sul, o único óbito ocorreu em indivíduo da raça branca. Não houve ocorrência de óbitos no Acre e em Santa Catarina.

A análise desses dados deve ser realizada levando-se em conta que a completitude do campo raça/cor para a dengue é inadequada. Ressalta-se que os dados apresentados aqui não permitem estabelecer uma relação entre raça/cor e ocorrência de dengue. No entanto, existe a hipótese de que os casos graves ocorrem com maior frequência em indivíduos da raça branca do que em indivíduos da raça negra, como descrito nas epidemias em Cuba de 1981, 1997, 2001 e 2002.¹³

Tabela 11 – Taxa de incidência de dengue (por 100 mil hab.), segundo a variável raça/cor. Brasil, região e Unidades da Federação de residência, 2013^a

UF de residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Norte	193,7	149,9	203,2	249,8	131,6
Rondônia	444,8	262,4	220,4	457,8	317,5
Acre	206,4	175,5	20,9	381,8	76,1
Amazonas	122,9	99,5	532,5	305,4	133,5
Roraima	82,5	62,9	34,1	209,7	41,0
Pará	83,0	87,1	95,6	113,5	98,9
Amapá	228,5	179,9	72,8	201,2	266,3
Tocantins	474,1	366,8	238,5	650,4	362,5
Nordeste	141,6	121,6	128,2	226,8	190,4
Maranhão	40,4	42,1	33,1	48,6	27,3
Piauí	78,3	65,3	70,9	136,1	168,8
Ceará	132,9	128,3	143,4	333,4	216,9
Rio Grande do Norte	348,3	201,9	122,3	271,1	1946,8
Paraíba	199,3	148,2	138,4	295,4	82,7
Pernambuco	27,3	22,7	20,9	42,9	56,0
Alagoas	101,1	553,7	152,6	346,8	408,5
Sergipe	15,5	8,1	2,8	23,4	0,0
Bahia	244,6	132,9	251,9	359,4	348,4
Sudeste	612,0	567,4	659,6	580,4	1988,7
Minas Gerais	1037,2	1078,1	1431,4	1257,3	3080,0
Espírito Santo	555,2	407,6	1016,8	437,7	834,0
Rio de Janeiro	531,6	376,4	1053,8	375,8	3520,0
São Paulo	499,0	341,2	234,8	226,5	1207,8
Sul	204,2	195,3	259,0	210,3	75,2
Paraná	595,5	639,3	403,5	363,8	227,9
Santa Catarina	4,9	3,6	6,0	5,1	0,0
Rio Grande do Sul	4,1	1,9	2,2	2,1	0,0
Centro-Oeste	1087,7	771,9	780,2	1043,7	719,6
Mato Grosso do Sul	2143,0	2008,1	1788,6	1964,6	884,8
Mato Grosso	1071,1	722,4	722,1	718,1	210,8
Goiás	1039,0	763,9	854,8	1251,1	3308,5
Distrito Federal	114,9	118,1	47,6	157,4	287,6
Brasil	447,3	366,2	426,8	424,0	411,1

Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Nota: Entre as categorias de raça/cor, temos verde, para melhor situação, e vermelho, para pior situação.

Tabela 12 – Proporção de casos graves de dengue, segundo a variável raça/cor. Brasil, região e Unidades da Federação de residência, 2013^a

UF de residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Norte	0,5	0,3	0,0	0,5	0,0
Rondônia	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0
Acre	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Amazonas	0,3	0,0	0,0	0,9	0,0
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0
Pará	0,4	0,6	0,0	0,5	0,0
Amapá	0,8	0,8	0,0	0,5	0,0
Tocantins	0,6	0,2	0,0	0,3	0,0
Nordeste	0,6	0,4	0,2	0,6	0,5
Maranhão	1,3	0,0	0,0	1,2	0,0
Piauí	0,9	0,0	1,6	0,4	0,0
Ceará	0,4	0,0	0,0	0,8	2,0
Rio Grande do Norte	0,8	1,4	0,0	1,2	1,9
Paraíba	1,1	2,0	0,0	1,0	0,0
Pernambuco	1,7	0,7	0,0	1,9	0,0
Alagoas	0,5	0,2	0,0	0,3	0,0
Sergipe	1,1	0,0	0,0	0,6	0,0
Bahia	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0
Sudeste	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2
Minas Gerais	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Espírito Santo	1,7	1,6	0,7	2,2	1,4
Rio de Janeiro	0,6	0,4	0,1	0,5	1,1
São Paulo	0,2	0,2	0,4	0,2	0,0
Sul	0,4	0,2	0,7	0,2	0,0
Paraná	0,4	0,2	0,7	0,2	0,0
Santa Catarina	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio Grande do Sul	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Centro-Oeste	0,9	0,8	0,6	0,8	0,5
Mato Grosso do Sul	1,0	0,8	1,0	0,9	0,4
Mato Grosso	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0
Goiás	1,2	1,1	0,6	0,8	1,1
Distrito Federal	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
Brasil	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3

Fonte: Sinan/SVS/MS.

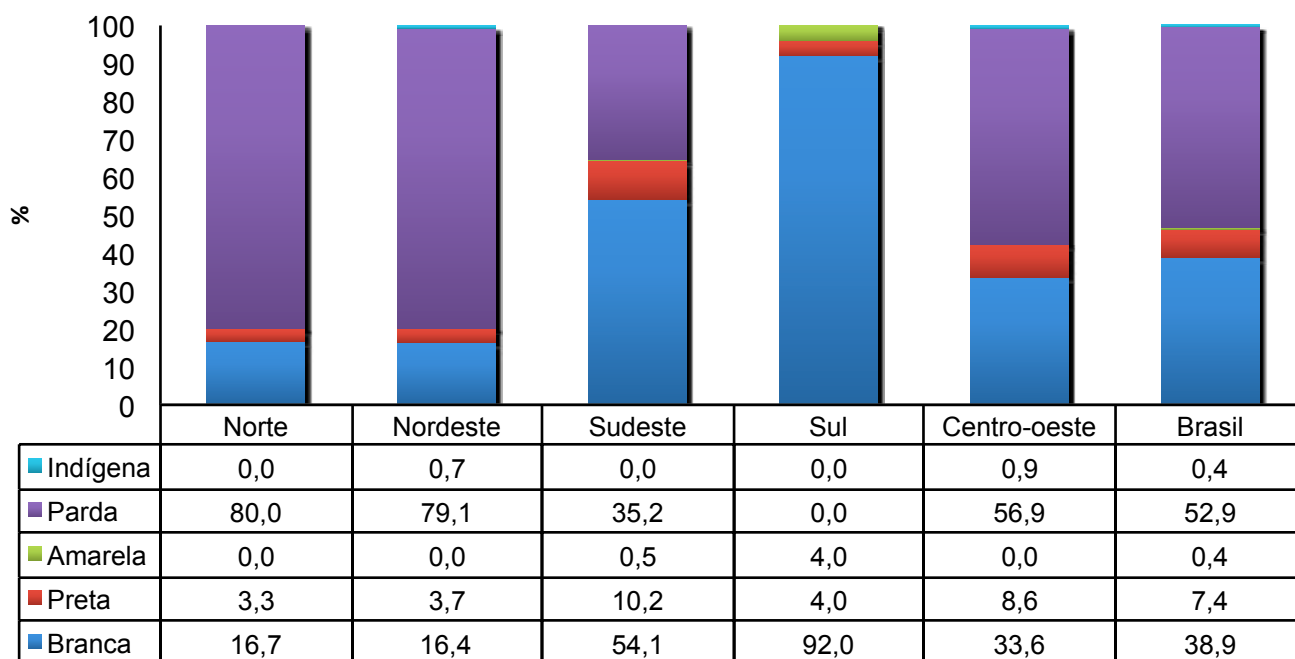
a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.

Tabela 13 – Taxa de mortalidade por dengue (por 100 mil hab.), segundo a variável raça/cor. Brasil, região e Unidades da Federação de residência, 2013^a

UF de residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
Norte	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0
Rondônia	0,4	0,0	0,0	0,3	0,0
Acre	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pará	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Amapá	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0
Tocantins	0,6	0,0	0,0	0,4	0,0
Nordeste	0,1	0,1	0,0	0,3	0,4
Maranhão	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0
Piauí	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Ceará	0,2	0,0	0,0	0,9	4,4
Rio Grande do Norte	0,1	1,1	0,0	0,4	0,0
Paraíba	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0
Pernambuco	0,2	0,2	0,0	0,4	0,0
Alagoas	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Sergipe	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Bahia	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Sudeste	0,2	0,3	0,1	0,2	0,0
Minas Gerais	0,5	0,4	0,0	0,3	0,0
Espírito Santo	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0
Rio de Janeiro	0,2	0,3	0,0	0,2	0,0
São Paulo	0,2	0,2	0,2	0,1	0,0
Sul	0,1	0,1	0,5	0,0	0,0
Paraná	0,3	0,3	0,7	0,0	0,0
Santa Catarina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio Grande do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Centro-Oeste	0,7	0,9	0,0	0,9	0,7
Mato Grosso do Sul	1,2	1,5	0,0	1,0	1,3
Mato Grosso	0,6	0,8	0,0	0,9	0,0
Goiás	0,7	1,3	0,0	1,1	0,0
Distrito Federal	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Brasil	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2

Fonte: SIM/SVS/MS.

a) Dados provisórios para 2013, sujeitos a revisão.



Fonte: SIM/SVS/MS.

a) Dados provisórios, sujeitos a revisão.

Figura 17 – Distribuição percentual de óbitos por dengue, conforme a variável raça/cor, segundo macrorregiões e Brasil, 2013^a

Além disso, a fonte utilizada para esta análise foi o Sinan, que não possui dados suficientes que permitam inferir que existem desigualdades no acesso aos serviços de saúde ou condições inadequadas e inoportunas de tratamento devido à raça/cor da população, que poderiam levar o indivíduo a óbito, mesmo que os dados apontem maiores percentuais de óbitos em negros no Brasil e mais especificamente nas regiões Norte e Nordeste.

A ocorrência de óbito, na maioria das vezes, pode ser evitada; a elevada ocorrência de óbitos por dengue no Brasil pode ser resultante da baixa qualidade da assistência, causada por deficiências na organização dos serviços de saúde e no manejo clínico dos casos.¹⁴ Alguns aspectos, como a não utilização dos protocolos de classificação de risco e condução inadequada do manejo clínico, na identificação tardia dos sinais de agravamento e baixa qualidade da assistência prestada ao paciente com suspeita de dengue, são apontados como envolvidos na ocorrência de óbitos. Além disso, barreiras geográficas e econômicas não parecem justificar a ocorrência de óbitos.⁹

Malária

Para quantificar o risco de contrair malária no Brasil, utiliza-se a incidência parasitária anual (IPA) de malária, sendo classificado como alto (≥ 50 casos/mil hab.), médio (10 a 49,9 casos/mil hab.) e baixo risco (< 10 casos/mil hab.).

Em 2013, nas UF que compõem a Amazônia Legal foi registrada uma IPA de 6,3. A maior incidência de malária ocorreu na população indígena, com aproximadamente 64 casos para cada mil habitantes, único grupo classificado como de alto risco, enquanto a incidência em negros foi de 6,2 (sendo 6,4 para pardos e 4,4 para pretos) (Tabela 14).

O acesso ao diagnóstico de forma oportuna com instituição imediata de tratamento é uma estratégia usada para evitar casos graves e óbitos e tem papel essencial na redução da transmissão de malária, por interromper a cadeia de transmissão da doença. Dados relacionados a esta importante estratégia de oferta de serviços à população estão descritos na Tabela 15, na qual consta a proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em até 48 horas a partir do início dos sintomas (Tabela 15).

Tabela 14 – Taxa de incidência parasitária anual (IPA) (por mil hab.) de malária, segundo a variável raça/cor. Unidades da Federação e Amazônia Legal, 2013^a

UF	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Total
Acre	0,9	17,5	16,5	54,9	33,6	43,5
Amazonas	18,8	5,0	117,7	16,5	17,4	20,0
Amapá	27,7	9,0	84,1	20,1	19,9	18,4
Maranhão	0,1	–	–	0,1	0,1	0,1
Mato Grosso	0,4	0,2	0,8	0,4	0,4	0,4
Pará	2,9	1,1	65,5	3,4	3,1	3,2
Rondônia	9,2	4,3	30	9,3	7,5	8,0
Roraima	14,3	4,9	13,9	8,3	11,8	9,9
Tocantins	–	–	–	0,0	–	0,0
Amazônia Legal	4,6	2,1	63,7	6,4	4,4	6,3

Fonte: Sistema de Vigilância Epidemiológica de Malária (Sivep-Malária), SVS/MS.

a) Dados preliminares para 2013.

Nota: Entre as categorias de raça/cor, temos verde, para melhor situação, e vermelho, para pior situação.

Tabela 15 – Casos de malária (%) que iniciaram tratamento em até 48 horas a partir do início dos sintomas, segundo a variável raça/cor. Unidades da Federação e Amazônia Legal, 2013^a

UF de residência	Ignorado	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Total
Acre	–	66,7	78,7	67,4	80,5	82,3	80,3
Amazonas	20,7	58,4	55,7	58,4	57,5	61,4	56,5
Amapá	–	47,7	48,9	78,4	45,7	47,8	47,8
Maranhão	–	44,7	50,4	40,0	40,8	47,7	42,9
Mato Grosso	–	16,7	47,4	57,1	57,4	35,0	52,6
Pará	–	46,9	50,1	78,9	53,7	59,4	55,2
Rondônia	50,5	63,7	52,6	71,0	52,2	60,8	53,6
Roraima	82,3	59,8	52,9	82,1	47,6	57,2	55,7
Tocantins	–	–	–	–	11,5	–	10
Amazônia Legal	34,7	55,8	57,3	61,3	59,8	60,7	59,3

Fonte: Sivep-Malária, SVS/MS.

a) Dados preliminares para 2013.

Nota: Entre as categorias de raça/cor, temos verde, para melhor situação, e vermelho, para pior situação.

A melhor oportunidade de tratamento foi encontrada entre os indígenas e a pior entre os indivíduos da raça amarela, entretanto não foi possível estabelecer uma relação entre a oferta deste serviço e a variável raça/cor, devido à ampla variação identificada ao se realizar a análise por estado.

No ano de 2013, foram registrados 31 óbitos por malária nas UF da Amazônia Legal, sendo que o maior número de óbitos ocorreu em indivíduos pardos, com 23 óbitos, não havendo

registro de óbitos para a raça/cor amarela. A letalidade por malária tem permanecido similar entre as categorias populacionais (Tabela 16).

A evolução para casos graves e óbitos está, em geral, associada a um retardo no diagnóstico e na instituição de tratamento adequado, levando a um aumento da parasitemia e de complicações da doença. A suspeição da doença deve ser feita em todos os casos febris provenientes de área com transmissão de malária.

Tabela 16 – Letalidade por malária, segundo a variável raça/cor. Unidades da Federação e Amazônia Legal, 2013^a

UF	Branca	Indígena	Parda	Preta	Total
Acre	0,03	0,00	0,01	0,00	0,01
Amazonas	0,05	0,01	0,00	0,00	0,01
Amapá	0,00	0,00	0,04	0,00	0,03
Maranhão	0,00	–	0,22	3,03	0,37
Mato Grosso	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pará	0,00	0,00	0,03	0,00	0,02
Rondônia	0,04	0,00	0,03	0,00	0,03
Roraima	0,00	0,00	0,16	0,27	0,12
Tocantins	–	–	0,00	–	0,00
Amazônia Legal	0,03	0,01	0,02	0,02	0,02

Fonte: SIM/SVS/MS.
a) Dados preliminares para 2013.

HIV/aids, sífilis congênita e hepatites virais

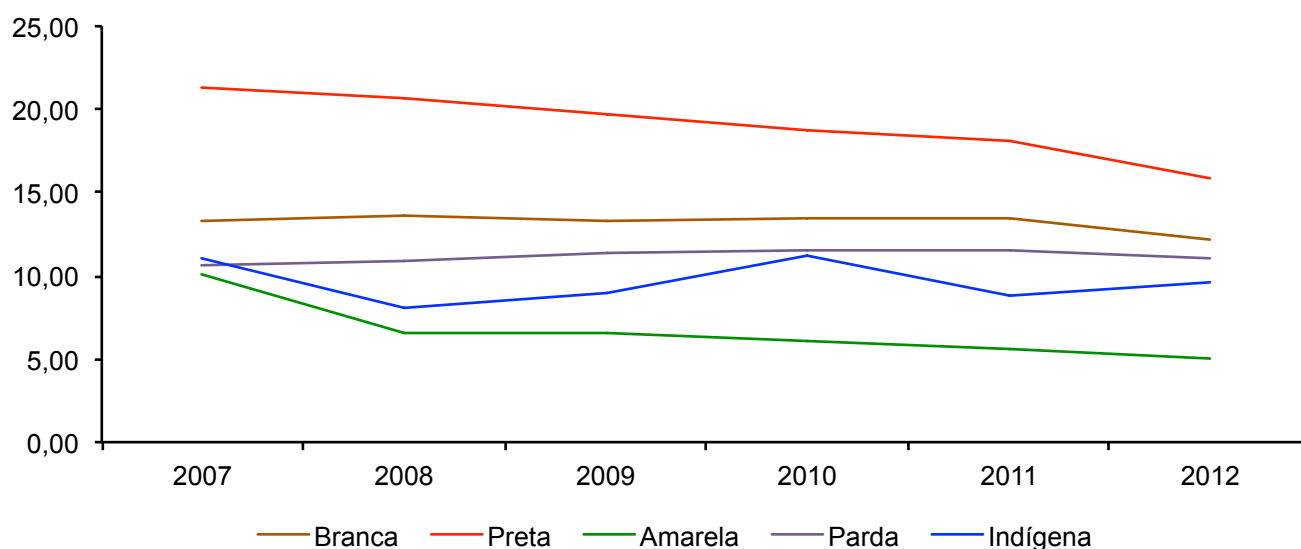
No Boletim Epidemiológico do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), a taxa de detecção da aids é calculada, a cada ano, a partir do relacionamento probabilístico dos seguintes bancos de dados: Sinan, Siscel, Siclom e SIM. Isso é feito no intuito de corrigir a subnotificação de casos no Sinan, que gira em torno de 30% nos últimos anos. No entanto, os demais sistemas (à exceção do SIM), não possuem a informação de raça/cor. Assim, para análise nesta publicação, que volta sua atenção às desigualdades por raça/cor, foram geradas taxas a partir, apenas, do número de notificações no Sinan.

Para os demais agravos, não é feito esse processo de relacionamento de banco de dados.

No entanto, os percentuais de notificações no Sinan nas quais não consta a informação de raça/cor, mesmo que apresentem tendência de queda, ainda são significativos. Assim, também nesse caso, as taxas foram produzidas para efeito de comparação entre as cinco categorias de raça/cor, excluindo-se da análise as notificações com essa informação ignorada. Portanto, da mesma forma, as taxas globais, superiores por incluírem todos os casos do Sinan, não são apresentadas, podendo ser consultadas nas publicações do DDAHV.

HIV/Aids

Na Figura 18, são apresentadas as taxas de detecção de aids, por raça/cor, de 2007 a 2012. Pode-se observar que as taxas são maiores na



Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Numerador: casos notificados no Sinan, com raça/cor conhecida. Denominador: estimativas populacionais por raça/cor, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2007 a 2012.

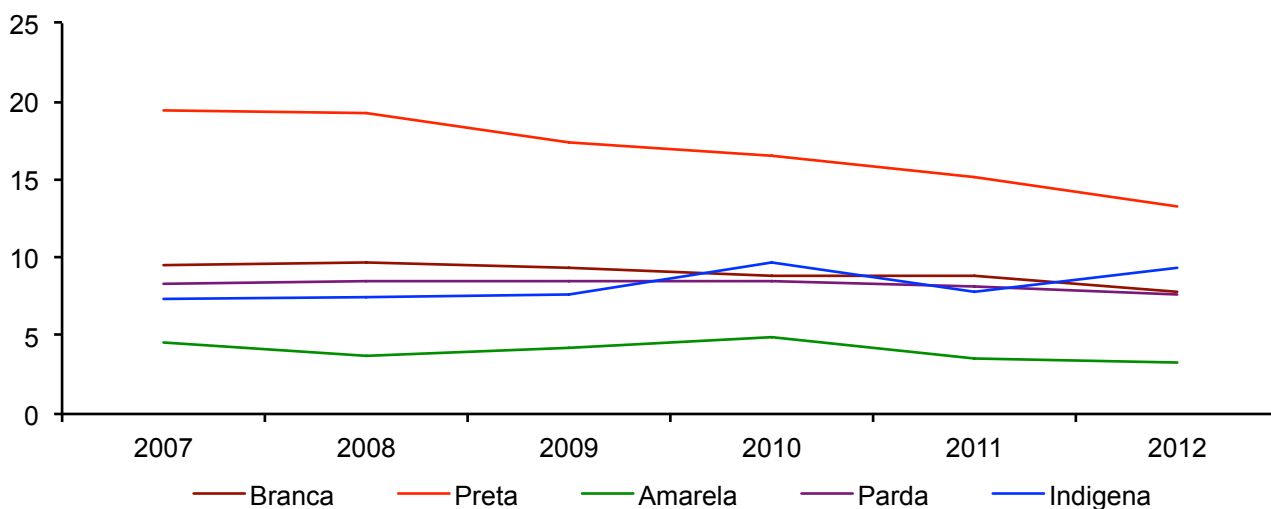
Figura 18 – Taxas de detecção^a (por 100 mil hab.) de aids, segundo a variável raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2012

população preta do que nos demais grupos. A diferença entre as taxas dessa população e as das demais vem diminuindo, bem como há uma tendência de queda geral; no entanto, em 2012, a detecção nos pretos foi de 15,8/100 mil hab., 30,6% maior que a nos brancos, de 12,1/100 mil hab. Nesse mesmo ano, as taxas em pardos, indígenas e amarelos foram de 11,0, 9,7 e 5,0/100 mil hab., respectivamente.

As taxas de mortalidade são mais elevadas entre os pretos, sugerindo uma menor cobertura diagnóstica

e/ou maiores dificuldades em acessar serviços especializados e tratamento oportuno e adequado.

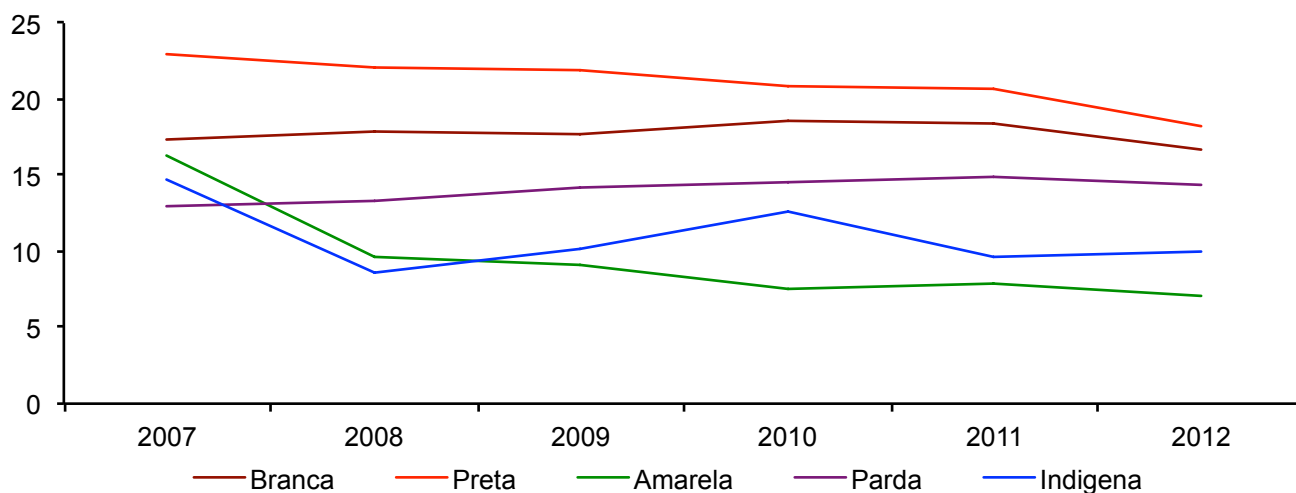
A discrepância se acentua quando analisamos as taxas nas raças para o sexo feminino. Como se pode observar nas Figuras 19 e 20, em ambos os sexos as taxas são maiores na população preta; no entanto, para os homens a detecção em pretos é, em média, 26,5% maior que em brancos (grupo com a segunda maior detecção); em mulheres, a taxa para as pretas é quase o dobro (em média, 94,8% maior) da verificada para as brancas.



Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Numerador: casos notificados no Sinan, com raça/cor conhecida. Denominador: estimativas populacionais por raça/cor, IBGE, 2007 a 2012.

Figura 19 – Taxas de detecção^a (por 100 mil hab.) em indivíduos do sexo masculino, segundo a variável raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2012



Fonte: Sinan/SVS/MS.

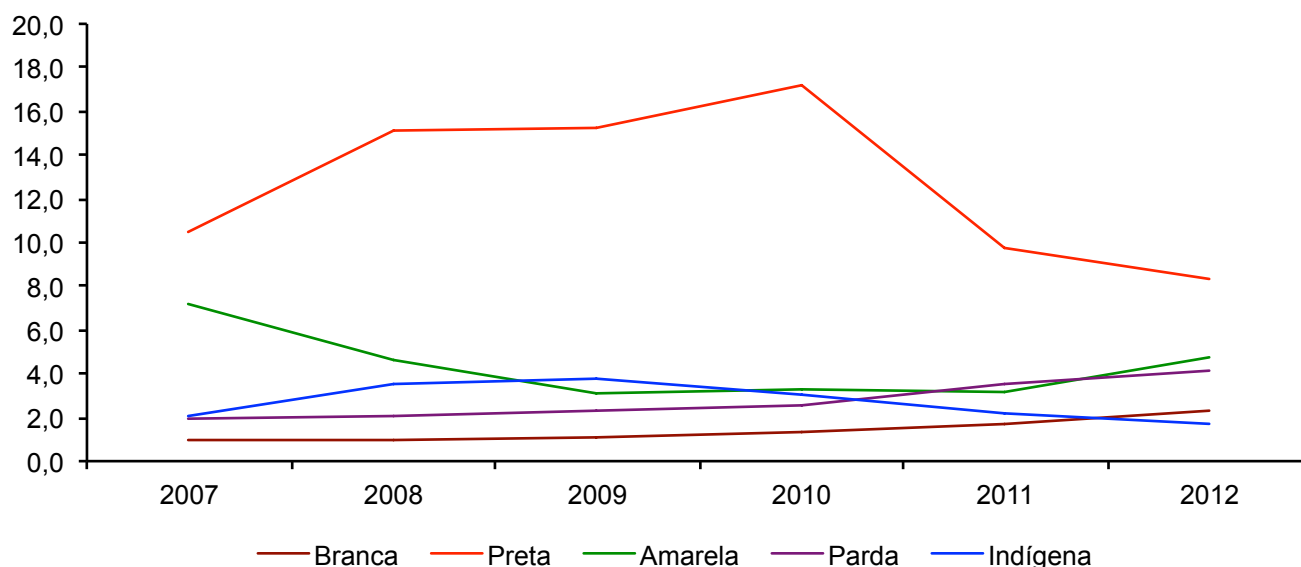
a) Numerador: casos notificados no Sinan, com raça/cor conhecida. Denominador: estimativas populacionais por raça/cor, IBGE, 2007 a 2012.

Figura 20 – Taxas de detecção^a (por 100 mil hab.) em indivíduos do sexo feminino, segundo a variável raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2012

Sífilis congênita

Na Figura 21, são apresentadas as taxas de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano, por raça/cor da mãe. Assim como no caso da aids, as taxas são bastante superiores

em filhos de mães pretas, sendo a diferença ainda mais acentuada: a incidência no período de 2007 a 2012 foi, em média, quase 10 vezes (95% superior) a taxa em nascidos de mães brancas.



Fonte: Sinan/SVS/MS; Sinasc/SVS/MS.

a) Numerador: casos notificados no Sinan de sífilis congênita, por raça/cor da mãe. Denominador: Nascidos vivos registrados no Sinasc, por raça/cor da mãe, excluindo-se os ignorados.

Figura 21 – Taxa de incidência (por mil nascidos vivos) de sífilis congênita, segundo a variável raça/cor da mãe. Brasil, 2007 a 2012

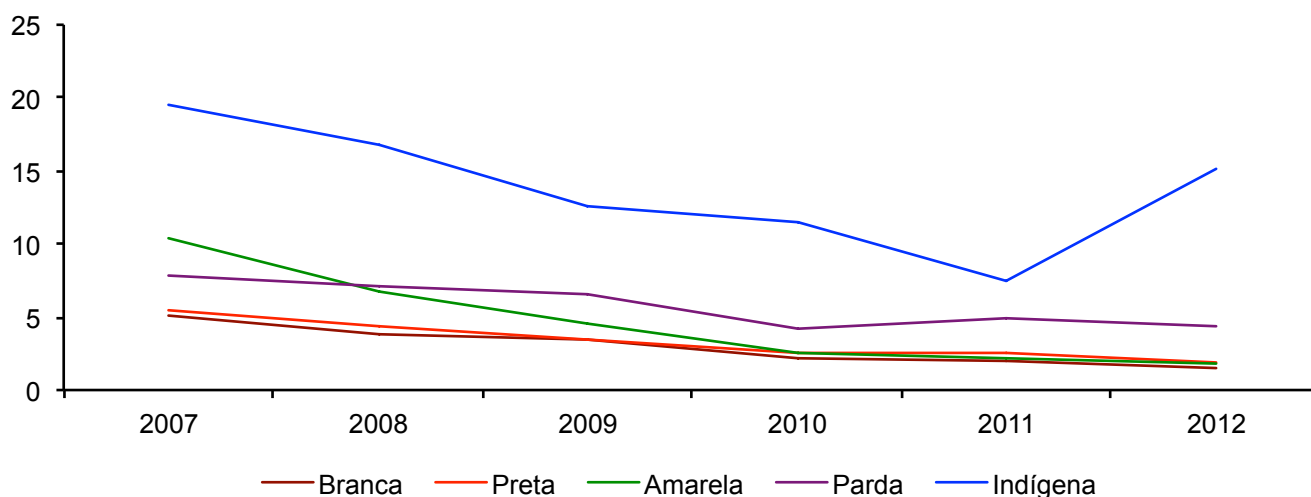
A sífilis congênita é uma doença evitável, desde que a mãe seja diagnosticada e adequadamente tratada durante o pré-natal. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2010/2011, com aproximadamente 40 mil parturientes, mostrou que 98,5% haviam realizado o pré-natal (pelo menos uma consulta), sendo que em torno de 70% haviam feito seis consultas ou mais e 20%, quatro ou cinco consultas. As parturientes pretas apresentaram o menor percentual de cobertura, 96,3%, que, no entanto, é uma cobertura alta, não justificando as elevadas taxas de sífilis congênita nessa população. Estes valores sugerem que as falhas estão na qualidade, e não na cobertura, do pré-natal, sendo possíveis problemas: não oferta de testes (o ministério preconiza a realização de pelo menos dois durante a gestação, sendo um na primeira consulta e outro no início do terceiro trimestre); a oferta tardia, com diagnóstico no final da gestação, que pode não evitar a ocorrência da doença no neonato; a não oferta do tratamento;

o tratamento tardio ou inadequado; o não tratamento do parceiro, levando à reinfeção.

Hepatite A

A hepatite A (bem como a E) apresenta um perfil diferente das demais hepatites virais, HIV/aids, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Trata-se de uma doença infectocontagiosa de transmissão fecal-oral; assim, com a gradativa melhora das condições de saneamento no Brasil, sobretudo com a expansão do acesso à água encanada e rede de esgotos, sua incidência vem diminuindo continuamente. Em julho de 2014, o Ministério da Saúde passou a incluir a vacina contra hepatite A no calendário de vacinação infantil, sendo recomendada para crianças na faixa etária de 12 meses a 2 anos incompletos.

Na Figura 22, são apresentadas as taxas de incidência da hepatite A por raça/cor. Observa-se que as taxas são superiores na população indígena, seguida da parda. Nos últimos anos as taxas de brancos, pretos e amarelos são próximas.



Fonte: Sinan/SVS/MS.

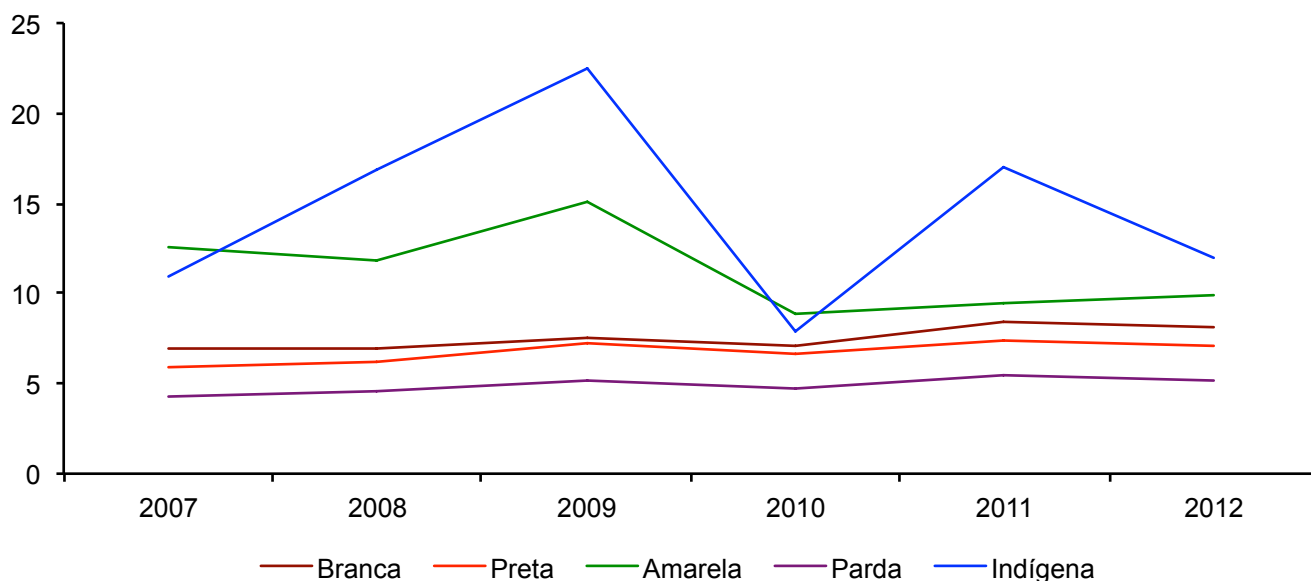
a) Numerador: casos notificados no Sinan, com raça/cor conhecida, confirmados segundo critérios laboratorial (Anti-HAV IgM reagente) ou clínico-epidemiológico. Denominador: estimativas populacionais por raça/cor, IBGE, 2007 a 2012.

Figura 22 – Taxa de incidência (por 100 mil hab.) de hepatite A^a, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2007 a 2012

Hepatites B e D

Quanto à hepatite B, os dados provenientes do Sinan de Hepatites Virais reiteram o que alguns

estudos vêm sugerindo: uma elevada circulação do vírus entre algumas populações, em especial na região Norte (Figura 23).



Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Numerador: casos notificados no Sinan, com raça/cor conhecida, considerados casos confirmados, ou seja, aqueles que apresentaram pelo menos um dos seguintes marcadores sorológicos reagentes: HBsAg ou anti-HBcIgM ou HBeAg. Denominador: estimativas populacionais por raça/cor, IBGE, 2007 a 2012.

Figura 23 – Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite B^a, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2007 a 2012

As taxas em indígenas são maiores, apesar de apresentarem algumas flutuações, devido ao reduzido número de casos – em 2010, houve uma queda inesperada na notificação nessa população, que passou de 189, em 2009, para 67 casos naquele ano; em 2011, foram 146 casos.

O vírus da hepatite D apresenta uma peculiaridade: trata-se de um vírus “defectivo”, incapaz de produzir envelope próprio, necessitando da presença do vírus B para sua replicação. Assim, só é capaz de infectar indivíduos já portadores do vírus da hepatite

B. Com isso, sua prevalência é inferior, sendo pequeno o número de notificações anuais. O número total de casos notificados de 1999 a 2013 foi de 2.892 (Tabela 17).

Como se pode observar, os casos em indígenas correspondiam a 9,1% do total de casos. No mesmo período, a população indígena representava aproximadamente 0,43% da população brasileira.

Tabela 17 – Casos confirmados de hepatite D^a (número e percentual, excluindo-se ignorados), segundo a variável raça/cor. Brasil, 1999 a 2013

Raça/cor	Total	
	n*	%
Branca	500	20,1
Preta	146	5,9
Amarela	41	1,6
Parda	1.578	63,3
Indígena	227	9,1
Subtotal	2.492	100,0
Ignorado/em branco	400	–
Total	2.892	–

Fonte: Sinan/SVS/MS.

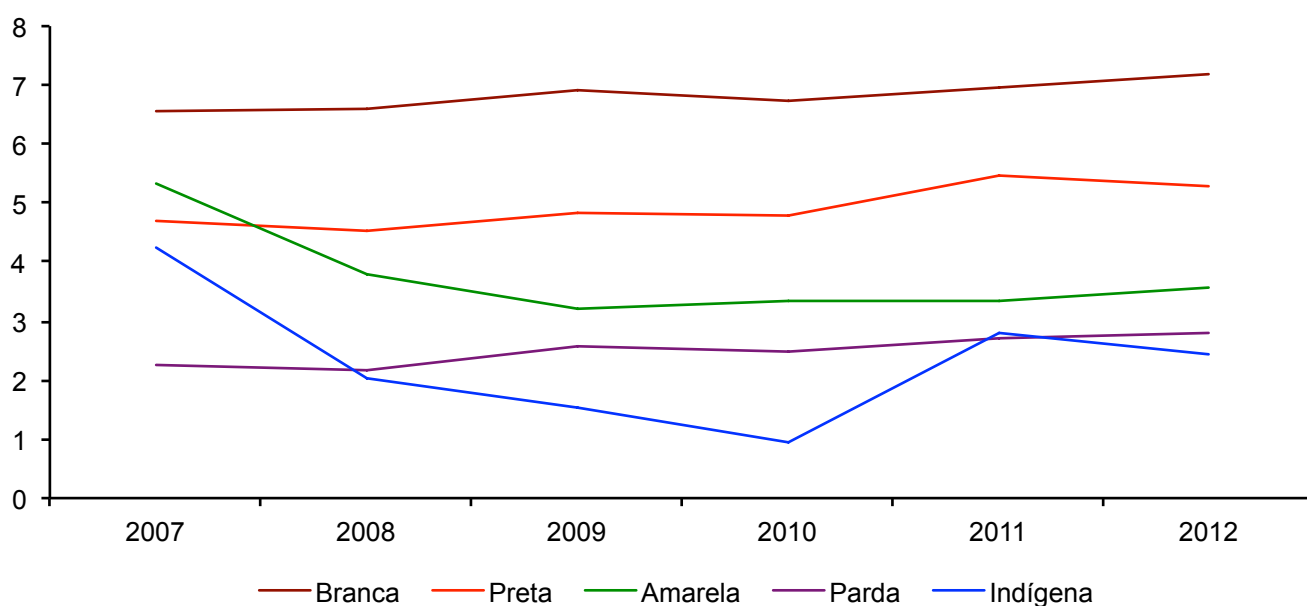
a) Aqueles que apresentaram pelo menos um dos seguintes marcadores sorológicos: HBsAg ou anti-HBcIgM ou HBeAg e anti-HDV total ou anti-HDV IgM.

Hepatite C

A hepatite C tem um perfil de transmissão diferente, sendo bem menos frequente a transmissão sexual do que para a hepatite B e o HIV. A forma predominante é pela exposição parenteral, seja pela transfusão sanguínea – especialmente antes de 1993, quando foi adotada

a triagem da hepatite em doadores – ou pelo compartilhamento de materiais no uso de drogas injetáveis (principalmente), inaláveis ou *crack*.

Na Figura 24, podemos observar que as maiores taxas são registradas entre os brancos, seguidos de pretos, amarelos, pardos e indígenas.



Fonte: Sinan/SVS/MS.

a) Numerador: casos notificados no Sinan, com raça/cor conhecida, considerados casos confirmados, ou seja, aqueles que apresentaram os testes anti-HCV e HCV-RNA reagentes. Denominador: estimativas populacionais por raça/cor, IBGE, 2007 a 2012.

Figura 24 – Taxa de detecção (por 100 mil hab.) de hepatite C^a, segundo a variável raça/cor. Brasil, 2007 a 2012

Informações de Saúde do Trabalhador

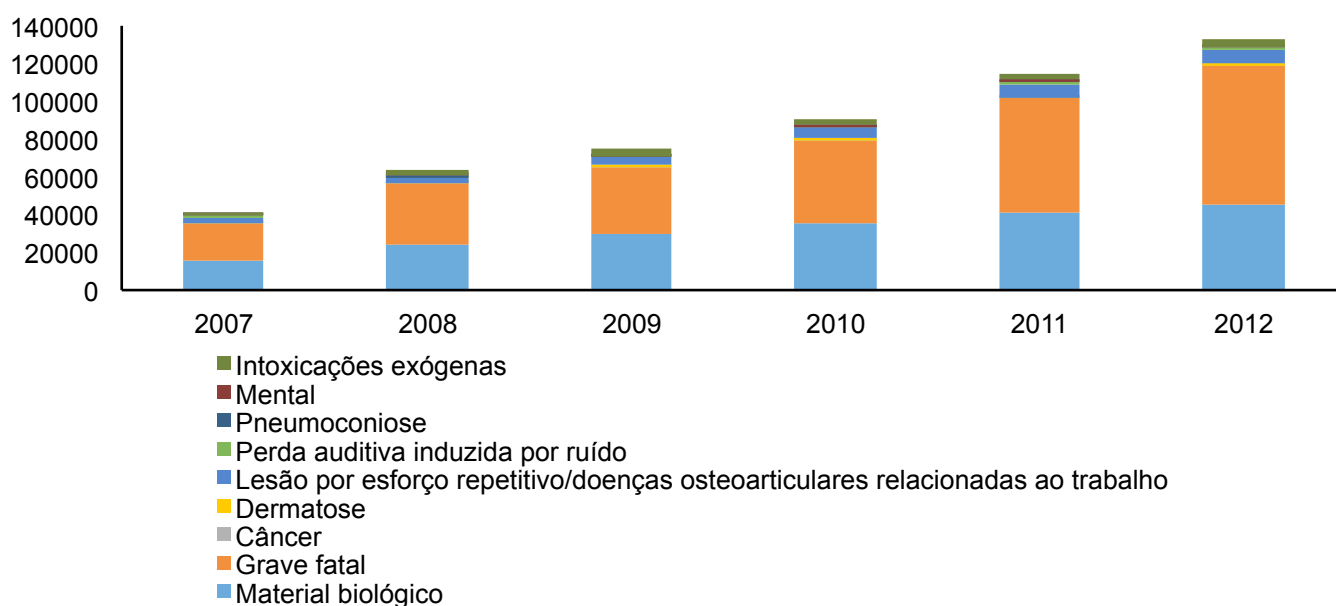
Os principais agravos e doenças monitorados pela Vigilância em Saúde do Trabalhador, previstos como de notificação compulsória, pertencem ao conjunto de agravos listados inicialmente na Portaria GM/MS nº 777/2004 e constantes da Portaria nº 104/2011 no Anexo I, Lista de Notificação Compulsória (25. Intoxicação Exógena), e Anexo III, Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas, a saber:

- acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
- acidente de trabalho grave e fatal;
- câncer relacionado ao trabalho;
- dermatoses ocupacionais;
- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
- Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionada ao trabalho;
- pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
- Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT).

As notificações dos agravos anteriormente relacionados no Sinan apresentam para os anos de 2007 a 2012 um incremento gradativo da sua frequência absoluta (Figura 25).

Até o ano de 2012, 76,95% dos municípios brasileiros já apresentam informações no Sinan de pelo menos um agravo ou doença relacionada ao trabalho entre os anos de 2007 e 2012. Ocorreu uma variação positiva de 20,6% para o período de 2007 (30,2% dos municípios com notificação) a 2012 (51,8%) do percentual para um único ano. Esta evolução é resultado do processo contínuo de implantação da notificação dos agravos no Sinan e está vinculada à melhora da capacidade da rede de atenção à saúde em identificar esses casos nos diversos âmbitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise inicial aponta a forte concentração das notificações nos agravos: Acidentes Graves e Fatais (incluindo em crianças e adolescentes) e Acidentes por Exposição a Material Biológico (Figura 25).



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 25 – Notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo tipo de agravo/doença. Brasil 2007-2012

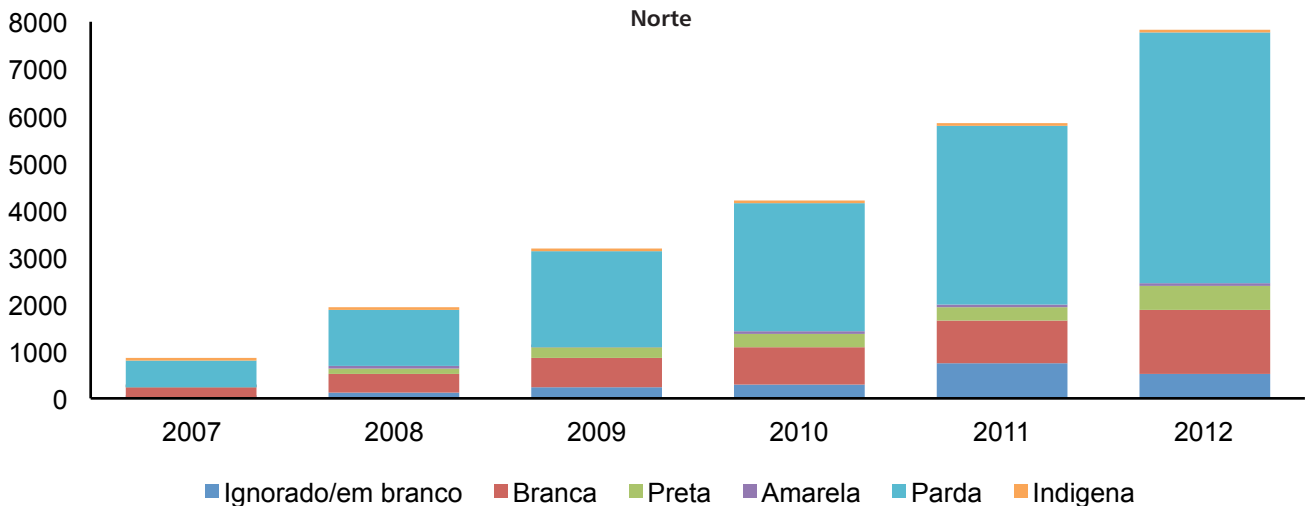
A desagregação das informações de notificações por raça/cor para os agravos e doenças relacionados ao trabalho foi avaliada a partir de dois critérios: o primeiro se relaciona à distribuição regional das notificações e como se distribui o critério raça/cor; o segundo diz respeito ao percentual de preenchimento

do campo para a avaliação de critérios de completude.

A distribuição das frequências das notificações por região se faz necessária para não haver erros induzidos, para análise do critério raça/cor, em virtude da forte concentração das notificações na região Sudeste.

Foi tabulado um total de 518.544 notificações do banco do Sinan (data de acesso: junho de 2013), correspondendo aos anos de 2007 a 2012. Apresenta-se a evolução das notificações ao longo do período analisado, desagregando-se por raça/cor. As regiões Sudeste e Centro-Oeste são as que apresentaram o maior percentual de preenchimento ignorado, e as regiões Norte e Sul, os menores.

A região Norte apresenta uma concentração maior de população parda (66%, todo o período) das notificações e apenas 8,43% do campo preenchido com ignorado/branco. Apresenta também um forte incremento das notificações, principalmente após o ano de 2010, destacando-se o aumento das notificações no ano de 2012 em relação ao ano anterior (Figura 26).

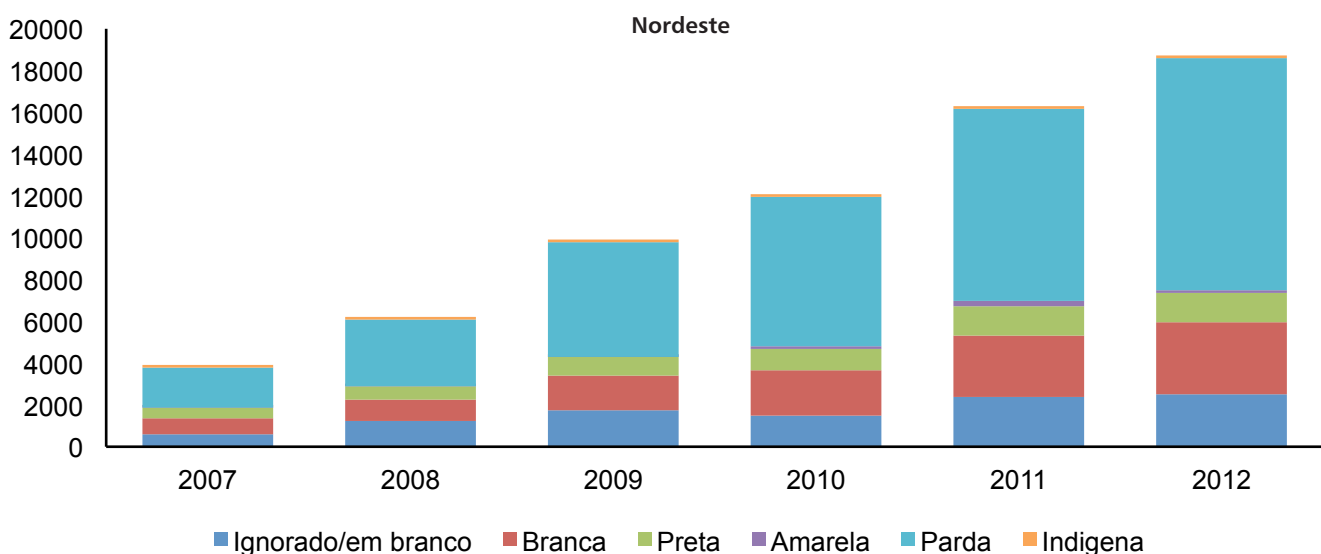


Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 26 – Notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo a variável raça/cor. Região Norte, 2007-2012

A região Nordeste apresenta uma concentração das notificações para a população parda de 56,92%, e 15,11% com preenchimento

ignorado/branco. Destaca-se o forte aumento de notificações nos anos de 2009, 2011 e 2012 (Figura 27).

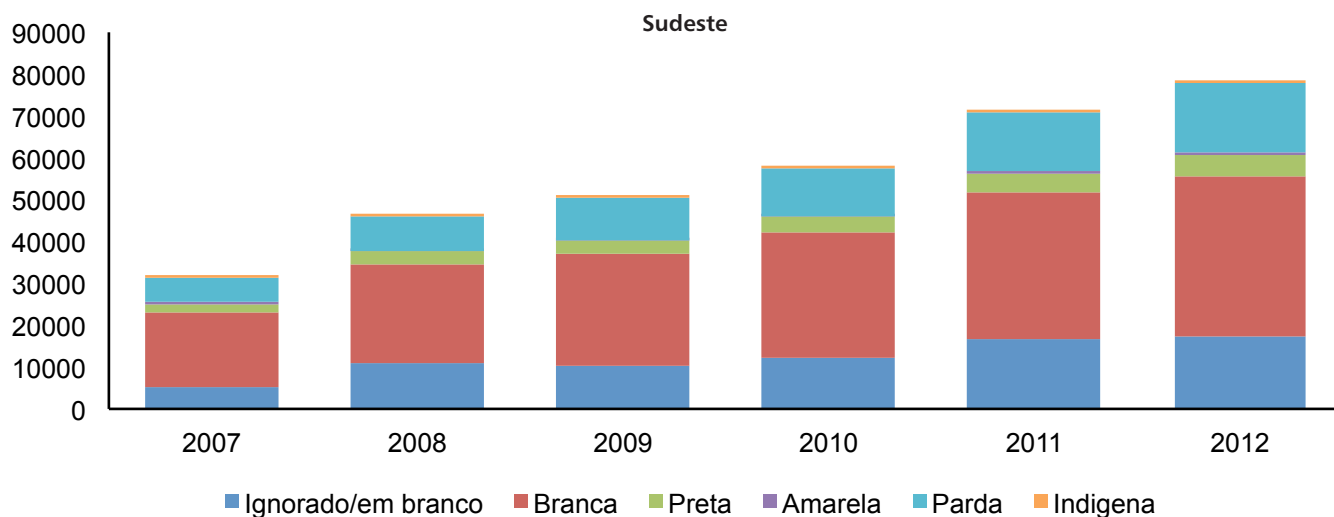


Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 27 – Notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo a variável raça/cor. Região Nordeste, 2007-2012

A região Sudeste concentra o maior número de notificações para a série de agravos analisados. Para o período, 51,12% das notificações foram preenchidas para a população branca, e o campo ignorado/branco

foi preenchido com 21,95% das notificações. Há um incremento gradual das notificações, com apenas dois recortes mais agudos: para o ano de 2008 em relação ao ano anterior; e para o ano de 2011 em relação a 2010 (Figura 28).

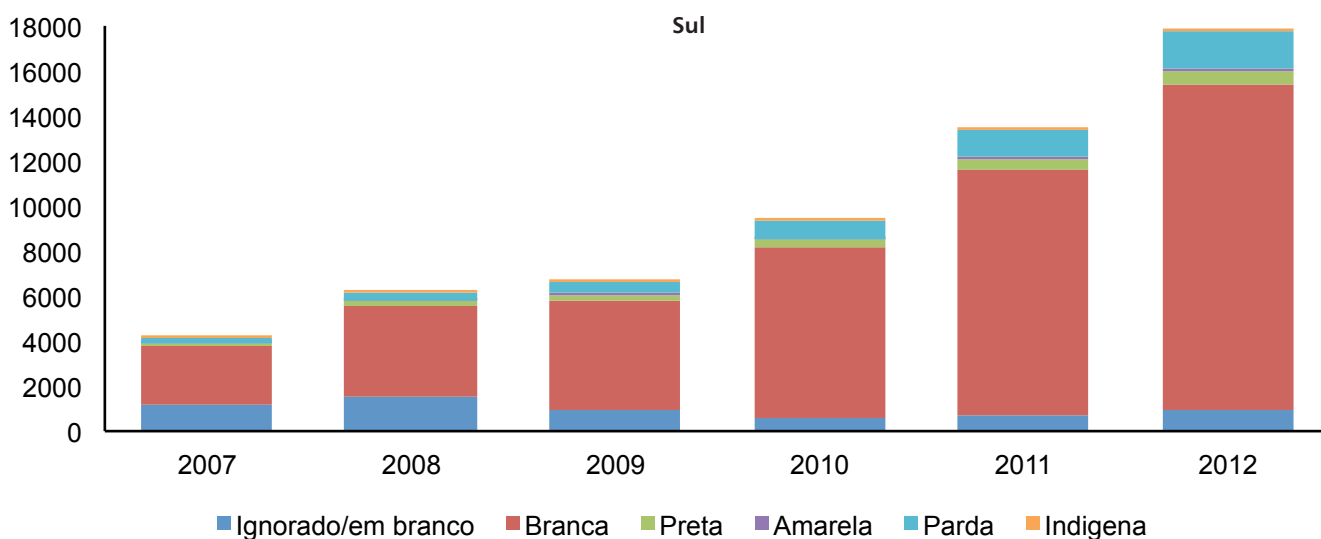


Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 28 – Notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho segundo a variável raça/cor. Região Sudeste, 2007-2012

Na região Sul, 77% das notificações foram da população branca, e o item ignorado/branco representou 10,17%. Em relação à frequência das notificações para a região, há

um incremento significativo a partir do ano de 2010, com forte aumento das notificações no ano de 2012 (Figura 29).

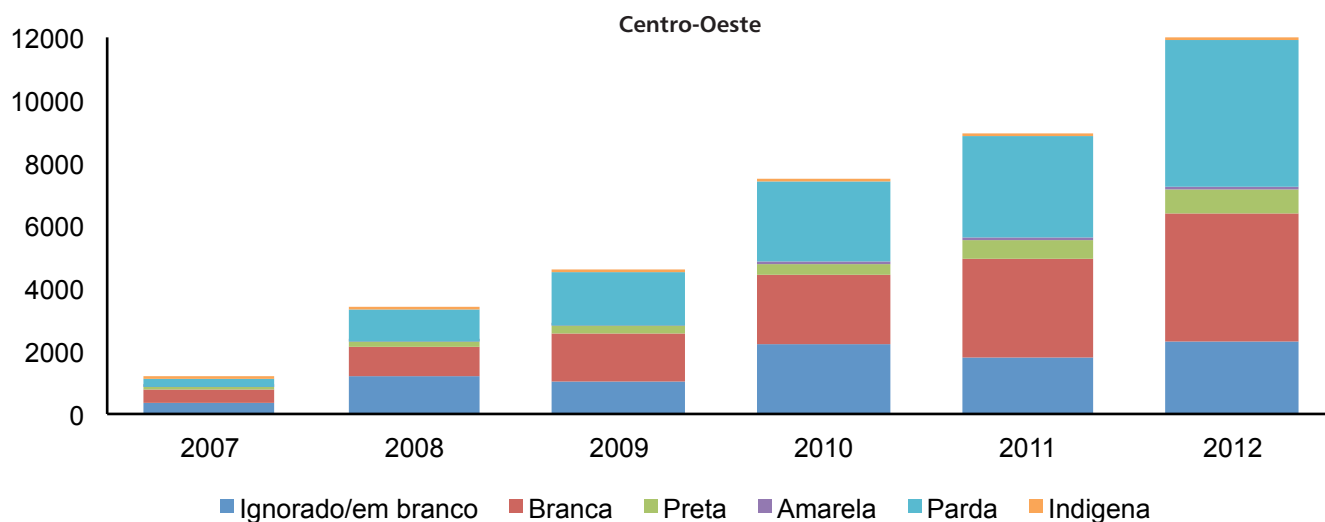


Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 29 – Notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho segundo a variável raça/cor. Região Sul, 2007-2012

Quanto à região Centro-Oeste, 35,96% das notificações foram para população parda e

32,82% para branca; o percentual de ignorado/branco foi de 24,08% (Figura 30).



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 30 – Notificação de agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo a variável raça/cor. Região Centro-Oeste, 2007-2012

Considerações finais

Neste estudo, aprecia-se a importância da análise epidemiológica desagregada pelas categorias de raça/cor, mostrando-se as diferenças quando analisados indicadores de nascimento, mortalidade e morbidade. Alguns destes indicadores são mais impactantes quando desagregados por sexo e faixa etária.

No decorrer dos anos, os dados coletados pelos diversos sistemas de informação a partir das notificações da ocorrência dos eventos estão ficando mais precisos, observando-se os resultados

do grande investimento que o Ministério da Saúde faz para obter informações com cobertura nacional e de alta qualidade, em parceria com as SMS e SES do país.

As diferenças encontradas podem estar relacionadas não somente com a saúde, mas com outros determinantes que sobre ela exercem impacto direto, como educação, renda e cultura, entre outros.

Este estudo analisou as principais doenças e agravos que mais acometem a população do país, o que contribuirá para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde.

Referências

1. Braz RVIM, Oliveira PTR, Reis AT, Machado NMS. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Saude Debate. 2013 out-dez;37(99):554-62.
2. Araújo CL, Silva RX. Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil. In: Popolo F, Pinto da Cunha EMG, Ribotta B, Azevedo M, coordenadores. Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes [Internet]. Rio de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población; 2011 [citado 2014 oct 22]. p. 151-76. (Serie Investigaciones; 12). Disponible en: http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/serie12/Serie12_Art8.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância de saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Capítulo 6, Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010; p. 163-82.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jan 26; Seção 1:37.
8. Batista LE, Werneck J, Lopes F. Saúde da população negra. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
9. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). O perfil da extrema pobreza no Brasil com base nos dados preliminares do universo do Censo 2010: Nota MDS, 02 de maio de 2011. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2011.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2015 jan 30]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4. ed. Brasília: IPEA; 2011.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue [citado 2015 fev 23]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/20/plano-contingencia-dengue-19jan15-web.pdf>
13. Halstead SB. Dengue in the Americas and Southeast Asia: do they differ? Rev Panam Salud Publica. 2006;20(6):407-15.
14. Figueiró AC, Hartz ZMA, Brito CAA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da região Nordeste, Brasil, 2008. Cad Saude Publica. 2011 dez;27(12):2373-85.