

# Boletim CEInfo Análise

Ano XV / nº18



## Raça/Cor: Olhar da Saúde da População Negra



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE

© Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

“Boletim CEInfo Análise – Raça/cor: Olhar da Saúde da População Negra”, Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo | SMS | PMSP

Boletim Nº 18 | Julho 2020 | Versão eletrônica

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra desde que citada a fonte

## **PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Bruno Covas

## **SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

Edson Aparecido dos Santos

## **SECRETÁRIA ADJUNTA**

Edjane Maria Torreão Brito

## **CHEFE DE GABINETE**

Armando Luis Palmieri

## **DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA**

Maria Cristina Honório dos Santos

## **COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMAÇÃO | CEInfo**

Roberto Tolosa Junior

## **COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | COVISA**

Solange Maria de Saboia e Silva

## **Elaboração**

### **Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo**

Breno Souza de Aguiar - Geoprocessamento e Informações Socioambientais

Cassia Carlin Malteze - Sistema de Informação sobre Mortalidade / PRO-AIM

Eliana de Aquino Bonilha - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Eneida Ramos Vico - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Iracema Ester do Nascimento Castro - Sistema de Informação sobre Mortalidade / PRO-AIM

Marcelo Antunes Failla - Geoprocessamento e Informações Socioambientais

Mirna Namie Okamura - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos - Educação Permanente e Disseminação de Informação

### **Coordenação da Atenção Básica**

Adalberto Kiochi Aguemi - Saúde da Mulher

Carlos Eduardo Pereira Vega - Saúde da Mulher

Caroline Borges da Cunha (estagiária) - Saúde da População Negra

Daniela Wenzel - Saúde Nutricional

Jeniffer Caroline de Melo Turi Cancherini - Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência

Lucia Helena da Silva - Bolsa Família

Valdete Ferreira dos Santos - Saúde da População Negra

### **Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA**

Carmen Helena Seoane Leal - Divisão de Vigilância Epidemiológica / NDANT

Débora Moraes Coelho - Divisão de Vigilância Epidemiológica / IST, Aids e Sífilis Congênita

Maria Lúcia Aparecida Scalco - Divisão de Vigilância Epidemiológica / NDANT

Mariangela Medina Brito - Divisão de Vigilância Epidemiológica / Tuberculose  
Mario Rubens Amaral de Jesus - Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador  
Natalia Gaspareto - Divisão de Vigilância Epidemiológica / NDANT  
Renata Scanferla Siqueira - Divisão de Vigilância Epidemiológica / NDANT  
Rita de Cássia Bessa dos Santos - Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador  
Ruy Paulo D'Elia Nunes - Divisão de Vigilância Epidemiológica / NDANT

#### **Ouvidoria Central da Saúde / Coordenadoria de Controle Interno**

Benedicto Accacio Borges Neto - Divisão de Ouvidoria do SUS  
João Aguiar - Divisão de Ouvidoria do SUS  
Rosane Jacy Fretes Fava - Divisão de Ouvidoria do SUS

#### **Programa Municipal DST/Aids SP**

Adriano Queiroz da Silva - Prevenção  
Aline Pilon Mauricio da Silva - Prevenção  
Celso Ricardo Monteiro - Articulação

#### **Revisão**

Marcos Drumond Junior - Coordenação de Epidemiologia e Informação / NTA  
Tatiana Gabriela Brassea Galleguillos - Coordenação de Epidemiologia e Informação / GEPDI

#### **Capa e Editoração**

Judival Almeida da Paixão - Coordenação de Epidemiologia e Informação / GEPDI  
Tamiris Cristine Teodoro de Souza - Coordenação de Epidemiologia e Informação / GEPDI

#### **FICHA CATALOGRÁFICA**

São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Raça/cor: Olhar da Saúde da População Negra. Boletim CEInfo Análise | Ano XV, nº 18, 2020. Julho. CEInfo, 2020, 59 p.

1. Grupo com Ancestrais do Continente Africano 2. Origem Étnica e Saúde 3. Estudos Populacionais em Saúde Pública 4. Desigualdades em Saúde

# Apresentação

Conforme declarado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) o tema para a década internacional de 2015 a 2024 é “POVOS AFRODESCENDENTES: reconhecimento, justiça e desenvolvimento”, o que aponta a necessidade de análise da situação de saúde desses povos.

A raça/cor é marcadora de desigualdade social, portanto de acesso à saúde, o que torna imperativo o esforço de gestores, acadêmicos, trabalhadores da saúde e sociedade como um todo, para acabar com as iniquidades raciais, com o racismo e promover a equidade, a integralidade e a universalidade, princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2011, a Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP) lançou o 1º Boletim CEInfo Análise do quesito raça/cor cujo objetivo foi analisar o preenchimento do quesito raça/cor nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS (SIS-SUS), gerenciados e/ou analisados pela CEInfo SMS-SP.

Em 2015, lançou o 2º Boletim CEInfo Análise intitulado Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo, que trouxe dados concretos das desigualdades geradas a partir da raça/cor em relação ao acesso às políticas públicas de moradia, saúde, educação e segurança.

É com muita satisfação que a CEInfo lança o 3º Boletim Epidemiológico raça/cor, com o objetivo de fornecer subsídios para monitorar e avaliar as políticas públicas voltadas à população negra, assim como contribuir para ampliar o compromisso no combate ao racismo estrutural e institucional.

Roberto Tolosa Junior  
Coordenação de Epidemiologia e Informação

# Resumo

A desigualdade social é um tema latente em nosso país, visto sua história de ex-colônia e de quase quatro séculos de escravização de pessoas negras. Nos últimos anos houve avanços na implementação de políticas públicas voltadas para a saúde da população negra, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida desse grupo. Este boletim tem como objetivo fornecer subsídios para monitorar e avaliar essas políticas, para tanto serão apresentadas informações desagregadas por raça/cor. A população negra corresponde a 37% da população do Município de São Paulo (MSP), contudo tem 60,3% dos beneficiários do programa Bolsa Família. Entre 2012 a 2018 houve aumento da proporção de nascidos vivos de mães pretas e pardas, com maior proporção de mães adolescentes – 13,3% em relação às brancas – 7,8%; o início tardio do pré-natal e o acompanhamento insuficiente também é mais frequente em mulheres negras e indígenas. A população negra tem a maior proporção de casos de HIV notificados – 47,2%, risco relativo 2,5 vezes maior de ter Aids; corresponde a 54,9% dos casos de Sífilis Adquirida; teve aumento da incidência de Tuberculose, com maior risco relativo de adquirir a doença em relação aos brancos. Quanto ao estado nutricional, crianças negras apresentaram maior prevalência de excesso de peso e déficit de altura, em comparação as brancas. Os trabalhadores negros representam 37% dos ocupados, mas são vítimas de metade dos acidentes notificados – 51,4%. Em relação as doenças crônicas não transmissíveis, a mortalidade na população preta é maior por Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Cerebrovascular, tanto em menores como em maiores de 60 anos. A mortalidade por Câncer de Mama e de Colo Uterino se concentra acima dos 50 anos e mulheres pretas estão em primeiro lugar, seguidas das brancas. A violência acomete prioritariamente jovens negros de 15 a 29 anos, que representam 68,8% dos óbitos por Intervenção Legal nessa faixa etária. A mortalidade precoce, antes dos 65 anos de idade, ocorre muito mais no sexo masculino e na população negra. Apesar das políticas instituídas com olhar para a saúde da população negra, as iniquidades ainda estão presentes e os indicadores permitem visualizar essas vulnerabilidades. Fica o desafio de ampliar de fato o acesso aos serviços, diminuir as desigualdades a fim de melhorar a saúde da população negra.

Descritores: Origem Étnica e saúde, Estudos Populacionais em Saúde Pública, Desigualdades em Saúde, Grupos com Ancestrais de Continente Africano

# Sumário

Lista de gráficos.....	I
Lista de tabelas.....	III
Introdução.....	11
Ouvidoria, preconceito e violência institucional.....	12
Programa Bolsa Família.....	13
Sistema de Informação em Saúde.....	14
Nascidos vivos.....	16
Infecção pelo HIV, Aids e Sífilis.....	19
Tuberculose.....	22
Estado nutricional.....	26
Doenças crônicas não transmissíveis.....	29
Violência.....	37
Saúde do trabalhador.....	42
Mortalidade.....	48
Referências.....	56

# Lista de gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Pessoas (%) beneficiárias do Programa Bolsa Família segundo raça/cor. Município de São Paulo, Julho / 2019.....	13
<b>Gráfico 2</b> - Nascidos vivos (%) de mães pretas do total de nascidos vivos e de mães brasileiras, segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2012 a 2017.....	15
<b>Gráfico 3</b> - Nascidos vivos (%) segundo raça/cor da mãe e ano de nascimento. Município de São Paulo, 2012 a 2018.....	16
<b>Gráfico 4</b> - Crianças de 0 a 5 anos (%) atendidas na Atenção Primária segundo estado nutricional e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.....	26
<b>Gráfico 5</b> - Crianças de 0 a 5 anos (%) atendidas na Atenção Primária segundo vulnerabilidade social*, estado nutricional e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.....	27
<b>Gráfico 6</b> - Adultos de 20 a 59 anos (%) atendidos na Atenção Primária segundo raça/cor e estado nutricional. Município de São Paulo, 2018.....	28
<b>Gráfico 7</b> - Taxa de mortalidade (/100.000 habitantes) por hipertensão arterial sistêmica, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.....	30
<b>Gráfico 8</b> - Taxa de mortalidade (/100.000 habitantes) por doença isquêmica do coração, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.....	30
<b>Gráfico 9</b> - Taxa de mortalidade (/100.000 habitantes) por doença cerebrovascular, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.....	31
<b>Gráfico 10</b> - Taxa de mortalidade (/100.000 habitantes) por diabetes mellitus, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.....	32
<b>Gráfico 11</b> - Taxa de mortalidade por câncer de mama, por (/100.000 mulheres), em menores de 50 e 50 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.....	33
<b>Gráfico 12</b> - Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino, (/100.000 mulheres), em menores de 60 e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.....	34
<b>Gráfico 13</b> - Taxa de mortalidade por câncer de próstata, (/100.000 homens), em menores de 60 anos e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.....	35
<b>Gráfico 14</b> - Óbitos (%) por causas externas (homicídios, suicídios, intervenção legal e eventos de intenção indeterminada) no sexo masculino segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2017.....	39
<b>Gráfico 15</b> - População Economicamente Ativa - Ocupada (%), acidentes de trabalho (%) e doenças relacionadas ao trabalho segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	43
<b>Gráfico 16</b> - População Economicamente Ativa - Ocupada (%) e acidentes de trabalho de notificação compulsória segundo faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	44
<b>Gráfico 17</b> - Acidentes de trabalho segundo anos de estudo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	46

<b>Gráfico 18</b> - Doenças relacionadas ao trabalho segundo anos de estudo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	47
<b>Gráfico 19</b> - Óbitos (%) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014 a 2018.....	48
<b>Gráfico 20</b> - Óbitos (%) segundo sexo, faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	49
<b>Gráfico 21</b> - Idade média ao morrer (em anos) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	49
<b>Gráfico 22</b> - Óbitos (n) segundo idade (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	50
<b>Gráfico 23</b> - Óbitos (%) por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) selecionados segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	51
<b>Gráfico 24</b> - Óbitos (%) por causas externas segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014 a 2017.....	52
<b>Gráfico 25</b> - Óbitos (%) por causas externas segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014 a 2017.....	52
<b>Gráfico 26</b> - Número de Mortes Maternas, segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2012 -2014 e 2015- 2017.....	53
<b>Gráfico 27</b> - Número de mortes maternas, segundo principais causas e raça/cor (branca e negra), Município de São Paulo, 2012-2014 e 2015-2017.....	54
<b>Gráfico 28</b> - Óbitos precoces (%) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2017.....	55





# Lista de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Completude (%) da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS. Município de São Paulo, 2018.....	14
<b>Tabela 2</b> - Nascidos vivos (n e %) segundo características e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018....	17
<b>Tabela 3</b> - Nascidos vivos (n e %) segundo características do pré-natal, parto e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018.....	17
<b>Tabela 4</b> - Nascidos vivos (n e %) segundo características do recém-nascido e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018.....	18
<b>Tabela 5</b> - Nascidos vivos (n e %) segundo tipo de estabelecimento e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018.....	18
<b>Tabela 6</b> - Número e taxa de detecção (/100.000 habitantes) da infecção pelo HIV segundo sexo, raça/cor e ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 2014 a 2018.....	19
<b>Tabela 7</b> - Número e taxa de detecção (/100.000 habitantes) de Aids segundo sexo, raça/cor e ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 2014 a 2018.....	20
<b>Tabela 8</b> - Óbitos por Aids, total de óbitos e mortalidade proporcional segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2017.....	20
<b>Tabela 9</b> - Casos notificados de sífilis adquirida (n e %), segundo sexo, raça/cor e ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 2014 a 2018.....	21
<b>Tabela 10</b> - Casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (/100.000 habitantes), segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	23
<b>Tabela 11</b> - Casos de tuberculose (n e %) segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	23
<b>Tabela 12</b> - Casos de tuberculose (n e %) na população sem residência fixa segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	24
<b>Tabela 13</b> - Coinfecção HIV e tuberculose, casos novos e coeficiente de incidência (/100.000 habitantes), segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	24
<b>Tabela 14</b> - Óbitos por tuberculose e coeficiente de mortalidade específico (/100.000 habitantes), segundo raça/cor e ano do óbito. Município de São Paulo, 2014 a 2017.....	25
<b>Tabela 15</b> - Hipertensão arterial sistêmica referida (%) segundo raça/ cor e ano. Município de São Paulo, 2008 e 2015.....	29
<b>Tabela 16</b> - Diabetes mellitus referido (%) segundo faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015.....	32
<b>Tabela 17</b> - Indicadores do VIGITEL constantes nas metas do PAEECNT 2011-2022, que apresentaram variação temporal estatisticamente significativa no período. População adulta negra (≥18 anos) de ambos os sexos das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (2011-2018).....	35



<b>Tabela 18</b> - Comparação da frequência (%) de indicadores de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre a população negra e branca por sexo, das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, 2018.....	36
<b>Tabela 19</b> - Violência interpessoal/autoprovocada (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.....	37
<b>Tabela 20</b> - Violência por intervenção legal (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2017 a 2019.....	38
<b>Tabela 21</b> - Lesão autoprovocada (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.....	38
<b>Tabela 22</b> - Violência sexual (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.....	39
<b>Tabela 23</b> - Óbitos (%) por intervenção legal no sexo masculino segundo faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2017.....	40
<b>Tabela 24</b> - Acidentes de trabalho (%) segundo gravidade, sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	45
<b>Tabela 25</b> - Doenças relacionadas ao trabalho (%) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	45
<b>Tabela 26</b> - Doenças relacionadas ao trabalho (%) segundo tipo de vínculo empregatício e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	46
<b>Tabela 27</b> - Óbitos (n e %) segundo Capítulo CID-10 e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.....	50

# Introdução

A desigualdade social é um tema latente em nosso país, visto sua história de ex-colônia e de quase quatro séculos de escravização de pessoas negras. Este período deixou marcas no imaginário social e na construção de políticas públicas que ainda hoje são reprodutoras de iniquidades (FERNANDES, 2008).

À luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que compreende a estrutura social como determinante para o processo de adoecer ou se ter saúde, relacionada ao sistema econômico, as condições de trabalho e a divisão de classes sociais, pode-se compreender que as iniquidades sociais são produtoras de iniquidades em saúde (PETTRES, et al. 2018).

No final da década de 1970 e início de 1980 ocorreram diversas mobilizações reivindicando a equidade racial, sobretudo pelo Movimento Social Negro e por pesquisadores comprometidos com a temática de saúde da população negra, o que resultou na introdução da saúde da população negra nas ações governamentais nos âmbitos estadual e municipal.

Em 1995 ocorreu a Marcha de 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares, que determinou a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Valorização da População Negra e o Subgrupo Saúde. Em 2003 foi criada a Secretaria Especial da Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) através da Lei 10678/2003, e no Município de São Paulo (MSP) foi realizada a primeira Conferência de Saúde da População Negra, originando a criação da Área Técnica de Saúde da População Negra (ATSPN), ligada à Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de pautar as especificidades da população negra na gestão do SUS.

Em 2009 foi aprovada a Portaria 992/2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra (PNSIPN) em todo o Brasil. Sua marca é o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2009), para tanto a Área Técnica de Saúde da População Negra passa a ter como meta a sua implementação.

A partir da publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS, o Ministério da Saúde reconhece e assume a necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incide negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência (BRASIL, 2017).

Neste contexto, este boletim tem como objetivo fornecer subsídios para monitorar e avaliar as políticas públicas voltadas à população negra, assim como contribuir para ampliar o compromisso no combate ao racismo estrutural e institucional.

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2017).

# SUS - Ouvidoria, preconceito e violência institucional

A **violência institucional** caracteriza-se por algum tipo de ação discriminatória, humilhante ou preconceituosa. Os níveis de análise da violência institucional são diversificados e pode ser realizada com um enfoque estrutural, identificando as macro-estruturas socio-culturais geradoras e perpetuadoras da violência inerente aos sistemas sociais (BARBEIRO & MACHADO, 2010).

O racismo e o **racismo institucional** são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas (BRASIL, 2017).

Diante da possível violência e racismo institucional, a promoção e a estruturação de canais abertos e acessíveis de comunicação com a população são fundamentais. Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a implementação de ouvidorias estruturadas e articuladas entre si, nas três esferas de governo, desde 2007, a fim de inserir os (as) cidadãos (ãs) nos processos de formulação, de acompanhamento, de avaliação e de controle das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007).

Para tanto, a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Informa ainda que para garantir seus direitos, o usuário poderá apresentar manifestações perante a administração pública acerca da prestação de serviços públicos, as quais serão dirigidas à ouvidoria do órgão (BRASIL, 2017).

Concomitantemente, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009) está embasada nos princípios constitucionais de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo e da igualdade, assim como “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

A **Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde (SMS)** foi instituída em 2005 e regulamentada em 2008 (São Paulo, 2008). Atua em consonância com o previsto pelo Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS e se constitui espaço de exercício de cidadania, controle social e instrumento de gestão participativa, por meio de atuação ativa para apuração permanente das demandas e satisfação do cidadão usuário do SUS. Hoje regulamentada pela Portaria SMS nº522/2018 (SÃO PAULO, 2018).

Possui base de registro de informações, estruturadas em banco de dados, que viabiliza o acompanhamento do atendimento das manifestações dos cidadãos. A análise dos dados referentes a violência institucional/discriminação apontaram um total de 247 queixas entre os anos 2017 e 2019, sendo 21 (8,5%) referentes a **Racismo no SUS**.

A ouvidoria é uma importante ferramenta democrática que propicia ao município participar da gestão dos serviços de saúde. As denúncias possibilitam identificar os problemas!

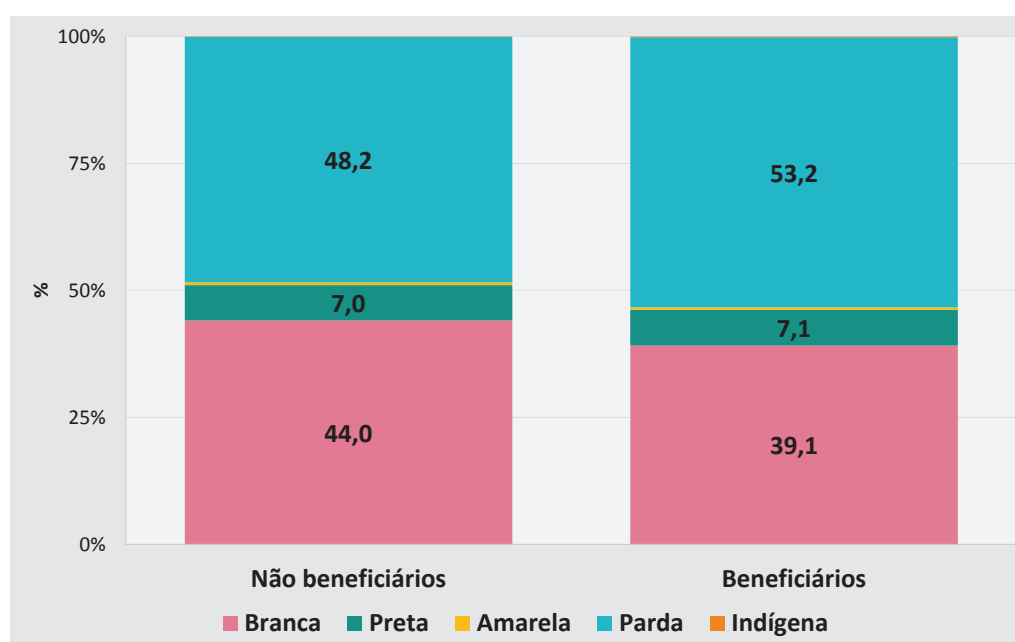
- Telefone Central SP: 156
- Pessoalmente: Supervisões Técnicas de Saúde ou nos Hospitais Municipais <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=5406>
- Formulário eletrônico: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/ouvidoria/index.php?p=267328>

# Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família foi criado em 2004 como uma estratégia de fomentar o desenvolvimento econômico e promover a distribuição de renda a partir de políticas públicas, visando à erradicação da pobreza e melhoria dos indicadores de saúde, educação e trabalho (BRASIL, 2004). Segundo estudo realizado pela Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, após 10 anos da instituição do programa, das 13,8 milhões de pessoas que acessaram o Bolsa Família, 73% se autodeclararam pretas ou pardas (BRASIL, 2014).

A população negra no MSP permanece em situação de maior vulnerabilidade social, com 60,3% dos beneficiários do Programa Bolsa Família (**Gráfico 1**).

**Gráfico 1** - Pessoas (%) beneficiárias do Programa Bolsa Família segundo raça/cor. Município de São Paulo, Julho/2019.



Fonte: SMADS, julho/2019.

A maior dependência da população autodeclarada negra em relação a programas de transferência de renda possui raízes históricas que datam desde o período da escravização. Ocupam até hoje espaços subalternos de emprego ou do mercado informal de trabalho (IPEA, 2008).

O Brasil é um dos países mais desigual do mundo, está em 2º lugar, com 1% da população mais rica concentrando 28,3% das riquezas do país, apenas atrás do Catar (ONU, 2019).

O Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (FGV/IBRE) realizou pesquisa acerca da concentração de renda no Brasil, e demonstrou que o índice de desigualdade vem subindo desde o ano de 2015, apresentando o maior valor registrado no primeiro trimestre de 2019, desde o começo da série histórica em 2012 (FGV, 2019). Utilizou o índice de Gini, que monitora a desigualdade de renda numa escala de 0 a 1, em que valores mais próximos de 1 revelam maior concentração de renda, e portanto, desigualdade. O Brasil neste ano ficou com uma pontuação de 0,6257.

A dependência de programas governamentais revela a falta de suporte social, institucional e legal para mudar essa realidade e acabar com a desigualdade. Deste modo, é fundamental que mecanismos sejam criados para a inclusão da população negra em segmentos mais dinâmicos da economia e do mercado de trabalho, visando à promoção da equidade racial e o combate ao racismo institucional.

# Sistema de Informação em Saúde

A incorporação do quesito raça/cor nos diferentes sistemas de informação de saúde é um dos objetivos da PNSIPN (BRASIL, 2009) e tem por finalidade gerar dados robustos para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais e subsidiar o planejamento de políticas públicas que atendam às necessidades específicas destes grupos de maneira equânime (SÃO PAULO, 2011).

Apesar do avanço dos sistemas de informação no SUS no que tange a coleta deste dado (SOARES FILHO, 2012), ainda é preciso incentivar a melhoria na coleta desta informação.

A seguir apresenta-se a completude da variável raça/cor de alguns sistemas de informação do SUS:

**Tabela 1** - Completude (%) da variável raça/cor nos sistemas de informação do SUS. Município de São Paulo, 2018.

Sistema de Informação	Completude (%)
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos	99,95
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade	97,30
RAAS - Registro Ações Ambulatoriais de Saúde - Psicossocial	79,40
AIH - Autorização de Internação Hospitalar	76,84
SISColo – Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero	64,23
BPA-I - Boletim de produção Ambulatorial Individual	63,97
CNS – Cartão Nacional de Saúde	52,15
APAC - Autorização procedimento Alta Complexidade	41,12
SISMama – Sistema de Informação do Câncer de Mama	16,08

**Fonte:** SIASUS/MS; SIHSUS/MS; SISCOLO-SES; SISMAMA-SES; SINASC-SP-SMS; SIM/PRO-AIM-SP-SMS.

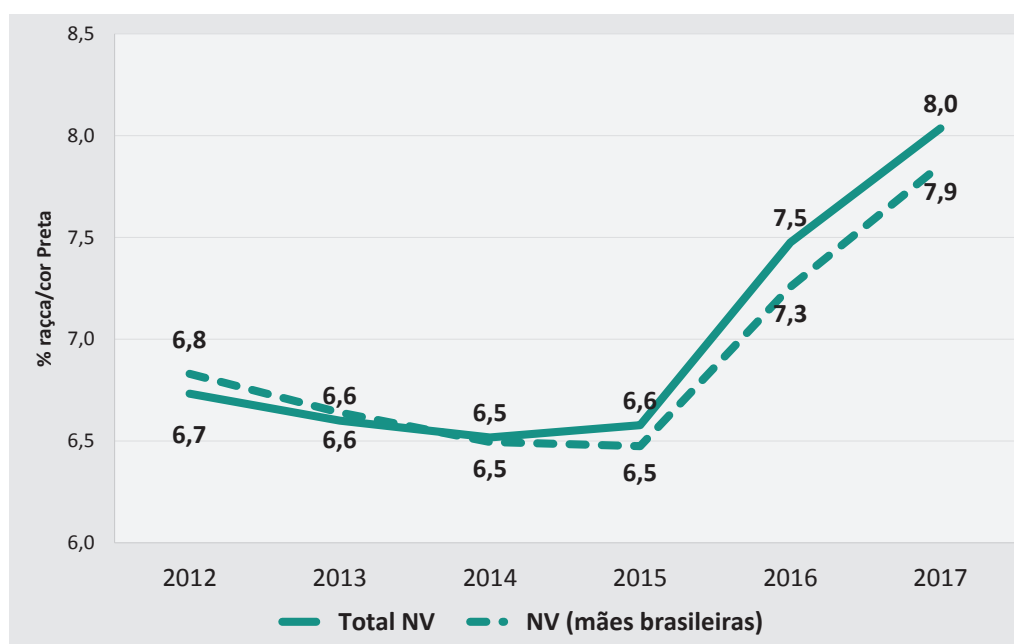
Há outros desafios na análise da variável raça/cor, a partir do aumento dos movimentos migratórios internacionais para o MSP e consequente acesso aos serviços públicos de saúde por imigrantes e refugiados (SÃO PAULO, 2015), como o impacto destes imigrantes nas questões de identidade e categoria racial, no processo de racialização (MILES, 2004) e na construção de políticas públicas universais e equânimes.

Para identificar parte desse impacto foram analisados todos os registros de nascidos vivos de mães pretas residentes do MSP entre 2012 e 2017, por se tratar de um sistema de informação universal e com a melhor completude no MSP.

A proporção de nascidos vivos de mães pretas aumentou no MSP a partir de 2015 e evidencia a diferença dos dados por influência de mães pretas de outras nacionalidades. A contribuição do número de nascimentos de mães pretas não brasileiras aumentou e representa 8% em 2017 (**Gráfico 2**).

Apesar da discreta diferença observada, estes dados já apontam a influência da população imigrante e refugiada do MSP na análise da raça/cor preta. Esta influência pode ser também observada na raça/cor indígena, por ocasião da migração boliviana e na raça/cor amarela, após a migração de chineses e coreanos (SÃO PAULO, 2015).

**Gráfico 2** - Nascidos vivos (%) de mães pretas do total de nascidos vivos e de mães brasileiras, segundo ano de nascimento, Município de São Paulo, 2012 a 2017.



Fonte: SINASC-SP/CEInfo/SMS-SP. Acesso em outubro/2019.

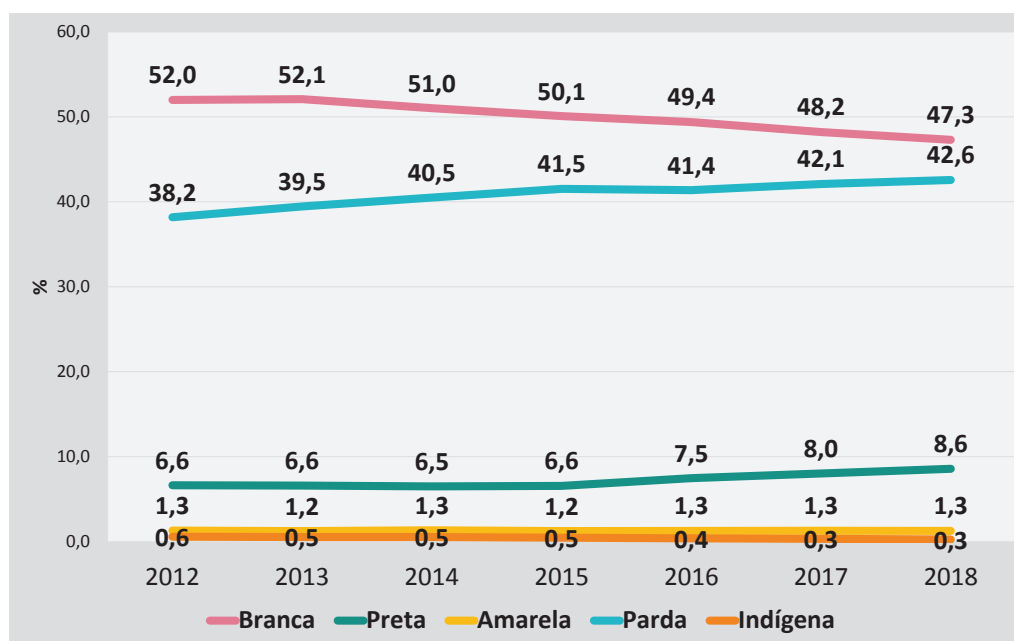
# Nascidos Vivos

A implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no Brasil aconteceu de forma gradual nas Unidades da Federação, a partir do início da década de 90 (BRASIL, 2011). O objetivo maior do sistema é subsidiar o planejamento da atenção à saúde materno-infantil a partir do perfil epidemiológico, baseado nas informações da Declaração de Nascido Vivo (DNV) (RIPSA, 2008). A informação de raça/cor do nascido vivo (NV) foi inserida e coletada desde 1995 no Brasil. Já a informação de raça/cor da mãe do NV foi inserida na DNV em agosto de 2011 no MSP.

No período de 2012 a 2018 foram registrados aproximadamente 200.000 nascidos vivos por ano, sendo 172.000 de mães residentes no MSP ao ano. Observou-se melhoria no preenchimento das variáveis da DNV e diminuição da incompletude no SINASC-SP (BONILHA et al, 2018); com destaque para a variável raça/cor, que apresentava 1,3% dos registros sem informação em 2012 e praticamente 0,0% em 2018 (OKAMURA, 2018). O aprimoramento da qualidade possibilita que as informações sobre nascidos vivos tragam subsídios mais concretos aos padrões de desigualdade.

Do total dos nascidos vivos, a proporção das mães brancas foi condizente à maior concentração da população branca no MSP, com queda de 52,0% para 47,3% no período. Em contrapartida, houve aumento da proporção de nascidos vivos de mães pretas e pardas (**Gráfico 3**).

**Gráfico 3** - Nascidos vivos (%) segundo raça/cor da mãe e ano de nascimento. Município de São Paulo, 2012 a 2018.



**Nota:** Foram excluídos 3.109 (0,3%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** SINASC-SP/CEInfo/SMS-SP. Acesso em outubro/2019.

Em 2018, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (abaixo de 20 anos) foi maior entre indígenas (17,0%), seguidas das pardas (13,3%), pretas (11,6%), brancas (7,8%) e amarelas (3,3%) (Tabela 2). A gravidez na adolescência traz vários riscos, como parto prematuro e mortalidade neonatal. As consequências do ponto de vista social podem ser evasão escolar, oportunidade de trabalho menos qualificado, importantes para o aprimoramento profissional (UNFPA, 2013; SÃO PAULO, 2019a).



Em relação à situação conjugal da mãe, 55,4% das indígenas eram solteiras, comparadas às pretas e pardas (49,8%). A proporção de mães negras que referiram viver com companheiros (as) – casadas ou em união consensual – foi aproximadamente 49,5%, enquanto as mães amarelas foi 68,1% **(Tabela 2)**.

As categorias amarela (59,2%) e branca (46,7%) apresentaram maior proporção de mães com ensino superior, seguidas das mães pretas (20,1%) e pardas (14,7%). As mães pretas, pardas e indígenas eram mais jovens, solteiras e com menor escolaridade **(Tabela 2)**.

**Tabela 2** - Nascidos vivos (n e %) segundo características e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018.

Raça / cor	Branca		Preta		Amarela		Parda		Índigena		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Faixa etária da mãe (em anos) - 2 (0,0%) registros sem informação</i>													
10 a 14	200	0,3	52	0,4	1	0,0	289	0,4	2	0,5	0	0,0	544
15 a 19	5.880	7,5	1.592	11,2	68	3,2	9.071	12,9	69	16,5	3	4,1	16.683
20 a 34	51.482	65,8	10.006	70,6	1.268	60,5	49.183	69,9	297	71,2	54	74,0	112.290
35 e mais	20.661	26,4	2.521	17,8	759	36,2	11.840	16,8	49	11,8	16	21,9	35.846
<i>Situação conjugal da mãe - 357 (0,2%) registros sem informação</i>													
Solteira	28.173	36,1	7.032	49,8	633	30,3	34.991	49,8	230	55,4	17	32,1	71.076
Casada	37.479	48,0	4.216	29,8	1.099	52,6	19.706	28,1	54	13,0	27	50,9	62.581
Viúva	86	0,1	26	0,2	4	0,2	113	0,2	0	0,0	0	0,0	229
Separada judicialmente / divorciada	1.444	1,8	170	1,2	30	1,4	984	1,4	2	0,5	2	3,8	2.632
União consensual	10.901	14,0	2.688	19,0	325	15,5	14.440	20,6	129	31,1	7	13,2	28.490
<i>Escolaridade da mãe - 33 (0,0%) registros sem informação</i>													
Sem escolaridade	25	0,0	21	0,1	7	0,3	71	0,1	2	0,5	0	0,0	126
Fundamental (1º ao 9º ano)	7.640	9,8	2.591	18,3	165	7,9	15.081	21,4	125	30,0	7	10,8	25.609
Médio (antigo 2º grau)	34.030	43,5	8.711	61,5	684	32,6	44.892	63,8	255	61,3	30	46,2	88.602
Superior incompleto e completo	36.518	46,7	2.844	20,1	1.240	59,2	10.331	14,7	34	8,2	28	43,1	50.995

**Nota:** Foram excluídos 3.109 (0,3%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** SINASC-SP/CEInfo/SMS-SP. Acesso em outubro/2019.

Em relação ao número de consultas de pré-natal recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS - 7 e mais consultas - alcançaram esta meta 83,2% das gestantes brancas, 78,4% das gestantes pardas, 76,6% das gestantes pretas e 68,1% das gestantes indígenas **(Tabela 3)**.

A captação precoce (no primeiro trimestre de gestação) no MSP foi de 92,0% na raça/cor amarela, 90,2% na branca, 84,8% na parda, 83,9% na preta e 62,3% na indígena **(Tabela 3)**. Quanto mais cedo o início do pré-natal, menores os riscos de morbimortalidade para mãe e bebê (Leal, 2020).

As mulheres pretas e pardas apresentaram 56,0% e 57,5% de partos vaginais, respectivamente; as indígenas apresentaram maior proporção de partos vaginais (70,3%), enquanto as brancas maior proporção de cesáreas (59,3%) **(Tabela 3)**.

**Tabela 3** - Nascidos vivos (n e %) segundo características do pré-natal, parto e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018.

Raça / cor	Branca		Preta		Amarela		Parda		Índigena		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Número de consultas de pré-natal - 35 (0,0%) registros sem informação</i>													
Nenhuma	491	0,6	222	1,6	6	0,3	789	1,1	9	2,2	7	9,3	1.524
1 a 3	2.189	2,8	637	4,5	41	2,0	2.825	4,0	30	7,2	1	1,3	5.723
4 a 6	10.493	13,4	2.454	17,3	220	10,5	11.601	16,5	94	22,5	21	28,0	24.883
7 e mais	65.032	83,2	10.852	76,6	1.829	87,3	55.157	78,4	284	68,1	46	61,3	133.200
<i>Trimestre de início do pré-natal - 1.603 (1,0%) registros sem informação</i>													
Primeiro	70.122	90,2	11.691	83,9	1.923	92,0	59.025	84,8	254	62,3	54	85,7	143.069
Segundo	6.666	8,6	1.953	14,0	154	7,4	9.351	13,4	128	31,4	8	12,7	18.260
Terceiro	911	1,2	294	2,1	13	0,6	1.188	1,7	26	6,4	1	1,6	2.433
<i>Tipo de parto - 3 (0,0%) registros sem informação</i>													
Vaginal	31.840	40,7	7.938	56,0	875	41,7	40.452	57,5	293	70,3	31	42,5	81.429
Cesáreo	46.383	59,3	6.233	44,0	1.221	58,3	29.930	42,5	124	29,7	42	57,5	83.933

**Fonte:** SINASC-SP/CEInfo/SMS-SP. Acesso em outubro/2019.

Ao avaliar o peso ao nascer maior ou igual a 2.500 g, todas as categorias apresentaram proporções superiores a 90,0%, exceto os nascidos vivos de mulheres pretas (89,3%). As indígenas apresentam a maior proporção – 93,5%, o que pode estar relacionado à maior proporção de partos vaginais (**Tabela 4**).

**Tabela 4** - Nascidos vivos (n e %) segundo características do recém-nascido e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018.

Raça / cor	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<i>Peso ao nascer (em gramas) - 3 (0,0%) registros sem informação</i>													
< 2.500 g	7.184	9,2	1.516	10,7	190	9,1	6.760	9,6	27	6,5	11	14,5	15.688
2.500 g e mais	71.036	90,8	12.655	89,3	1.906	90,9	63.623	90,4	389	93,5	65	85,5	149.674
<i>Presença de anomalia - 77 (0,0%) registros sem informação</i>													
Sim	1.595	2,0	265	1,9	37	1,8	1.280	1,8	15	3,6	0	0,0	3.192
Não	76.590	98,0	13.905	98,1	2.059	98,2	69.073	98,2	401	96,4	68	100,0	162.096

Fonte: SINASC-SP/CEInfo/SMS-SP. Acesso em outubro/2019.

A maior parte dos partos ocorreu em estabelecimentos públicos, sendo 86,5% de mulheres indígenas, 77,7% de mulheres negras, 76,4% das pardas e 45,1% das brancas (**Tabela 5**).

A maior porcentagem das mulheres pretas e pardas foi assistida em hospitais do SUS (80,1% e 79,2%). As indígenas alcançaram a maior proporção de partos domiciliares (5,3%), influenciadas ainda por aspectos culturais (Gusman 2019) (**Tabela 5**).

**Tabela 5** - Nascidos vivos (n e %) segundo tipo de estabelecimento e raça/cor da mãe. Município de São Paulo, 2018.

Estabelecimentos	Branca		Preta		Amarela		Parda	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
SUS	35.295	47,1	11.013	80,1	696	33,7	53.748	
Privados	39.275	52,4	2.655	19,3	1.351	65,5	13.689	
Domiciliares e outros	418	0,6	83	0,6	17	0,8	410	
Total	74.988	100,0	13.751	100,0	2.064	100,0	67.847	

Nota: Nascidos vivos de mães residentes e partos ocorridos.

Fonte: SINASC-SP/CEInfo/SMS-SP. Acesso em maio/2020.

Ao analisar o perfil dos nascimentos no MSP observou-se que as situações desfavoráveis e de maior vulnerabilidade – baixa escolaridade, gravidez na adolescência, início tardio do pré-natal, acompanhamento pré-natal insuficiente – são mais frequentes em mulheres pretas, pardas e indígenas.

# Infecção pelo HIV, Aids e Sífilis

São Paulo é o município que concentra o maior número de casos de Aids no Brasil. A epidemia de HIV/Aids na cidade, tendo importante característica social, atinge a população de maneira desigual, com aumento principalmente entre homens jovens, de 15 a 29 anos. As taxas de detecção - TD são elevadas nos segmentos populacionais de usuários de drogas, profissionais do sexo, gays e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais, indicando uma epidemia concentrada.

Do total de casos de HIV notificados entre 2014 e 2018, a maior TD tem sido na população indígena – 109,8, seguida da preta – 58,7 no 2018, contudo a maior proporção corresponde a população negra – 47,21%. Ao analisar a distribuição proporcional segundo sexo no mesmo período, detectou-se 55,7% dos casos em mulheres negras e 38,7% em mulheres brancas; ocorre o inverso na população masculina, com 45,4% das notificações em homens negros e 48,4% na população masculina branca.

Analisando os valores do período 2014/2018, a TD HIV variou nas mulheres brancas de (6,1/100.000 habitantes a 7,9/100.000 habitantes), nas amarelas de (0,8/100.000 habitantes a 6,3/100.000 habitantes), nas pretas de (25/100.000 habitantes e 35,7/100.000 habitantes) e nas pardas de (13,7/100.000 habitantes a 15,8/100.000 habitantes), o que evidencia maior risco para a população negra.

Em relação ao sexo masculino, a TD HIV se apresenta maior em pretos e pardos, em relação aos brancos. Em 2018 a TD foi 88/100 mil habitantes em pretos e 60,6 em pardos. Indígenas apresentam alta TD, mas o número absoluto é pequeno (**Tabela 6**).

**Tabela 6** - Número e taxa de detecção (/100.000 habitantes) da infecção pelo HIV segundo sexo, raça/cor e ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 2014 a 2018.

Sexo	Ano de Diagnóstico	Raça/cor									
		Branca		Preta		Parda		Amarela		Indígena	
		N	TD	N	TD	N	TD	N	TD	N	TD
Feminino	2014	204	6,1	115	32,8	248	15,8	1	0,8	1	16,2
	2015	253	7,6	103	29,6	216	13,8	4	3,2	1	16,3
	2016	248	7,4	125	35,7	247	15,7	3	2,4	1	16,2
	2017	264	7,9	88	25	245	15,5	8	6,3	2	32,3
	2018	222	6,6	107	30,2	218	13,7	3	2,3	3	48,2
	<b>Total fem</b>	<b>1.191</b>		<b>538</b>		<b>1.174</b>		<b>19</b>		<b>8</b>	
Masculino	2014	1.301	46	255	75,1	893	61,1	14	12,7	9	161,9
	2015	1.456	51,8	305	90,3	986	67,9	31	28,2	8	144,8
	2016	1.556	55,1	331	97,4	1.129	77,2	25	22,6	9	161,9
	2017	1.471	51,8	377	110,4	1.090	74,2	22	19,8	15	268,5
	2018	1.225	42,9	302	88	895	60,6	19	17	10	178,1
	<b>Total masc</b>	<b>7.009</b>		<b>1.570</b>		<b>4.993</b>		<b>111</b>		<b>51</b>	
Total	2014	1505	24,4	370	53,6	1141	37,6	15	6,3	10	85,3
	2015	1709	27,9	408	59,5	1202	39,9	35	14,9	9	77,2
	2016	1804	29,3	456	66,1	1376	45,3	28	11,8	10	85,3
	2017	1735	28,8	465	67	1335	43,8	30	12,6	17	143,3
	2018	1447	23,3	409	58,7	1113	36,3	22	9,2	13	109,8
	<b>TOTAL</b>	<b>8.200</b>		<b>2.108</b>		<b>6.167</b>		<b>130</b>		<b>59</b>	

**Nota:** \*Taxa de detecção por 100.000 habitantes. \*\*Dados preliminares até 30/06/2019 sujeitos a revisão.  
**Fonte:** Sinan DVE/COVISA, IBGE/SEADE: Censo 2010 - 2011 a 2018 estimativa aplicando proporção sobre o total.

Do total de casos de Aids notificados 21,4 foram em mulheres e 78,6 em homens entre 2014 e 2018, 48,8% foram detectados na população branca e 50,1% na população negra. A análise para o sexo feminino aponta 56% dos casos em mulheres negras e 43% em mulheres brancas; na população masculina, 48,5% das notificações foram detectadas em homens negros e 50,40% na população masculina branca (**Tabela 7**).

Observou-se queda importante na TD Aids em todas as categorias de raça/cor, principalmente entre os brancos e amarelos, aumentando a diferença entre negros e brancos. O Risco Relativo - RR entre pretos e brancos passou de 2,0 em 2014 para 2,5 em 2017 e entre pardos e brancos, de 1,4 em 2014 para 1,6 em 2017.

**Tabela 7** - Número e taxa de detecção (/100.000 habitantes) de Aids segundo sexo, raça/cor e ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 2014 a 2018.

Sexo	Ano de Diagnóstico	Raça/cor									
		Branca		Preta		Parda		Amarela		Indígena	
		N	TD	N	TD	N	TD	N	TD	N	TD
Feminino	2014	266	8	90	25,7	225	14,3	4	3,2	1	16,2
	2015	230	6,9	74	21,2	202	12,9	6	4,8	2	32,6
	2016	187	5,6	88	25,1	199	12,7	1	0,8	1	16,2
	2017	170	5,1	69	19,6	165	10,4	2	1,6	2	32,3
	2018	157	4,7	59	16,7	145	9,1	2	1,6	1	16,1 11
	<b>Total fem</b>	<b>1010</b>		<b>380</b>		<b>936</b>		<b>15</b>		<b>7</b>	
Masculino	2014	1.046	37	206	60,6	709	48,5	14	12,7	6	107,9
	2015	895	31,9	205	60,7	656	45,2	14	12,8	5	90,5
	2016	876	31	200	58,9	639	43,7	15	13,6	7	125,9
	2017	814	28,7	208	60,9	617	42	10	9	3	53,7
	2018	709	24,8	192	56	544	36,9	12	10,8	4	71,2
	<b>Total masc</b>	<b>4340</b>		<b>1011</b>		<b>3165</b>		<b>65</b>		<b>25</b>	
Total	2014	1312	21,3	296	42,9	934	30,8	18	7,6	7	59,7
	2015	1125	18,4	279	40,7	858	28,4	20	8,5	7	60,1
	2016	1063	17,3	288	41,7	838	27,6	16	6,8	8	68,2
	2017	984	15,9	277	39,9	782	25,6	12	5	5	42,4
	2018	866	13,9	251	36	689	22,5	14	5,8	5	42,2
	<b>TOTAL</b>	<b>5350</b>		<b>1391</b>		<b>4101</b>		<b>80</b>		<b>32</b>	

**Nota:** \*Taxa de detecção por 100.000 habitantes \*\*Dados preliminares até 30/06/2019 sujeitos a revisão.

**Fonte:** Sinan DVE/COVISA, IBGE/SEADE - estimativa aplicando proporção sobre o total.

Em relação a mortalidade proporcional por Aids em residentes do MSP ocorridos em 2017 segundo raça/cor, destacam-se as participações na raça/cor preta (1,7%) e parda (1,3%) (**Tabela 8**). Ao analisar a proporção de óbitos por Aids, observa-se que este valor foi duas vezes maior nos pardos e três vezes nos pretos comparados aos brancos, evidenciando a necessidade de ampliar a atenção à saúde desta população, no que se refere à prevenção e assistência às IST/Aids.

**Tabela 8** - Óbitos por Aids, total de óbitos e mortalidade proporcional segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2017.

Raça / cor	Óbitos		Mortalidade proporcional
	Aids	Total	
Branca	326	52.167	0,6
<b>Preta</b>	<b>90</b>	<b>5.206</b>	<b>1,7</b>
Amarela	0	1.721	0,0
<b>Parda</b>	<b>208</b>	<b>15.982</b>	<b>1,3</b>
Indígena	0	31	0,0
<b>Total</b>	<b>624</b>	<b>75.107</b>	<b>0,8</b>

**Nota:** Foram excluídos 12 (1,9%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP, dados preliminares sujeitos à revisão.

Do total de casos de sífilis adquirida notificados entre 2014 e 2018, 44,1% foram detectados na população branca e 54,9% na população negra. A distribuição proporcional segundo sexo no mesmo período, foram detectados 56,7% dos casos em mulheres negras e 42,3% em mulheres brancas; semelhante ao que ocorreu na população masculina, com 54,0% das notificações em homens negros e 44,9% na população masculina branca (**Tabela 9**).

Considerando os riscos, principalmente da população sexualmente ativa e em período fértil estar infectada, gestantes e parturientes negras e seus filhos estão mais expostos ao risco de infecção pelo *Treponema Pallidum* que as brancas, a desenvolver sífilis congênita precoce.

**Tabela 9** - Casos notificados de sífilis adquirida (n e %), segundo sexo, raça/cor e ano de diagnóstico. Município de São Paulo, 2014 a 2018.

Sexo	Ano de diagnóstico	Raça/cor										Total N
		Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Feminino	2014	755	43,8	233	13,5	12	0,7	719	41,7	4	0,2	1.723
	2015	699	40,4	247	14,3	9	0,5	771	44,6	3	0,2	1.729
	2016	918	42,9	244	11,4	9	0,4	967	45,1	4	0,2	2.142
	2017	1.000	43,7	261	11,4	29	1,3	990	43,3	9	0,4	2.289
	2018	964	40,9	323	13,7	14	0,6	1.046	44,4	11	0,5	2.358
	<b>Subtotal</b>	<b>4.336</b>	<b>42,3</b>	<b>1.308</b>	<b>12,8</b>	<b>73</b>	<b>0,7</b>	<b>4.493</b>	<b>43,9</b>	<b>31</b>	<b>0,3</b>	<b>10.241</b>
Masculino	2014	1.849	47,4	428	11,0	32	0,8	1.570	40,3	18	0,5	3.897
	2015	1.921	46,9	462	11,3	30	0,7	1.675	40,9	9	0,2	4.097
	2016	1.806	44,1	530	13,0	27	0,7	1.717	42,0	12	0,3	4.092
	2017	1.938	44,1	539	12,3	30	0,7	1.871	42,6	16	0,4	4.394
	2018	2.031	42,5	630	13,2	48	1,0	2.050	42,9	18	0,4	4.777
	<b>Subtotal</b>	<b>9.545</b>	<b>44,9</b>	<b>2.589</b>	<b>12,2</b>	<b>167</b>	<b>0,8</b>	<b>8.883</b>	<b>41,8</b>	<b>73</b>	<b>0,3</b>	<b>21.257</b>
Total	2014	2.604	46,3	661	11,8	44	0,8	2.289	40,7	22	0,4	5.620
	2015	2.620	45,0	709	12,2	39	0,7	2.446	42,0	12	0,2	5.826
	2016	2.724	43,7	774	12,4	36	0,6	2.684	43,1	16	0,3	6.234
	2017	2.938	44,0	800	12,0	59	0,9	2.861	42,8	25	0,4	6.683
	2018	2.995	42,0	953	13,4	62	0,9	3.096	43,4	29	0,4	7.135
	<b>Total</b>	<b>13.881</b>	<b>44,1</b>	<b>3.897</b>	<b>12,4</b>	<b>240</b>	<b>0,8</b>	<b>13.376</b>	<b>42,5</b>	<b>104</b>	<b>0,3</b>	<b>31.498</b>

**Nota:** Foram excluídos 2.211 (6,6%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** SINAN CCD/COVISA/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

# Tuberculose

A tuberculose (TB), antiga enfermidade descrita como tísica, foi conhecida, no século XIX, como peste branca, ao dizimar centenas de milhares de pessoas em todo o mundo. A TB persiste como importante e desafiador problema de saúde pública, contribuindo para manutenção do quadro de desigualdade e exclusão social em diversos países. É uma das enfermidades mais prevalentes no mundo entre as pessoas em situação de pobreza com elevada carga em termos de mortalidade, juntamente com o HIV/Aids e a malária, contudo pode ser prevenida e curada (BRASIL, 2010).

A partir da metade do século XX, houve acentuada redução da incidência e da mortalidade relacionadas à TB, já observada naquela ocasião em países desenvolvidos, sobretudo pela melhoria das condições de vida das populações (SAA VACOOL, 1986). No início da década de 1980, houve recrudescimento global da TB: nos países de alta renda, esse recrudescimento se deveu principalmente à emergência da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e, nos países de baixa renda, além disso devido à ampliação da miséria e do processo de urbanização descontrolada, somada a desestruturação dos serviços de saúde e dos programas de controle da TB.

O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e coinfeção TB-HIV considerados prioritários pela OMS para o controle da doença no mundo. Em 2015, o percentual de detecção da tuberculose no país, segundo a OMS, foi de 87,0% (WHO, 2017). Nos últimos 10 anos, foram diagnosticados, em média, 71 mil casos novos da doença. Em 2017, o número de casos notificados foi de 72.770 e os coeficientes de incidência variaram de 10,0 a 74,7 casos por 100.000 habitantes entre as Unidades Federadas (UF). No ano de 2016, foram notificados 4.483 óbitos por TB, o que corresponde ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100.000 habitantes.

Apesar de todos os avanços ocorridos nos últimos anos, o país está longe da meta estabelecida na Estratégia pelo fim da TB até 2035. No boletim epidemiológico de março de 2016 do Ministério da Saúde (MS), a análise publicada demonstra que, caso ocorra uma melhoria progressiva dos indicadores que estão associados ao coeficiente de incidência (redução da taxa de detecção de Aids para 10 por 100.000 habitantes, aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da realização do Tratamento Diretamente Observado - TDO em até 90,0%), o coeficiente de incidência de casos novos de TB seria de 20,7/100.000 habitantes no ano de 2035.

A distribuição do número de casos ocorre de forma desigual, concentrando-se nos grupos sociais desfavorecidos tais como pessoas em situação de pobreza e fome, pessoas privadas de liberdade, minorias étnicas (como os indígenas no Brasil) e aquelas vivendo com HIV/Aids. A TB, além de decorrente, é também perpetuadora da pobreza, pois compromete a saúde dos indivíduos e suas famílias causando impactos econômicos e sociais (BRASIL, 2019).

A transmissão e adoecimento por TB são influenciados por fatores demográficos, sociais e econômicos. Dentre eles, destacam-se: a urbanização crescente e desordenada, a desigualdade na distribuição de renda, as moradias precárias e superlotação, a insegurança alimentar, a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos, que contribuem na manutenção e propagação da doença (BRASIL, 2019).

A situação da Tuberculose no MSP reflete aquela das grandes cidades do país. O Coeficiente de Incidência se apresenta crescente desde 2015 e em 2018, apresentou aumento preocupante, sendo 3 vezes maior em pretos quando comparado aos brancos. A análise por raça/cor mostrou que o aumento da incidência aconteceu principalmente entre a população negra, cujo risco de adoecer em 2018 foi 1,5 vezes maior que a média da população, sendo 99,4/100.000 em pretos, 71,4/100.000 em pardos e 30,5/100.000 em brancos (**Tabela 10**).

O risco extremamente aumentado entre os indígenas é atribuído aos casos diagnosticados entre os indígenas migrante de países como a Bolívia, cuja população não está incluída nas estimativas (**Tabela 10**).

**Tabela 10** - Casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (/100.000 habitantes), segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

Raça / cor	2015		2016		2017		2018	
	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI
Branca	2.223	31,6	2.107	29,9	2.231	31,5	2.176	30,5
Preta	<b>716</b>	<b>94,5</b>	<b>658</b>	<b>86,4</b>	<b>715</b>	<b>93,5</b>	<b>764</b>	<b>99,4</b>
Amarela	75	29,6	66	25,9	82	32,0	73	28,4
Parda	<b>2.210</b>	<b>62,5</b>	<b>2.084</b>	<b>58,7</b>	<b>2.273</b>	<b>63,7</b>	<b>2.559</b>	<b>71,4</b>
Indígena	46	344,4	46	342,7	32	237,3	32	236,1
<b>Total</b>	<b>5.270</b>	<b>49,7</b>	<b>4.961</b>	<b>46,5</b>	<b>5.333</b>	<b>50,0</b>	<b>5.604</b>	<b>52,3</b>

**Nota:** Foram excluídos 1.998 (8,6%) registros sem informação de raça/cor. Para o cálculo do coeficiente de incidência (CI), foi aplicada a distribuição segundo raça/cor (Censo Demográfico, 2010 - IBGE) na população projetada (Fundação SEADE).

**Fonte:** SINAN CCD/COVISA/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

Analisando a distribuição proporcional dos casos por raça/cor percebe a representação da população negra, responsável por mais da metade dos casos em todos os anos analisados, chegando a 59,3% dos casos em 2018 (**Tabela 11**).

**Tabela 11** - Casos novos de tuberculose e coeficiente de incidência (/100.000 habitantes), segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

Raça / cor	2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	2.223	42,2	2.107	42,5	2.231	41,8	2.176	38,8
Preta	<b>716</b>	<b>13,6</b>	<b>658</b>	<b>13,3</b>	<b>715</b>	<b>13,4</b>	<b>764</b>	<b>13,6</b>
Amarela	75	1,4	66	1,3	82	1,5	73	1,3
Parda	<b>2.210</b>	<b>41,9</b>	<b>2.084</b>	<b>42,0</b>	<b>2.273</b>	<b>42,6</b>	<b>2.559</b>	<b>45,7</b>
Indígena	46	0,9	46	0,9	32	0,6	32	0,6
<b>Total</b>	<b>5.270</b>	<b>100,0</b>	<b>4.961</b>	<b>100,0</b>	<b>5.333</b>	<b>100,0</b>	<b>5.604</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Foram excluídos 1.998 (8,6%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** TBWEB, DVE/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.



Entre a população sem residência fixa, a proporção entre a população negra é ainda maior chegando a 66,4% em 2018 (**Tabela 12**).

**Tabela 12** - Casos de tuberculose (n e %) na população sem residência fixa segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

Raça / cor	2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	113	31,4	113	32,0	122	32,7	130	32,6
Preta	<b>78</b>	<b>21,7</b>	<b>81</b>	<b>22,9</b>	<b>80</b>	<b>21,4</b>	<b>69</b>	<b>17,3</b>
Amarela	1	0,3	2	0,6	4	1,1	3	0,8
Parda	<b>167</b>	<b>46,4</b>	<b>156</b>	<b>44,2</b>	<b>167</b>	<b>44,8</b>	<b>196</b>	<b>49,1</b>
Indígena	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1	0,3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>	<b>353</b>	<b>100,0</b>	<b>373</b>	<b>100,0</b>	<b>399</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Foram excluídos 233 (13,6%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** TBWEB, DVE/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Para os casos com coinfeção TB-HIV o número de casos novos e o Coeficiente de Incidência - CI mantiveram estabilidade no período. O risco para a população negra se manteve em todo o período mais elevado que na população geral, sendo em 2018, 1,4 vezes maior (**Tabela 13**).

**Tabela 13** - Coinfeção HIV e tuberculose, casos novos e coeficiente de incidência (/100.000 habitantes), segundo raça/cor e ano da notificação. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

Raça / cor	2015		2016		2017		2018	
	n	CI	n	CI	n	CI	n	CI
Branca	260	3,7	219	3,1	247	3,5	209	2,9
Preta	<b>83</b>	<b>11,0</b>	<b>70</b>	<b>9,2</b>	<b>76</b>	<b>9,9</b>	<b>86</b>	<b>11,2</b>
Amarela	4	1,6	0	0,0	2	0,8	3	1,2
Parda	<b>220</b>	<b>6,2</b>	<b>198</b>	<b>5,6</b>	<b>228</b>	<b>6,4</b>	<b>217</b>	<b>6,1</b>
Indígena	0	0,0	1	7,5	2	14,8	1	7,4
<b>Total</b>	<b>612</b>	<b>5,3</b>	<b>527</b>	<b>4,5</b>	<b>604</b>	<b>5,2</b>	<b>563</b>	<b>4,8</b>

**Nota:** Foram excluídos 18 (0,0%) registros sem informação de raça/cor. Para o cálculo do coeficiente de mortalidade (CM), foi aplicada a distribuição segundo raça/cor (Censo Demográfico, 2010 - IBGE) na população projetada (Fundação SEADE).

**Fonte:** SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.



O número de óbitos e a taxa de mortalidade por tuberculose apresentou aumento significativo entre os anos 2015 e 2016 e se manteve em 2017. Como na incidência, a mortalidade entre a população negra em 2017 mostrou um risco aproximado de 1,5 vezes maior que na população geral, sendo 1,7/100.000 em pretos, 4,7/100.000 em pardos e 2,4/100.000 em brancos (**Tabela 14**).

**Tabela 14** - Óbitos por tuberculose e coeficiente de mortalidade específico (/100.000 habitantes), segundo raça/cor e ano do óbito. Município de São Paulo, 2014 a 2017.

Raça / cor	2014		2015		2016		2017	
	n	CM	n	CM	n	CM	n	CM
<b>Branca</b>	156	2,2	156	2,2	189	2,7	172	2,4
<b>Preta</b>	<b>49</b>	<b>6,6</b>	<b>51</b>	<b>6,7</b>	<b>54</b>	<b>7,1</b>	<b>54</b>	<b>7,1</b>
<b>Amarela</b>	6	2,4	5	2,0	4	1,6	4	1,6
<b>Parda</b>	<b>114</b>	<b>3,2</b>	<b>122</b>	<b>3,5</b>	<b>158</b>	<b>4,4</b>	<b>167</b>	<b>4,7</b>
<b>Indígena</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,4
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>2,9</b>	<b>334</b>	<b>2,9</b>	<b>405</b>	<b>3,5</b>	<b>398</b>	<b>3,4</b>

**Nota:** Foram excluídos 180 (7,8%) registros sem informação de raça/cor. Para o cálculo do coeficiente de incidência (CI), foi aplicada a distribuição segundo raça/cor (Censo Demográfico, 2010 - IBGE) na população projetada (Fundação SEADE).

**Fonte:** TBWEB, DVE/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

# Estado Nutricional

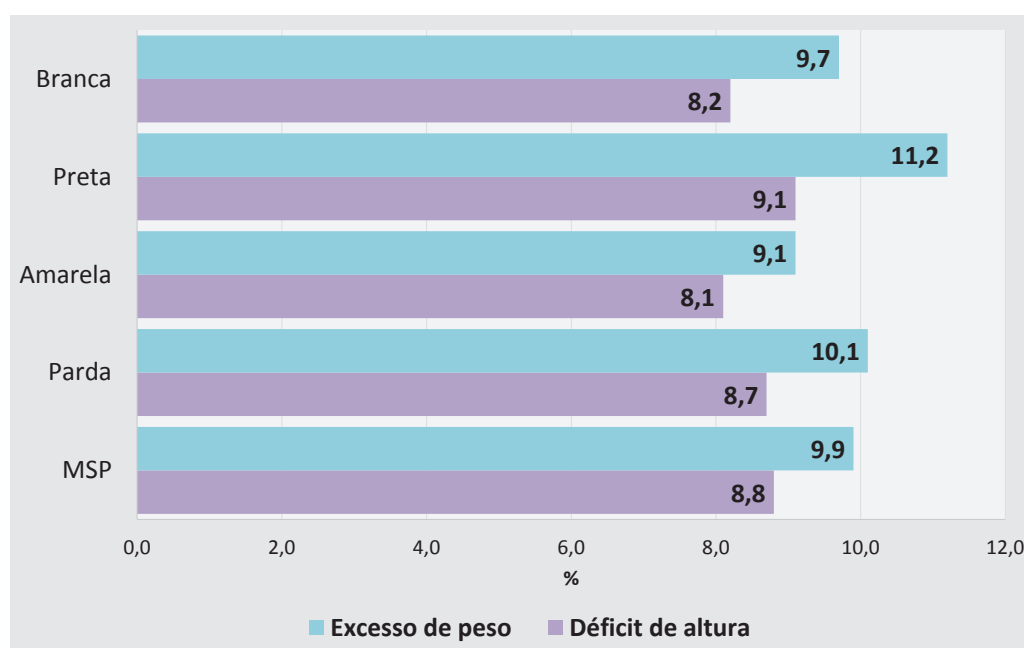
O Estado Nutricional de um indivíduo influencia diretamente as condições de crescimento e desenvolvimento infantil e o risco de morbimortalidade na população como um todo. No MSP, o perfil nutricional da população atendida na Atenção Primária à Saúde (APS), revela mudanças de padrão em todos os segmentos, com aparecimento de comorbidades em idades precoces.

Com a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pela SMS-SP, ainda que de forma preliminar, foram incluídos nesse boletim, alguns indicadores nutricionais de Segurança Alimentar e Nutricional, segundo classificação da OMS.

Em 2018 foram acompanhadas 158.4210 crianças de 0 a 5 anos, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do MSP, com dados completos de raça/cor e estado nutricional. A distribuição proporcional segundo raça/cor destas crianças foi: 49,7% brancas, 3,2% pretas, 0,2% amarelas, 46,9% pardas e 0,1% indígenas.

Entre as crianças atendidas na Atenção Primária, em relação ao excesso de peso e déficit de altura, foi encontrada maior prevalência entre as crianças negras; com destaque para as crianças de cor preta que apresentaram até dois pontos percentuais acima das crianças atendidas no MSP (**Gráfico 4**).

**Gráfico 4** - Crianças de 0 a 5 anos (%) atendidas na Atenção Primária segundo estado nutricional e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.

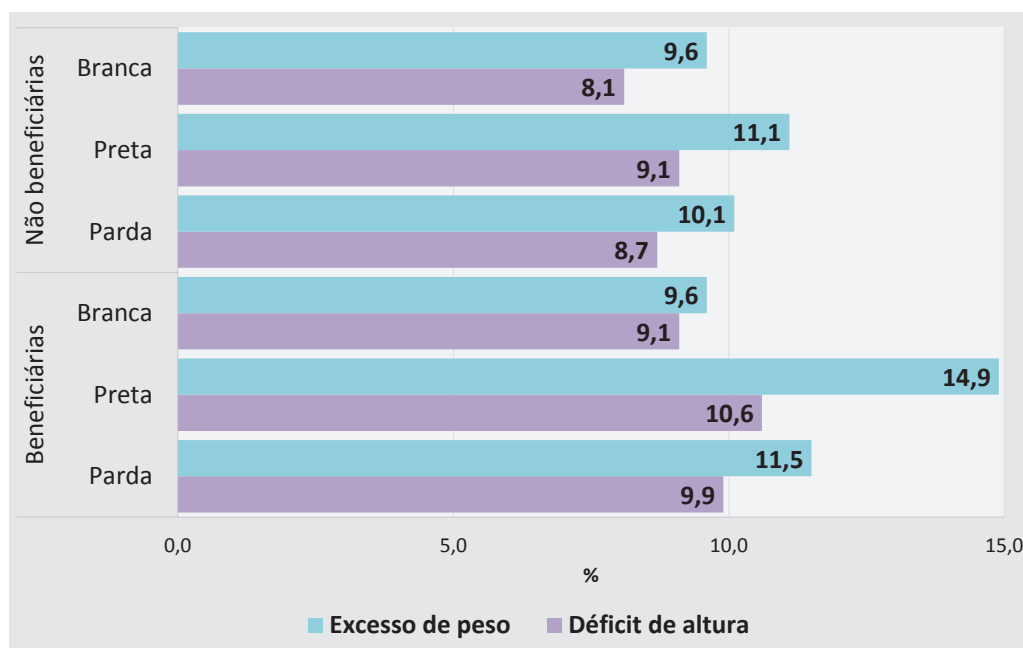


**Nota:** Dados preliminares sujeitos à revisão. Não foram apresentados os dados da categoria Indígena, por conter poucos registros. Foram excluídos 12.653 (5,6%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** SISVAN/ATSN/SMS/2018.

Quando se comparou crianças negras segundo vulnerabilidade social, as beneficiárias de programas de distribuição de renda apresentaram condição nutricional mais frágil em relação as não vulneráveis ou mesmo em relação às crianças de cor branca (**Gráfico 5**).

**Gráfico 5** - Crianças de 0 a 5 anos (%) atendidas na Atenção Primária segundo vulnerabilidade social\*, estado nutricional e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.

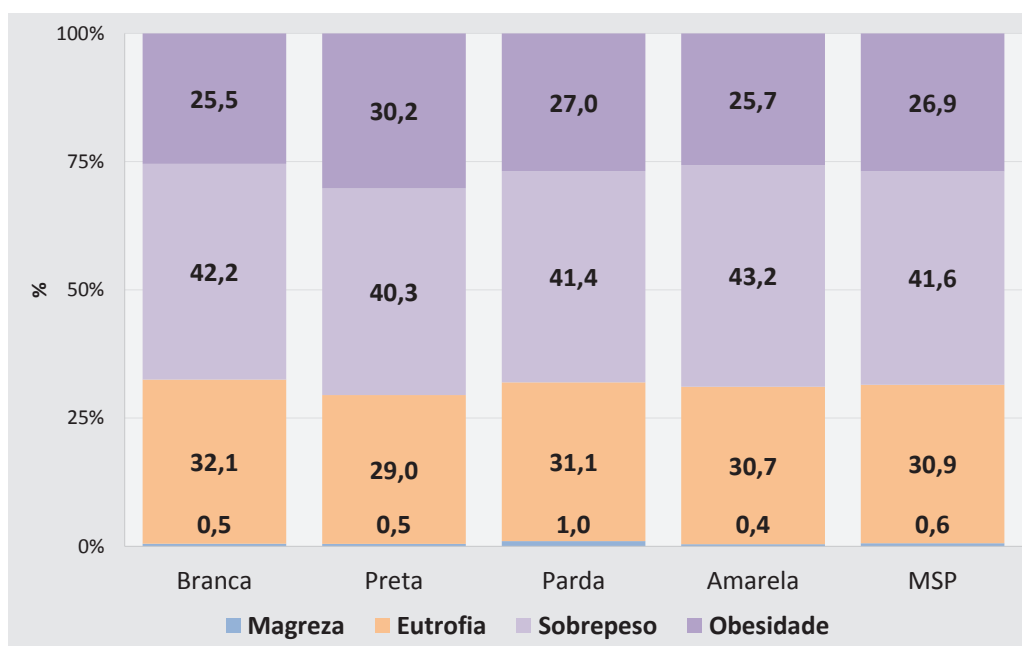


**Nota:** Famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, beneficiárias de programa de distribuição de renda.

**Fonte:** SISVAN/ATSN/SMS/2018

Entre adultos, de 20 a 59 anos, atendidos na APS, observou-se prevalência de 68,5% de excesso de peso, sendo 41,6% para sobrepeso e 26,9% obesidade. Na população preta, estes valores corresponderam a 70,5% de excesso de peso, sendo, 40,3% para sobrepeso e 30,2% obesidade de **(Gráfico 6)**.

**Gráfico 6** - Adultos de 20 a 59 anos (%) atendidos na Atenção Primária segundo raça/cor e estado nutricional. Município de São Paulo, 2018.



**Nota:** Dados preliminares sujeitos à revisão. Não foram apresentados os dados da categoria Indígena, por conter poucos registros. Foram excluídos 12.653 (5,6%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** SISVAN/ATSN/SMS/2018.

Há uma preocupação da OMS com a crescente dupla carga de má nutrição, que designa a coexistência de déficits nutricionais com excesso de peso na mesma população. Estas são situações de extrema gravidade social, pois desequilibram a saúde de um indivíduo expondo-o ao risco maior de adoecer ou morrer (WHO, sd).

Entre os indicadores centrais no SISVAN, o excesso de peso mostrou-se ainda bastante prevalente em todas as categorias de raça/cor, independente da faixa etária acompanhada. Isso indica que há necessidade em priorizar e fortalecer a promoção de práticas alimentares saudáveis na Atenção Primária, para a promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis, consequentes de um desequilíbrio nutricional.

# Doenças crônicas não transmissíveis

Há uma vasta produção científica acerca da prevalência mais elevada de diabetes, hipertensão e acidente vascular cerebral nas pessoas negras quando comparadas às não negras. Estes eventos estão relacionados a fatores de risco como inatividade física, baixo consumo de frutas e hortaliças, tabagismo e consumo abusivo de álcool (BRASIL, 2019).

Além disso, é importante ressaltar as especificidades sociais da população negra no Brasil, que resulta na marginalização histórica e na dificuldade no acesso às políticas públicas, ao trabalho formal e à moradia, o que repercute inclusive no acesso às políticas de saúde, dificultando o controle e adesão aos tratamentos de diabetes e hipertensão (CARDOSO; VARGA, 2016).

## Hipertensão arterial sistêmica

O percentual de mulheres negras  $\geq 18$  anos que referiram o diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no MSP correspondeu a 28,0%, enquanto para os homens negros, este valor foi de 21,0% (VIGITEL, 2018).

A proporção de HAS referida aumentou no MSP de 21,7% em 2008 para 23,2% em 2015; entretanto entre os pretos este valor diminuiu de 33,5% para 23,9% no mesmo período (**Tabela 15**). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na proporção de HAS referida segundo raça/cor em 2015.

**Tabela 15** - Hipertensão arterial sistêmica referida (%) segundo raça/ cor e ano. Município de São Paulo, 2008 e 2015.

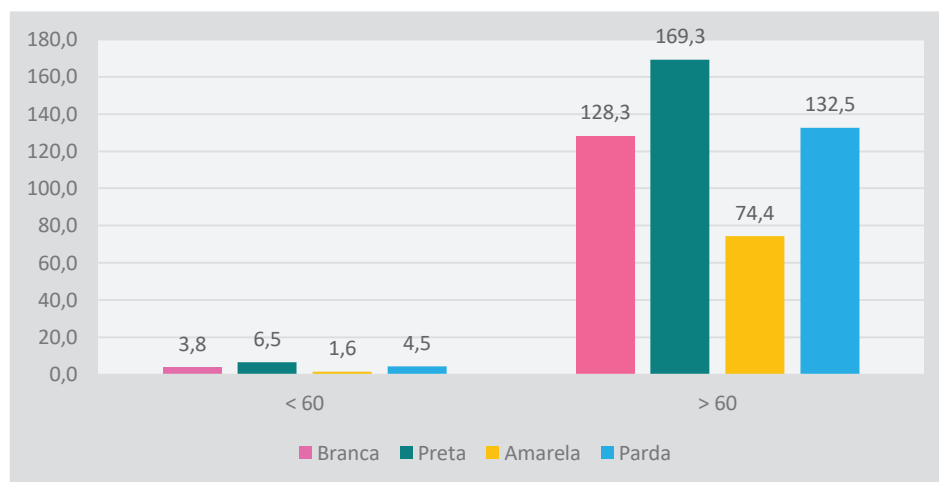
Raça/cor	2008		2015	
	%	IC <sub>95%</sub>	%	IC <sub>95%</sub>
Branca	21,0	(18,5 - 23,8)	24,2	(21,7 - 26,9)
<b>Preta</b>	<b>33,5</b>	<b>(26,0 - 42,0)</b>	<b>23,9</b>	<b>(19,3 - 29,1)</b>
Amarela	14,6	(5,7 - 32,7)	25,1*	(15,6 - 37,9)
<b>Parda</b>	<b>20,5</b>	<b>(16,8 - 24,8)</b>	<b>20,8</b>	<b>(18,3 - 23,5)</b>
<b>MSP</b>	<b>21,7</b>	<b>(19,8 - 23,8)</b>	<b>23,2</b>	<b>(21,5 - 25,0)</b>

**Nota:** A estimativa (%) não atende ao critério mínimo de precisão fixado com coeficiente de variação nulo ou superior a 30%.

**Fonte:** ISA Capital 2015 (SÃO PAULO, 2017d).

A taxa de mortalidade por HAS é maior na população preta – 169,3/100.000 habitantes, seguida da população parda – 132,5/100.000 habitantes tanto nos maiores de 60 anos quanto nos menores de 60 anos. A população amarela é a que apresenta menor mortalidade dos doença hipertensiva (**Gráfico 7**).

**Gráfico 7** - Taxa de mortalidade (/100.000 habitantes) por hipertensão arterial sistêmica, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.

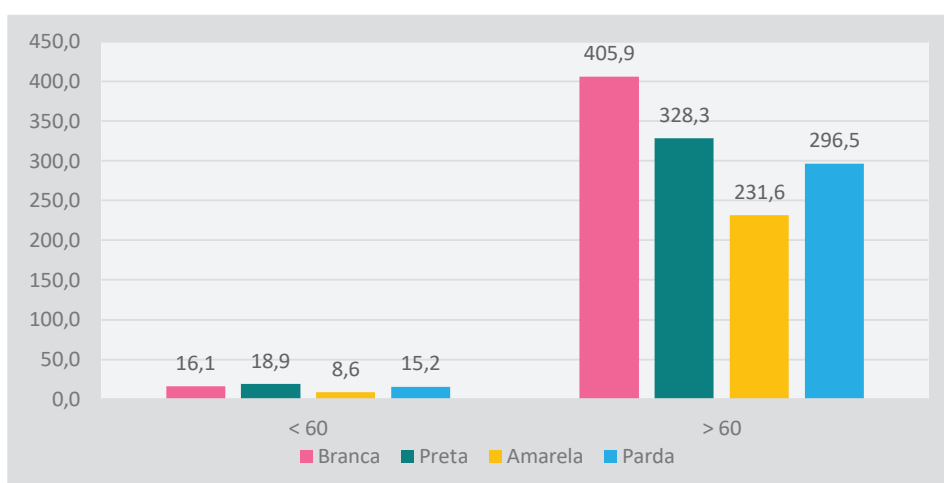


**Nota:** Topografias CID-10: I10, I11, I12, I13, I14.  
**Fonte:** PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP.

## Doença Isquêmica do coração

A doença isquêmica do coração - DIC apresenta maior taxa de mortalidade nos maiores de 60 anos, prioritariamente nos brancos – 405,9/100.000 habitantes, contudo nos menores de 60 anos a taxa é maior em pretos - 18,9/100.000 e pardos – 15,2/100.000, caracterizando maior mortalidade precoce por DIC na população negra (**Gráfico 8**).

**Gráfico 8** - Taxa de mortalidade (/100.000 habitantes) por doença isquêmica do coração, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.

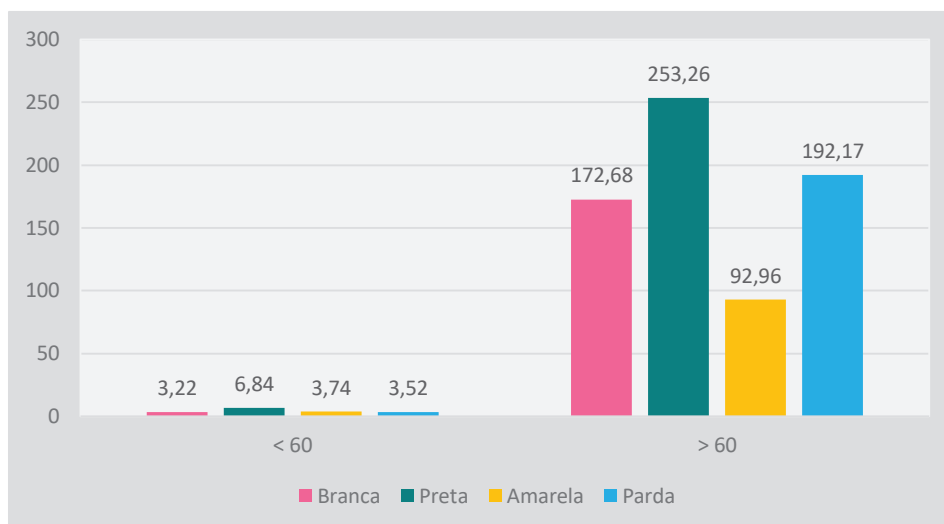


**Nota:** Topografias CID-10: I20, I21, I22, I23, I24.  
**Fonte:** PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP.

## Doença Cerebrovascular

A Doença Cerebrovascular (DCV) associada à HAS, apresenta a maior taxa de mortalidade acima de 60 anos, sendo a maior em pretos – 253,2/100.000 habitantes. Pardos está em segundo lugar – 192,1/100.000 habitantes. Assim como na HAS e DIC, na DCV amarelos apresentam as menores taxas de mortalidade (**Gráfico 9**).

**Gráfico 9** - Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por doença cerebrovascular, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.



**Nota:** Topografias CID-10: I63, I64.

**Fonte:** PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP.

## Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) é um problema de saúde que cresce em importância no mundo, no Brasil e também na cidade de São Paulo, na qual a prevalência aumentou de 4,7 % em 2003 para 7,4% em 2015. Esse aumento está relacionado ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, ao aumento da prevalência de obesidade e do sedentarismo, aos maus hábitos alimentares e à maior sobrevivência de pessoas com diabetes (SÃO PAULO, 2017c).

A diabetes pode ocasionar alterações e contribuir para a ocorrência de complicações graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, perda de visão e amputação de membros, e está associada a um maior risco de morte precoce (WHO, 2016).

No MSP, 8,0% das mulheres negras referiram diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), enquanto nos homens negros este valor correspondeu a 7,0% (BRASIL - VIGITEL, 2019).

Quanto ao Isa Capital do Município de São Paulo, realizado em 2015, não foram observadas diferenças estatísticas significativas na proporção de DM referido segundo raça/cor na população de adultos (18 a 59 anos) e idosos (60 anos e mais) (**Tabela 16**).

**Tabela 16** - Diabetes mellitus referido (%) segundo faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015.

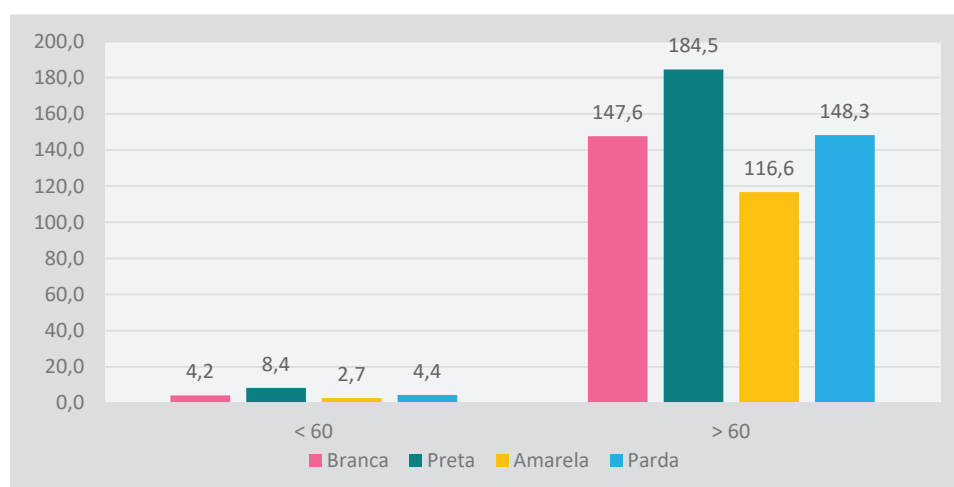
Raça/cor	Faixa etária (em anos)			
	18 a 59 anos		60 e mais	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Branca	4,6	(3,4 - 6,4)	23,0	(19,8 - 26,6)
<b>Preta</b>	<b>2,7 *</b>	<b>(1,3 - 5,3)</b>	<b>17,8</b>	<b>(10,6 - 28,2)</b>
Amarela	0,0	-	33,4	(19,5 - 50,9)
<b>Parda</b>	<b>4,2</b>	<b>(3,2 - 5,4)</b>	<b>20,8</b>	<b>(16,5 - 26,0)</b>
<b>MSP</b>	<b>4,2</b>	<b>(3,4 - 5,1)</b>	<b>22,5</b>	<b>(20,0 - 25,2)</b>

**Nota:** A estimativa (%) não atende ao critério mínimo de precisão fixado com coeficiente de variação nulo ou superior a 30%.

**Fonte:** ISA Capital 2015, (SÃO PAULO, 2017c).

A taxa de mortalidade foi maior na população preta, nas duas faixas etárias, sendo 184,5/100.000 habitantes nos maiores de 60 anos e 8,41/100.000 habitantes nos menores de 60 anos (**Gráfico 10**).

**Gráfico 10** - Taxa de mortalidade (/100.000 habitantes) por diabetes mellitus, em menores de 60 anos de idade e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.



**Nota:** Topografias CID-10: I20, I21, I22, I23, I24.

**Fonte:** PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP.

## Câncer de Mama

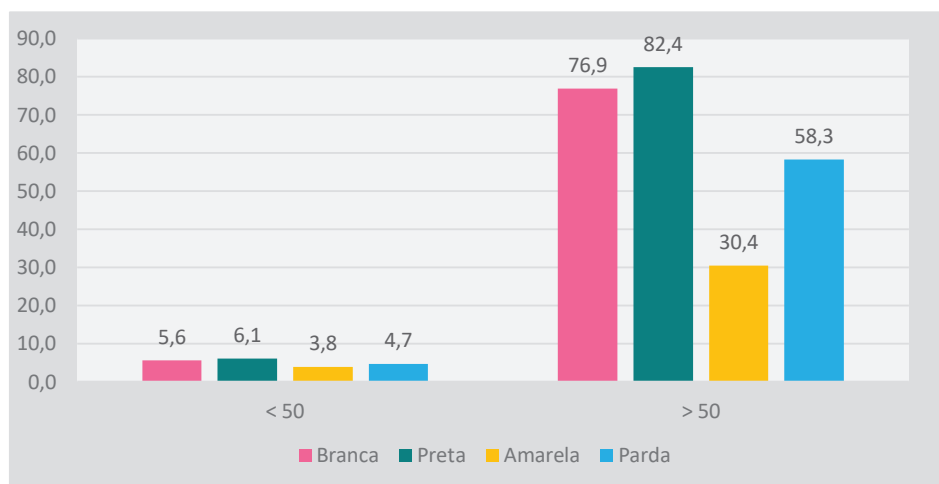
O câncer de mama ocorre principalmente em mulheres acima de 50 anos, na população feminina abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 10 óbitos a cada 100.000 mulheres, enquanto na faixa etária a partir de 60 anos o risco é 10 vezes maior (INCA, 2019).

Em 2015, segundo ISA Capital, 74,3% das mulheres entre 50 e 69 anos informaram ter feito mamografia nos dois anos anteriores à entrevista, proporção igual a de 2008 e superior a de 2003 (54,5%)(SÃO PAULO, 2017).



A mortalidade por câncer de mama se concentra acima dos 50 anos, mas esta presente também em mulheres mais jovens. Mulheres pretas apresentaram maior taxa de mortalidade acima dos 50 anos – 82,4/100.000 mulheres, seguida das brancas – 76,9/100.000 mulheres e também abaixo dessa idade (**Gráfico 11**).

**Gráfico 11** - Taxa de mortalidade por câncer de mama, (/100.000 mulheres), em menores de 50 e 50 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.



Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP.

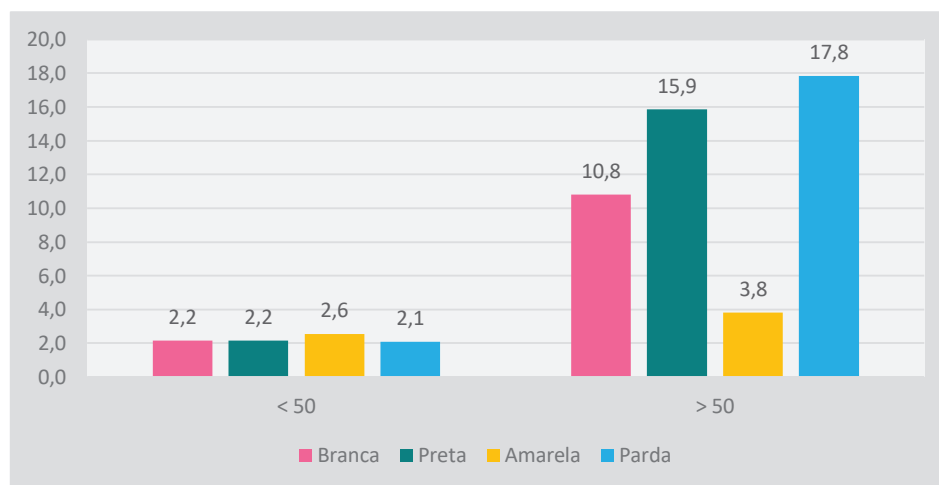
## Câncer de Colo Uterino

O câncer de colo do útero é causa importante de morbimortalidade na população feminina, sendo o terceiro tipo de câncer mais comum em mulheres de todo o mundo. O diagnóstico precoce possibilita realizar intervenção e tratamento adequado o mais breve possível, o que melhora o prognóstico e as chances de a cura e reduz a mortalidade (SÃO PAULO, 2017a).

No inquérito de Saúde – ISA Capital realizado em 2015 a prevalência de mulheres na faixa etária de 20 anos e mais que realizaram Papanicolaou, alguma vez na vida foi maior nas amarelas – 93,6%, seguidas das pretas – 92,5%, brancas – 91,9%, pardas – 91,1, sendo a menor nas indígenas – 61,6% (SÃO PAULO, 2017a).

Quanto a mortalidade o câncer de colo uterino apresentou a maior taxa de mortalidade em mulheres pardas – 17,8/100.000 mulheres, seguidas das pretas – 15,9/100.000 mulheres. Abaixo dos 50 anos de idade a maior taxa de mortalidade foi de mulheres amarelas – 2,6/100.000, um pouco acima os outros segmentos (**Gráfico 12**).

**Gráfico 12** - Taxa de mortalidade por câncer de colo uterino, (/100.000 mulheres), em menores de 50 anos e 50 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.



Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP.

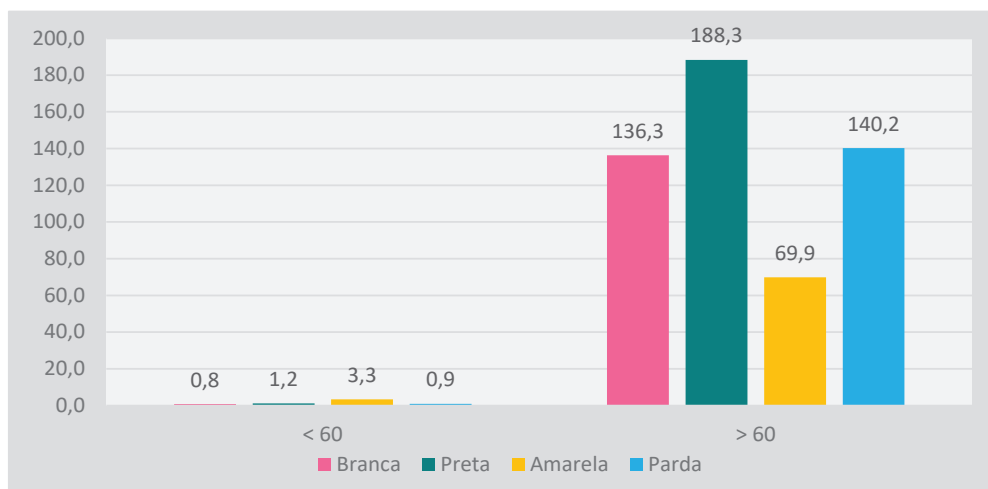
## Câncer de Próstata

O câncer da próstata é o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo e o quinto em taxa de mortalidade. No Brasil é o câncer de maior incidência entre os homens, excluídos os casos de pele não melanoma, e também é o segundo tipo de câncer em termos de mortalidade. O principal fator de risco para a doença é a idade, sendo considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos ocorrem a partir dos 65 anos (SÃO PAULO, 2017b).

No ISA Capital 2015 identificou-se que maior parte dos homens que se submeteu a estes exames (50,8%) realizou apenas a dosagem de PSA. Outros 45,7% informaram a realização de dosagem de PSA e toque retal. Homens da cor amarela e branca realizam mais exames que os pardos e pretos., assim como homens com 11 anos ou mais de estudo em relação aos com 4 a 10 anos de estudos, homens com renda familiar per capita superior a cinco salários mínimo em relação aos com renda entre 1 a 2 salários mínimos (SÃO PAULO, 2017b).

A mortalidade foi maior em homens pretos com mais de 60 anos – 188,3/100.000 homens, seguidos dos pardos – 140/100.000 homens, nos menores de 60 anos os homens amarelos apresentaram maior taxa de mortalidade – 3,3/100.000 homens (**Gráfico 13**).

**Gráfico 13** - Taxa de mortalidade por câncer de próstata, (/100.000 homens), em menores de 60 anos e 60 e mais, segundo raça/cor. Residentes no município de São Paulo, 2017.



Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP.

## Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população negra

O Inquérito Telefônico Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) - Brasil 2018 População Negra o), entre outras informações, apresenta análise de variação temporal (2011 – 2018) com os indicadores que tiveram mudança estatisticamente significativa para a população negra brasileira, no qual observam-se resultados favoráveis e em consonância com as metas nacionais constantes no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022 (PAEEDCNT 2011-2022). Dentre estes: redução da prevalência de fumantes em 0,5 %; aumento da prevalência de atividade física no lazer em 1 % e aumento na frequência de mulheres com idade entre 50 a 69 anos que fizeram mamografia em qualquer tempo 1,1%. Já para a meta redução na prevalência de obesidade houve aumento de 0,5 % pontos percentuais e, em relação ao consumo abusivo de álcool, não houve mudança significativa (**Tabela 17**).

**Tabela 17** - Indicadores do VIGITEL constantes nas metas do PAEEDCNT 2011-2022, que apresentaram variação temporal estatisticamente significativa no período. População adulta negra (≥18 anos) de ambos os sexos das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (2011-2018).

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Varição anual média
% de fumantes	13,4	11,7	11,0	10,3	9,9	10,3	9,4	9,2	-0,5
% com obesidade (IMC ≥30g/m <sup>2</sup> )	16,1	17,2	17,7	19,5	19,8	19,2	20,0	20,0	0,6
% ativos no lazer	30,3	33,6	33,4	34,1	37,0	36,8	38,5	38,5	1,0
% de mamografia a qualquer tempo	85,8	88,0	87,2	88,6	90,6	93,5	92,4	92,7	1,1

Fonte: VIGITEL - População Negra, 2019.

Análise comparativa entre negros e brancos apresentou piores resultados de alguns indicadores: consumo regular e recomendado de frutas e hortaliças entre homens (consumo regular: negros -23,8% e brancos 33,3%; recomendado: negros 16,0% e brancos 21,6%) e nas mulheres (consumo regular: negras 34,7% e brancas - 44,1%; recomendado: negras 23,7% e brancas - 30,9%); maior prevalência de consumo abusivo de álcool entre as mulheres e homens negros; e menor frequência na realização de mamografia a qualquer tempo (negras - 92,7% e brancas - 95,4%) e papanicolou nos últimos três anos (negras - 78,8% e brancas - 85,2%).

Em contrapartida, a população negra obteve melhores resultados em indicadores de atividade física, com maior proporção de indivíduos ativos no deslocamento entre as mulheres negras - 15,2% e menor prevalência em insuficientemente ativos entre os homens negros -32,9%, bem como a menor frequência de indivíduos que conduzem veículo após o consumo de bebida alcoólica (negros 4,7% e brancos 6,3%) (**Tabela 18**). As diferenças descritas evidenciam as diferenças relacionadas ao acesso das pessoas a entornos saudáveis, a bens e serviços que influenciam suas escolhas, a estilo de vida e consequentes desfechos de saúde.

**Tabela 18** - Comparação da frequência (%) de indicadores de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre a população negra e branca por sexo, das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, 2018.

Indicador	Homens		Mulheres		Total	
	Negros	Branco	Negras	Branco	Negros	Branco
% consumo regular frutas e hortaliças	<b>23,8</b>	<b>33,3</b>	<b>34,7</b>	<b>44,1</b>	<b>29,5</b>	<b>39,1</b>
% consumo recomendado de frutas e hortaliças	<b>16,0</b>	<b>21,6</b>	<b>23,7</b>	<b>30,9</b>	<b>20,1</b>	<b>26,7</b>
% ativos no deslocamento	15,3	14,1	<b>15,2</b>	<b>12,5</b>	<b>15,3</b>	<b>13,3</b>
% insuficientemente ativos	<b>32,9</b>	<b>37,9</b>	51,0	52,6	<b>42,4</b>	<b>46,2</b>
% de inativos	12,5	13,7	<b>13,4</b>	<b>15,5</b>	<b>13,0</b>	<b>14,7</b>
% consumo abusivo de álcool	27,0	25,0	<b>12,1</b>	<b>9,9</b>	<b>19,2</b>	<b>16,6</b>
% conduzindo veículos após consumo de bebida alcoólica	<b>8,4</b>	<b>10,8</b>	<b>1,2</b>	<b>2,9</b>	<b>4,7</b>	<b>6,3</b>
% mamografia a qualquer tempo	-	-	<b>92,7</b>	<b>95,4</b>	-	-
% mamografia nos últimos 2 anos	-	-	<b>75,5</b>	<b>80,8</b>	-	-
% papanicolou a qualquer tempo	-	-	<b>85,1</b>	<b>91,7</b>	-	-
% papanicolou nos últimos 3 anos	-	-	<b>78,8</b>	<b>85,2</b>	-	-

**Nota:** Os valores destacados em negrito apresentaram p valor < 0,05.

**Fonte:** VIGITEL - População Negra, 2019.

O Inquérito de Saúde realizado no MSP - ISA Capital 2015 avaliou, dentre outros indicadores de saúde, fatores de risco e proteção para as DCNT, como tabagismo, uso nocivo do álcool e atividade física. A frequência de uso de tabaco na população preta foi de 18,2%, nos pardos 16,9% e entre os brancos 16,0%. Não foram observadas diferenças estatísticas significativas em relação à raça/cor para a população com 12 anos ou mais de idade (SÃO PAULO, 2019b).

O consumo de álcool apresentou maior prevalência em “usuários de risco” entre os pretos/pardos – 8,6% em relação aos brancos -7,1%. Na análise de regressão logística multivariada não foi possível observar associação entre consumo de álcool e raça/cor (SÃO PAULO, 2019c).

Quanto a atividade física observou-se que não houve diferença entre “brancos” e “não brancos” tanto na atividade física global com 79,3% e 83,3% respectivamente, como nos domínios lazer- (22,3% x 20,4%, deslocamento - 21,3% x 21,8%, trabalho - 27,5% x 31,2% e ambiente doméstico - 50,5% x 52,3% (SÃO PAULO, 2019d).

Assim como no VIGITEL para os brasileiros, os resultados do ISA Capital 2015 demonstram a necessidade de investimentos e ampliação de estratégias e políticas públicas para promover ambientes saudáveis e acesso aos serviços de saúde por toda a população.

# Violência

A violência sempre esteve presente nas sociedades e na experiência humana. Seu impacto pode ser verificado de várias formas, pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto-agressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso de força física ou poder, contra si próprio, outra pessoa ou comunidade que leve ao sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

No município de São Paulo, a população negra representa 37,0%, mas está presente em mais de 44,3% das notificações de violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. A violência interpessoal/autoprovocada representa 44,2% na população negra no MSP (**Tabela 19**).

**Tabela 19** - Violência interpessoal/autoprovocada (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.

Raça / cor	Violência interpessoal / autoprovocada					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Branca	5.131	36,7	8.607	41,2	13.738	39,4
Preta	<b>1.297</b>	<b>9,3</b>	<b>1.989</b>	<b>9,5</b>	<b>3.286</b>	<b>9,4</b>
Amarela	87	0,6	135	0,6	222	0,6
Parda	<b>4.871</b>	<b>34,8</b>	<b>7.289</b>	<b>34,9</b>	<b>12.160</b>	<b>34,8</b>
Indígena	61	0,4	94	0,4	155	0,4
Ignorado	2.534	18,1	2.798	13,4	5.332	15,3
<b>Total</b>	<b>13.981</b>	<b>100,0</b>	<b>20.912</b>	<b>100,0</b>	<b>34.893</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Foram excluídos 23 registros sem informação de sexo.

**Fonte:** SINAN NET, DANT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

A intervenção legal (IL) pode ser definida como a violência cometida pelo agente da lei durante o exercício de seu trabalho. No Brasil é bastante subnotificada, como veremos adiante. Nesta tabela temos o acumulado de 3 anos de intervenções legais notificadas, com números ainda tímidos. Na IL, a presença da população negra nas notificações SINAN é ainda maior do que nas outras formas de violências, ultrapassando os 50,0%. Note-se que há menos intervenção legal no sexo feminino, mas quando ela ocorre, em mais da metade dos casos é na mulher negra, que representa mais de 54,1% das IL (**Tabela 20**).

**Tabela 20** - Violência interpessoal/autoprovocada (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2017 a 2019.

Raça/cor	Intervenção Legal					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ign/Branco	10	8,93	3	4,29	13	7,14
Branca	40	35,71	31	44,29	71	39,01
Preta	12	10,71	9	12,86	21	11,54
Amarela	1	0,89	2	2,86	3	1,65
Parda	49	43,75	25	35,71	74	40,66
Indígena	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>182</b>	<b>100</b>

Fonte: SINAN NET, DANT/COVISA/SMS-SP. Acesso em abril/2020.

A lesão autoprovocada, ou autoagressão, correspondeu quase ao dobro de casos no sexo feminino em relação ao masculino. E na população negra corresponde a mais de 42,0% do total (**Tabela 21**).

**Tabela 21** - Lesão autoprovocada (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.

Raça / cor	Lesão autoprovocada					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Branca</b>	<b>1.004</b>	<b>40,2</b>	<b>2.105</b>	<b>43,4</b>	<b>3.109</b>	<b>42,3</b>
<b>Preta</b>	<b>232</b>	<b>9,3</b>	<b>458</b>	<b>9,4</b>	<b>690</b>	<b>9,4</b>
<b>Amarela</b>	<b>20</b>	<b>0,8</b>	<b>35</b>	<b>0,7</b>	<b>55</b>	<b>0,7</b>
<b>Parda</b>	<b>827</b>	<b>33,1</b>	<b>1.576</b>	<b>32,5</b>	<b>2.403</b>	<b>32,7</b>
<b>Indígena</b>	<b>14</b>	<b>0,6</b>	<b>14</b>	<b>0,3</b>	<b>28</b>	<b>0,4</b>
<b>Ignorado</b>	<b>401</b>	<b>16,1</b>	<b>664</b>	<b>13,7</b>	<b>1.065</b>	<b>14,5</b>
<b>Total</b>	<b>2.498</b>	<b>100,0</b>	<b>4.852</b>	<b>100,0</b>	<b>7.350</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN NET, DANT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

A agressão sexual é cerca de seis vezes maior no sexo feminino e a mulher negra é super-representada, com quase metade dos casos notificados (**Tabela 22**).

**Tabela 22** - Violência sexual (n e %) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2018.

Raça / cor	Violência sexual					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Branca	172	42,2	988	40,2	1.160	40,5
Preta	<b>46</b>	<b>11,3</b>	<b>274</b>	<b>11,1</b>	<b>320</b>	<b>11,2</b>
Amarela	1	0,2	14	0,6	15	0,5
Parda	<b>148</b>	<b>36,3</b>	<b>939</b>	<b>38,2</b>	<b>1.087</b>	<b>37,9</b>
Indígena	3	0,7	35	1,4	38	1,3
Ignorado	38	9,3	208	8,5	246	8,6
<b>Total</b>	<b>408</b>	<b>100,0</b>	<b>2.458</b>	<b>100,0</b>	<b>2.866</b>	<b>100,0</b>

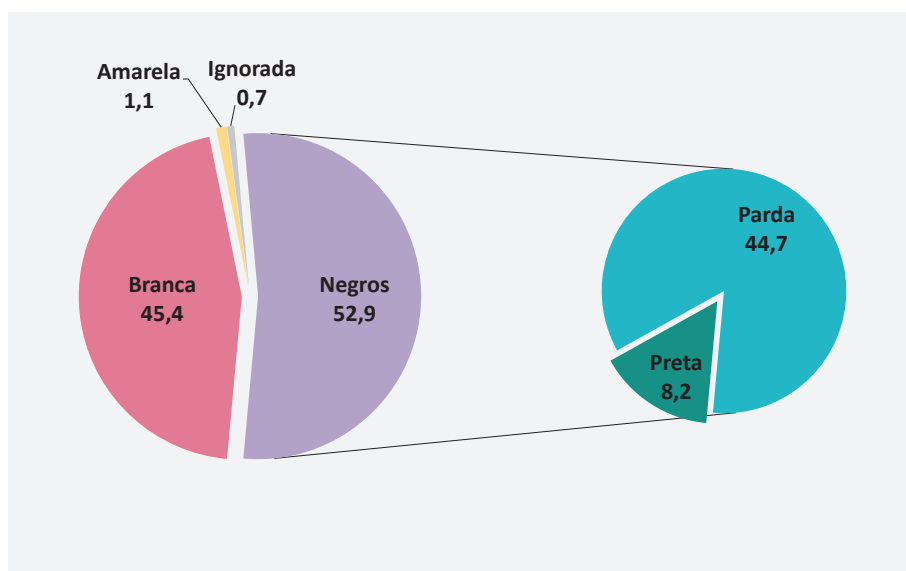
**Nota:** Foi excluído um registro sem informação de sexo.

**Fonte:** SINAN NET, DANT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Já a mortalidade por causas violentas é muito maior no sexo masculino em todas as raças. No entanto é mais importante para a população negra (**Gráfico 14**).

Nos óbitos por todas as formas de violências, o sexo masculino da população negra está super-representado, já que corresponde a 52,9% dos óbitos. A super-representação é ainda maior entre os pardos, enquanto os brancos que correspondem a 60,6% da população estão francamente sub-representados entre os óbitos por violências. Não foram registrados óbitos desta natureza entre os indígenas.

**Gráfico 14** - Óbitos (%) por causas externas (homicídios, suicídios, intervenção legal e eventos de intenção indeterminada) no sexo masculino segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2017.



**Fonte:** SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Dentre as mortes por violências destaca-se a IL, apenas 182 IL foram notificadas ao SINAN em 3 anos (**Tabela 23**), no entanto foram mortas 176 pessoas por IL só no ano de 2017 (**Tabela 23**), evidenciando o quanto este agravo é subnotificado no SINAN. Embora a intervenção legal seja um evento que teoricamente possa ocorrer igualmente entre homens e mulheres, todos os óbitos por IL registrados ocorreram no sexo masculino, sendo 66,7% na população negra e com maior concentração na faixa-etária de 15 a 29 anos – 68,8%. Não foram registrados óbitos por IL entre os indígenas e indivíduos da raça amarela.

**Tabela 23** - Óbitos (%) por intervenção legal no sexo masculino segundo faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2017.

Raça / cor	Faixa etária (em anos)						Total	
	< 15		15 a 29		30 e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Branca	0	0,0	42	31,1	15	42,9	57	33,3
Preta	0	0,0	11	8,1	2	5,7	13	7,6
Parda	1	100,0	82	60,7	18	51,4	101	59,1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>171</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Foram excluídos cinco registros sem informação de idade.

**Fonte:** SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Crescente tematização da vulnerabilidade dos jovens negros à violência urbana tem movimentado setores tanto da sociedade civil quanto de governos. A experiência de desigualdade na vivência da violência fatal entre as faixas etárias e os grupos raciais tem sido constatada por diagnósticos como os Mapas da Violência (WAISELFISZ, 2013) e o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial (BRASIL, 2014).

A incidência da letalidade policial entre os jovens negros também foi constatada em pesquisa financiada pela Senasp. A produção desses diagnósticos responde a demandas do associativismo negro e jovem por políticas públicas de segurança que possam fazer frente ao quadro caracterizado no discurso de ativistas como “genocídio da juventude negra” (SINHORETTO et al., 2016).

A necessidade do compromisso urgente para enfrentar essa situação de violência é do estado e também de toda a sociedade. A Informação de Saúde na área do enfrentamento da violência precisa necessariamente estar implicada em desvelar as causas das violações de direitos.

## Atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência

A construção de políticas públicas para a superação da violência contra a pessoa negra no campo da saúde pública, assim como a efetivação das estratégias e ações de articulação entre os diversos setores são desafios dos profissionais e gestores que trabalham com as pessoas em situação de violência, sendo que cada setor se mostra fundamental para o cuidado em rede e para sua prevenção. Desta forma, as intervenções interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial se mostram fundamentais.

Compreendendo que o fenômeno da violência é multicausal, complexo e historicamente construído, criou-se em 2012 os Núcleos de Prevenção à Violência (NPV), em que seu escopo de atuação envolve não apenas o tratamento do agravo, mas também a prevenção, produção de qualidade de vida, promoção da cultura da paz, trabalho interdisciplinar e intersetorial, utilizando-se de ferramentas como empatia, respeito, autonomia, empoderamento e principalmente o cuidado centrado na pessoa, proporcionando uma gestão democrática do cuidado.



Os NPV trabalham incluindo temas de discussão e reflexão nos grupos, no sentido de enfrentar a violência que a população negra é acometida. Incluem nas discussões os temas relacionados ao racismo, discriminação dentro e fora dos serviços de saúde e também a sensibilização dos trabalhadores das unidades sobre a importância da cultura de paz.

O NPV corresponde à equipe de referência do Serviço de Saúde responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz.

Cabe aos profissionais de saúde das Unidades Básicas, a busca do entendimento da situação de violência e de seus determinantes, no território e junto com a rede, criar estratégias para enfrentamento dos casos, criando estratégias de promoção e prevenção de violência.

Para além dos serviços de saúde existem outros atores e setores os quais compõe o cuidado e são de fundamental importância para a construção da rede de proteção social para as situações de prevenção de violência, tais como: Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Conselho Tutelar, Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Habitação, Direitos Humanos, entre outros (SÃO PAULO, 2015).

# Saúde do Trabalhador

Historicamente, o mercado de trabalho brasileiro guarda diferenças na inserção dos trabalhadores segundo critérios como raça/cor e gênero, que podem ser observadas em relação à ocupação, desemprego, tipo de atividade econômica e renda (SANTOS, 2014). Alguns estudos destacam ainda que, em momentos de crise econômica os negros ficam mais vulneráveis à perda do emprego (SEADE, 2018). Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho estão associados aos riscos presentes nos ambientes, processos, condições e organização do trabalho, que também podem ser relacionados à condição socioeconômica e às desigualdades raciais.

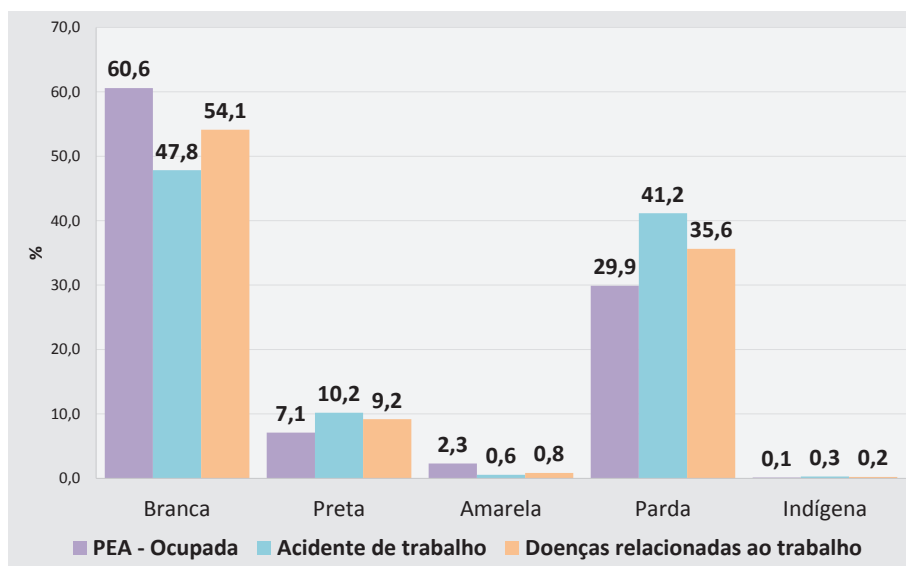
Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho - DRT foram incluídos no SINAN com a Lei Nº 777/2004, tornando-se de notificação compulsória em território nacional. Implantado efetivamente no ano de 2006, inclui os seguintes agravos relacionados ao trabalho: acidente de trabalho, acidente de trabalho com exposição a material biológico, intoxicação exógena relacionada ao trabalho; câncer ocupacional; pneumoconiose; dermatose ocupacional; lesões por esforços repetitivos / distúrbios osteomusculares (LER / DORT); perda auditiva induzida por ruído; transtorno mental relacionado ao trabalho.

No MSP, acidentes e intoxicações são atendidos e notificados por toda a rede de saúde e as doenças relacionadas ao trabalho são notificadas em unidades sentinelas, compostas basicamente pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CRST, o que repercute no número de notificações.

A distribuição percentual de acidentes de trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, comparada à População Economicamente Ativa - PEA e Ocupada - PEA O - do MSP aponta que o total de ocorrências excedeu a população ocupada indicando uma super-representação entre raça e cor e a condição de ter sido vítima de acidente e ou doença relacionada ao trabalho, no período.

Na PEA, trabalhadores da população negra representam pouco mais de um terço dos ocupados - 37%, mas são vítimas de metade dos acidentes notificados - 51,4% e em relação a doenças relacionadas ao trabalho, este número foi - 44,8%. Também houve um excedente no percentual de notificações de acidentes de trabalho - 14,4% e doenças relacionadas ao trabalho - 7,8% entre os trabalhadores negros quando comparados à PEA O. Entre trabalhadores brancos, ocorreu o oposto, com sub-representação de menos - 12,8% de ocorrências de acidentes e menos - 6,5% de doenças relacionadas ao trabalho em relação à PEA O (**Gráfico 15**).

**Gráfico 15** - População Economicamente Ativa - Ocupada (%), acidentes de trabalho (%) e doenças relacionadas ao trabalho segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.



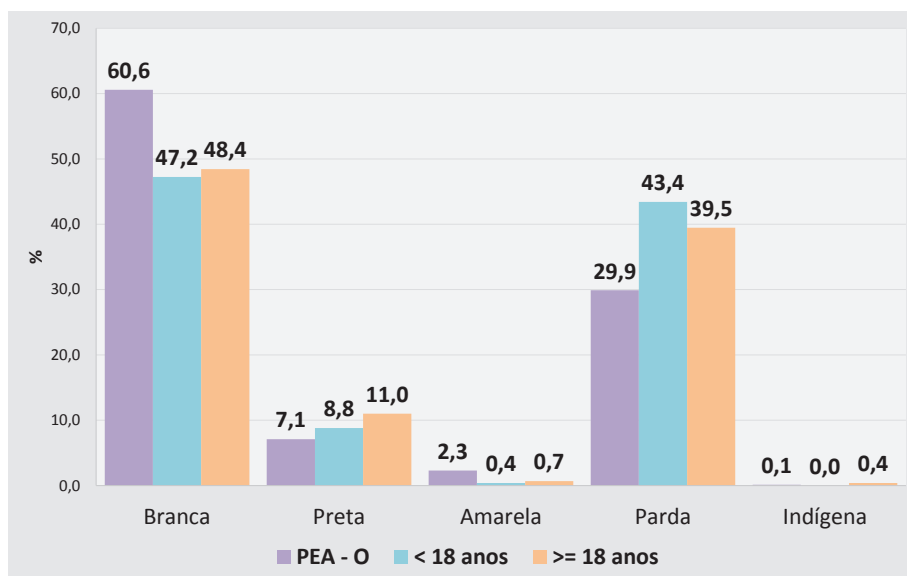
**Nota:** Foram excluídos os registros ignorados. PEA Ocupada 2010 por apresentar dados desagregados para o MSP.

**Fonte:** SINAN NET, DVIAT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Entre trabalhadores negros com menos de 18 anos, a relação entre raça/cor e ser vítima de acidente de trabalho foi ainda maior que entre adultos, representando 52,3% dos acidentes notificados (**Gráfico 16**). A inserção precoce no mercado de trabalho indica tanto a vulnerabilidade de negros jovens, quanto a maior exposição a riscos no trabalho.

Não houve registro de notificação de trabalhadores com menos de 18 anos com doença relacionada ao trabalho, o que é esperado, por serem, em sua maioria, doenças progressivas, que dependem da exposição a fatores de risco como fibras, produtos químicos, ruído, movimentos repetitivos, entre outros.

**Gráfico 16** - População Economicamente Ativa - Ocupada (%) e acidentes de trabalho de notificação compulsória segundo faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.



**Nota:** Foram excluídos os registros ignorados. PEA Ocupada 2010 por apresentar dados desagregados para o MSP.

**Fonte:** SINAN NET, DVISAT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

No período de 2015 a 2018, ocorreram 43.664 notificações de acidente de trabalho envolvendo trabalhadores do sexo masculino e 24.325 envolvendo trabalhadoras do sexo feminino. Não houve diferença significativa na distribuição percentual de notificação entre homens e mulheres negras.

Em relação aos acidentes de trabalho graves (politraumatismo, amputações, esmagamentos, traumatismo crânio-encefálico, fratura de coluna entre outros) notificados no SINAN, não houve diferença significativa na distribuição segundo a variável raça/cor (**Tabela 24**). Entre mulheres que morreram em decorrência de acidente de trabalho a distribuição foi igual entre brancas e pardas, com três óbitos cada, mas vale ressaltar que a população parda é menor do que a população branca.

**Tabela 24** - Acidentes de trabalho (%) segundo gravidade, sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

Raça / cor	Não grave		Grave		Óbito	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Branca	46,0	50,5	55,5	58,6	47,6	42,9
Preta	<b>10,4</b>	<b>9,8</b>	<b>9,5</b>	<b>9,6</b>	<b>15,9</b>	<b>14,3</b>
Amarela	0,5	0,6	0,6	0,3	0,0	0,0
Parda	<b>42,7</b>	<b>38,9</b>	<b>34,1</b>	<b>31,2</b>	<b>36,5</b>	<b>42,9</b>
Indígena	0,3	0,3	0,2	0,3	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Foram excluídos cinco registros sem informação de idade.

**Fonte:** SINAN DVISAT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Os homens são as principais vítimas dos acidentes de trabalho, correspondendo a 63,8% dos acidentes não graves, 79,8% dos acidentes graves e 90,0% dos óbitos notificados no SINAN.

Homens e mulheres brancos foram os que apresentaram o maior percentual, com, respectivamente, 52,8% e 55,1% das notificações de doenças relacionadas ao trabalho (**Tabela 25**). A gravidade das lesões decorrentes de acidentes de trabalho não sofreu influência do quesito raça, com distribuição igual entre negros e não negros, no entanto, acompanhando a distribuição de acidentes de trabalho e a sua super-representação em relação à PEA O.

**Tabela 25** - Doenças relacionadas ao trabalho (%) segundo sexo e sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

Raça / cor	Doenças relacionadas ao trabalho	
	Masculino	Feminino
Branca	52,8	55,1
Preta	<b>8,3</b>	<b>9,8</b>
Amarela	0,5	1,1
Parda	<b>38,2</b>	<b>33,8</b>
Indígena	0,1	0,3
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Foram excluídos cinco registros sem informação de idade.

**Fonte:** SINAN DVISAT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Dentre os trabalhadores que sofreram acidente de trabalho, observou-se que - 42,6% eram pardos e - 11,0%, pretos, o que pode ser decorrente de uma inserção mais precária no mercado de trabalho (**Tabela 26**).

Observou-se menor ocorrência de acidentes de trabalho dentre os trabalhadores negros com vínculo empregatício “servidor público” - 39,1%, quando comparada com trabalhadores brancos - 59,7%, o que pode ser explicada na inserção desigual entre negros e não negros neste segmento do mercado de trabalho, no qual o concurso é a principal forma de ingresso.

**Tabela 26** - Doenças relacionadas ao trabalho (%) segundo tipo de vínculo empregatício e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

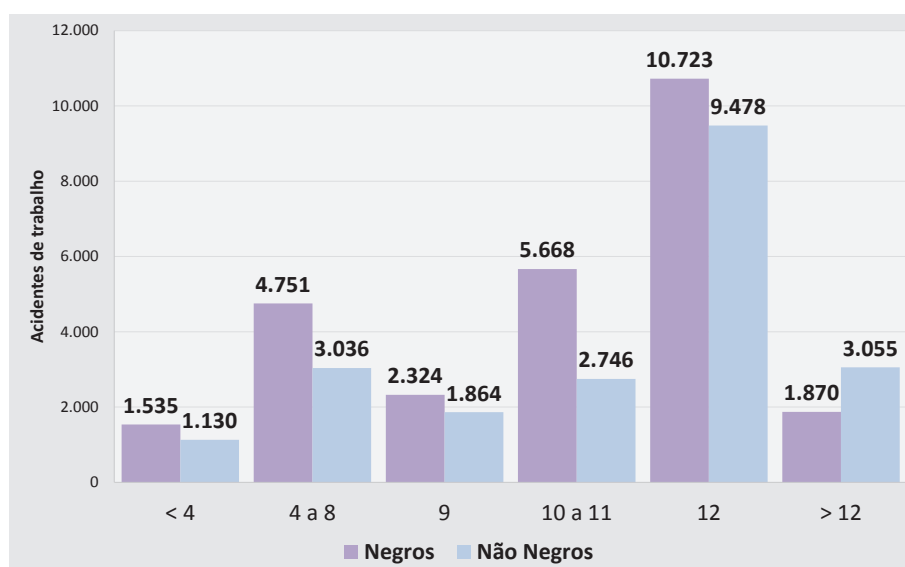
Raça / cor	Empregado registrado	Empregado sem registro	Servidor público	Outros
Branca	46,8	45,4	59,7	54,3
Preta	<b>10,2</b>	<b>11,0</b>	<b>9,6</b>	<b>11,3</b>
Amarela	0,5	0,6	1,0	0,2
Parda	<b>42,1</b>	<b>42,6</b>	<b>29,5</b>	<b>34,1</b>
Indígena	0,3	0,4	0,2	0,2
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Foram excluídos cinco registros sem informação de idade.

**Fonte:** SINAN DVISAT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Não se observou diferenças significativas na curva de acidentes de trabalho registrados entre negros e não negros segundo o número de anos de estudo. No entanto, a concentração de casos de acidentes de trabalho entre negros ocorreu na faixa que corresponde ao ensino fundamental completo e ensino médio completo. Entre trabalhadores da cor branca, esta faixa deslocou-se ligeiramente, com concentração a partir do ensino médio incompleto até o ensino médio completo (**Gráfico 17**).

**Gráfico 17** - Acidentes de trabalho segundo anos de estudo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.



**Nota:** Foram excluídos os registros ignorados.

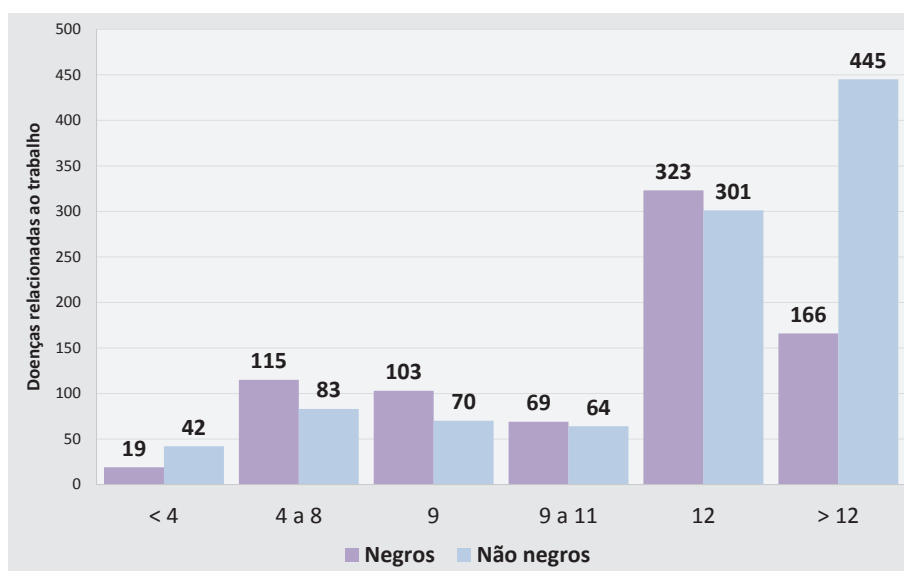
**Fonte:** SINAN NET, DVISAT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Gonzaga (2018) ao estudar a escolaridade dos ocupados na Região Metropolitana de São Paulo, observou a presença maior de negros em ocupações semi qualificadas, associadas a níveis de escolaridade mais baixos em relação aos não negros.

Sobre as doenças relacionadas ao trabalho, observou-se que a escolaridade tem influência na suspeita, no atendimento e na notificação dos casos. Entre “não negros” essa influência foi ainda mais visível, uma vez que a notificação de doenças relacionadas ao trabalho depende da suspeita denexo causal entre um sintoma e/ ou diagnóstico médico e as condições em que o trabalho é realizado. A diferença no número de ocorrências pode estar relacionada ao acesso a serviços especializados em Saúde do Trabalhador (**Gráfico 18**). A igualdade na distribuição dos acidentes de trabalho é aparente, visto que não acompanha a distribuição da população ocupada dentre os economicamente ativos.

A análise dos dados de acidentes e doenças ocorridos com trabalhadores e notificados no SINAN acompanham as desigualdades sociais, com distribuição desigual segundo raça\cor, nível de escolaridade e atividade econômica. Trabalhos em que existem mais riscos em geral são executados por estratos sociais menos escolarizados

**Gráfico 18** - Doenças relacionadas ao trabalho segundo anos de estudo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.



**Nota:** Foram excluídos os registros ignorados.

**Fonte:** SINAN NET, DVISAT/COVISA/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Dados indicam desigualdades na inserção no mercado de trabalho entre negros e não negros, as quais conduzem a diferenças na ocorrência de acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Reconhecer essas desigualdades pode contribuir na formulação de políticas públicas afirmativas.

Aponta-se ainda que se faz necessário ter dados desagregados da PEA O e diminuir a subnotificação de acidentes de trabalho para desenvolver análises mais consistentes.

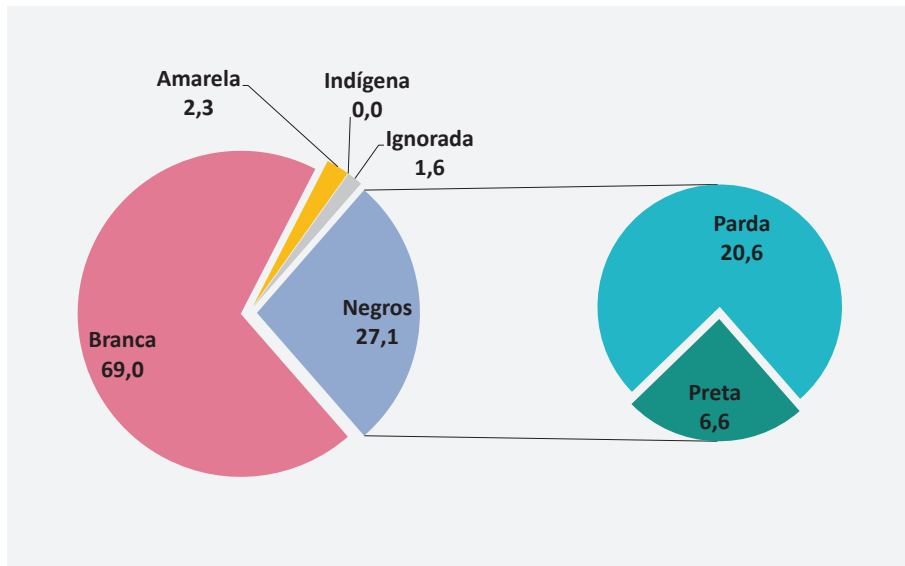
# Mortalidade

No Brasil, a variável raça/cor foi introduzida na Declaração de Óbito (DO) em 1996 em atenção à reivindicação da Liga Nacional para Valorização da População negra (ALMEIDA, 2006). No MSP, a mesma variável foi introduzida em 1990 em sistema próprio – Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade (PROAIM). É importante destacar que a informação sobre raça/cor obtida por meio da DO é referida por terceiros, e não autodeclarada como em outros documentos.

No início a variável apresentava incompletude, mas rapidamente apresentou melhora no seu preenchimento, atualmente a variável apresenta 97,3% de completude, o que torna possível analisar as desigualdades na mortalidade por causa básica (FIORIO, 2011).

A distribuição dos óbitos no MSP segundo raça/cor entre 2014 e 2018 manteve a seguinte distribuição: branca (69,0%), preta (6,6%), amarela (2,3%), parda (20,6%) e indígena (0,0%), sendo que 1,6% dos óbitos não apresentou informação de raça/cor (**Gráfico 19**).

**Gráfico 19** - Óbitos (%) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014 a 2018.

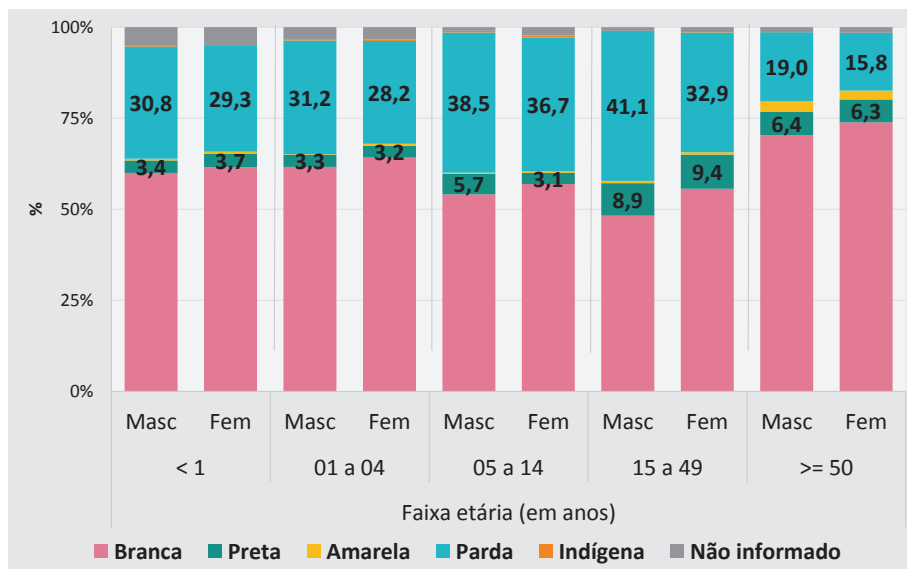


Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho/2019.



Ao considerarmos a idade ao morrer segundo sexo e raça/cor, observou-se maior proporção de brancos nos óbitos acima dos 50 anos e maior proporção de negros nas faixas etárias mais jovens. Na população de 15 a 49 anos, cerca de metade dos óbitos ocorreram em mulheres e homens negros, este valor correspondeu a 42,3% (**Gráfico 20**). Em relação aos óbitos em menores de um ano segundo raça/cor, 60,7% ocorreram na raça/cor branca, 3,6% em pretos, 30,1% em pardos e 5,0% não apresentaram informação referente à raça/cor.

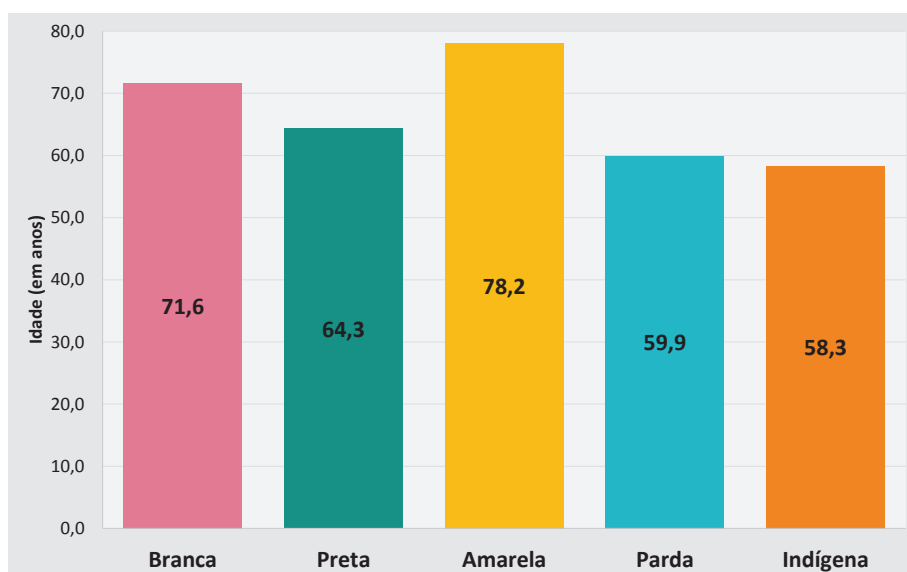
**Gráfico 20** - Óbitos (%) segundo sexo, faixa etária (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.



Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

A idade média ao morrer também evidencia a maior participação da população negra nos óbitos na população mais jovem entre 2015 a 2018. A raça/cor preta e mais acentuadamente a parda apresentaram médias inferiores aos brancos e amarelos. Apenas a raça/cor indígena apresentou idade média ao morrer inferior à raça/cor parda (**Gráfico 21**).

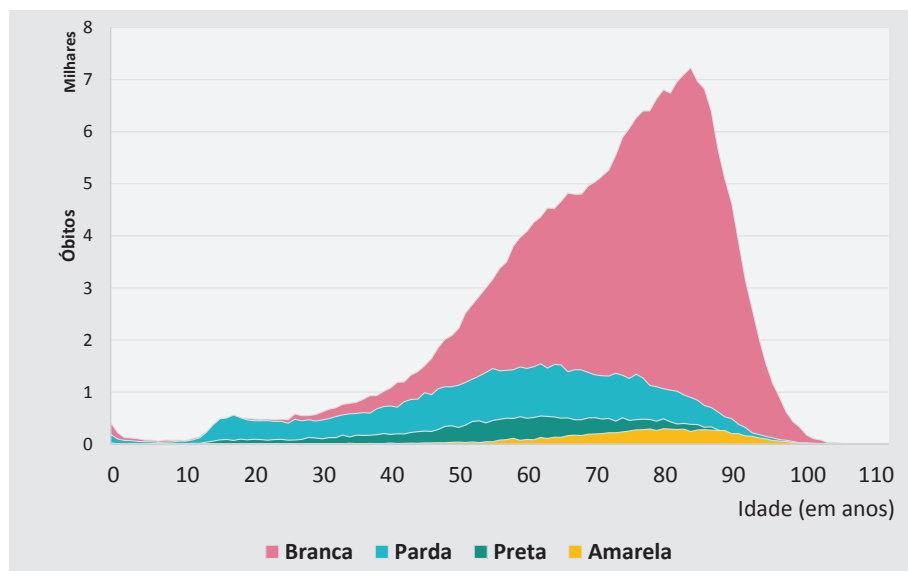
**Gráfico 21** - Idade média ao morrer (em anos) segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.



Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

Observou-se que os óbitos em pretos e pardos apresentam maiores frequências nas faixas etárias mais jovens, sendo que na população parda observou-se ainda a presença de óbitos em crianças e adolescentes. Em relação à raça/cor branca, as maiores frequências ocorreram nos intervalos acima de 75 anos, semelhante à raça/cor amarela. Foram registrados poucos óbitos em indígenas, por isso optou-se por não apresentar o histograma desta categoria (**Gráfico 22**).

**Gráfico 22** - Óbitos (n) segundo idade (em anos) e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.



Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

Na **Tabela 27** foram apresentados os óbitos de residentes no MSP entre 2015 e 2018 segundo capítulo CID-10 e raça/cor. As mortalidade por neoplasias ocorre mais a população amarela, por doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho circulatório mais na população preta e por causas externas na população parda.

**Tabela 27** - Óbitos (n e %) segundo Capítulo CID-10 e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

Capítulo CID-10	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6.787	3,2	1.032	5,1	160	2,3	2.919	4,6	6	5,0
II Neoplasias (tumores)	43.429	20,6	3.966	19,4	1.662	23,5	11.602	18,2	26	21,8
III Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	582	0,3	98	0,5	20	0,3	202	0,3	0	0,0
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8.477	4,0	1.010	5,0	360	5,1	2.368	3,7	3	2,5
V Transtornos mentais e comportamentais	3.456	1,6	237	1,2	156	2,2	589	0,9	5	4,2
VI Doenças do sistema nervoso	8.914	4,2	516	2,5	297	4,2	1.511	2,4	2	1,7
VII Doenças do olho e anexos	5	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	36	0,0	6	0,0	0	0,0	8	0,0	0	0,0
IX Doenças do aparelho circulatório	68.159	32,4	6.968	34,2	2.136	30,2	19.465	30,6	26	21,8
X Doenças do aparelho respiratório	29.553	14,0	2.460	12,1	1.099	15,6	7.904	12,4	18	15,1
XI Doenças do aparelho digestivo	11.434	5,4	1.012	5,0	294	4,2	3.597	5,6	10	8,4
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.203	0,6	130	0,6	43	0,6	285	0,4	0	0,0
XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.059	0,5	100	0,5	45	0,6	249	0,4	0	0,0
XIV Doenças do aparelho geniturinário	7.884	3,7	663	3,3	303	4,3	1.569	2,5	2	1,7
XV Gravidez parto e puerpério	182	0,1	42	0,2	2	0,0	142	0,2	1	0,8
XVI Algumas afec originadas no período perinatal	2.531	1,2	163	0,8	21	0,3	1.397	2,2	2	1,7
XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1.651	0,8	67	0,3	22	0,3	560	0,9	4	3,4
XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.546	1,2	365	1,8	98	1,4	1.396	2,2	5	4,2
XX Causas externas de morbidade e mortalidade	12.595	6,0	1.563	7,7	346	4,9	7.948	12,5	9	7,6
<b>MSP</b>	<b>210.483</b>	<b>100,0</b>	<b>20.398</b>	<b>100,0</b>	<b>7.064</b>	<b>100,0</b>	<b>63.713</b>	<b>100,0</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>

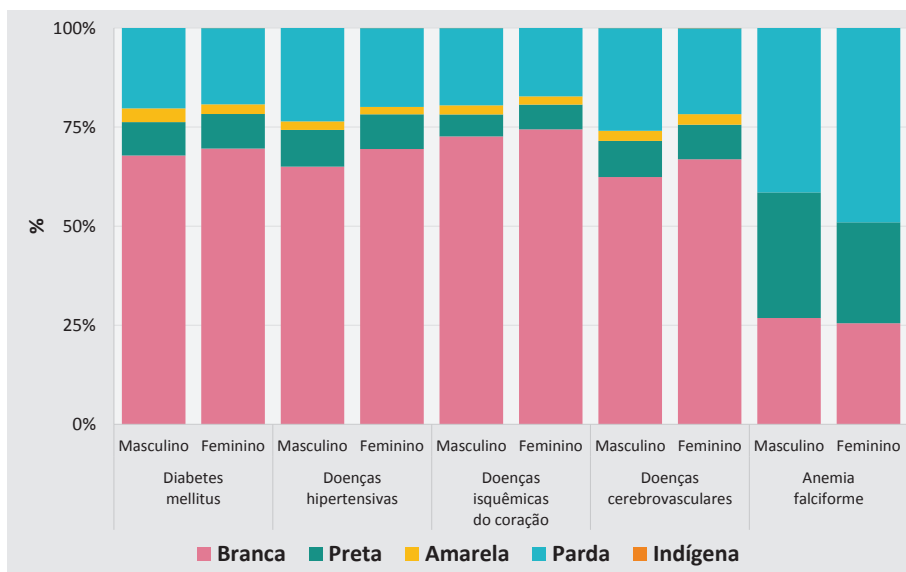
Nota: Foram excluídos 4.654 (1,5%) sem informação de raça/cor.

Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

Quanto às doenças e agravos não transmissíveis, foram selecionados o diabetes mellitus (CID-10 E10.0 a E14.9), as doenças hipertensivas (CID-10 I10 a I15.9), as doenças isquêmicas do coração (CID-10 I20.0 a I25.9), as doenças cerebrovasculares (CID-10 I60.0 a I69.8) e os transtornos falciformes (CID-10 D57) segundo raça/ cor e faixa etária. Observou-se que a maioria das doenças são as causas mais frequentes de óbitos entre a população branca, tendo em vista maior proporção de brancos no MSP, com exceção dos transtornos falciformes, mais frequentes entre a população parda (**Gráfico 23**).

Nos óbitos por diabetes mellitus observou se maior frequência entre os homens da população amarela e nas mulheres brancas e pretas; nos óbitos por anemia falciforme há maior predomínio no sexo feminino, assim como na maior parte das doenças cardiovasculares, com exceção das doenças isquêmicas do coração (**Gráfico 23**).

**Gráfico 23** - Óbitos (%) por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) selecionados segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2015 a 2018.

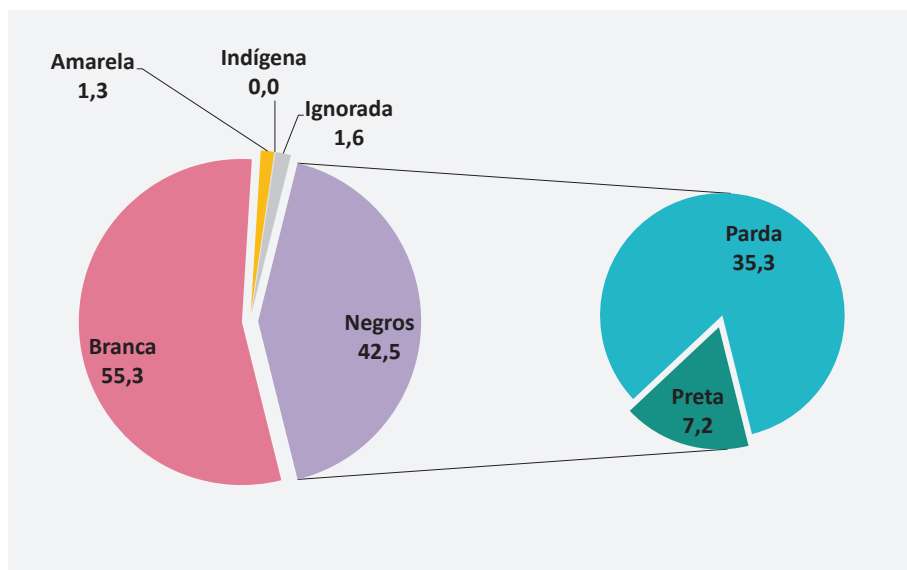


**Nota:** Foram excluídos 163 (1,7%) sem informação nos óbitos por diabetes mellitus; 89 (1,1%) nas doenças hipertensivas; 343 (0,9%) nas doenças isquêmicas do coração; 313 (1,4%) nas doenças cerebrovasculares e 1 (1%) nos transtornos falciformes.

**Fonte:** PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho / 2019.

Ao estudarmos os óbitos com causa externa segundo raça/cor no período de 2014 a 2017, a maior proporção foi encontrada na população branca seguida da população parda e preta (**Gráfico 24**).

**Gráfico 24** - Óbitos (%) por causas externas segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014 a 2017.

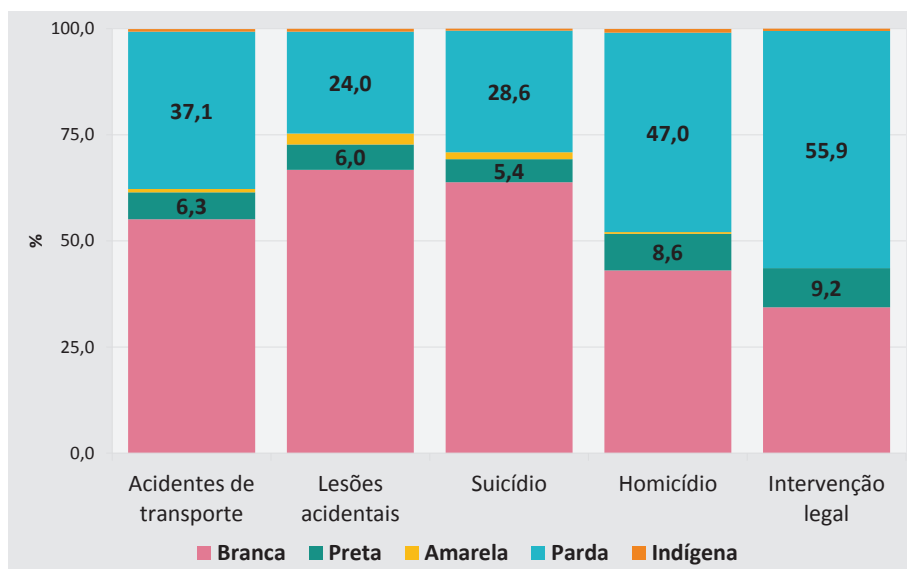


Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

Os óbitos por causas externas podem ser subdivididos em óbitos por acidentes de transporte (CID-10 V01 a V99), lesões acidentais - quedas, afogamentos, queimaduras (CID-10 W00 a W59), suicídios (CID-10 X60 a X84), homicídios (CID-10 X85 a Y09) e as intervenções legais (CID-10 Y 35 a Y36). Observou-se maior proporção dos óbitos por acidentes de trânsito, lesões acidentais e suicídios na população branca; já os óbitos por agressões, homicídios e intervenções legais, foram maiores na população parda (**Gráfico 25**).

Nos óbitos por causas externas segundo faixa etária, observou-se ocorrência nas populações mais jovens, a partir dos 15 anos; especialmente na população negra devido aos acidentes de trânsito, suicídio e principalmente os homicídios. A única exceção forma os óbitos por lesões acidentais, que incluem as quedas, nas quais a maior parte ocorre na população idosa branca.

**Gráfico 25** - Óbitos (%) por causas externas segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014 a 2017.

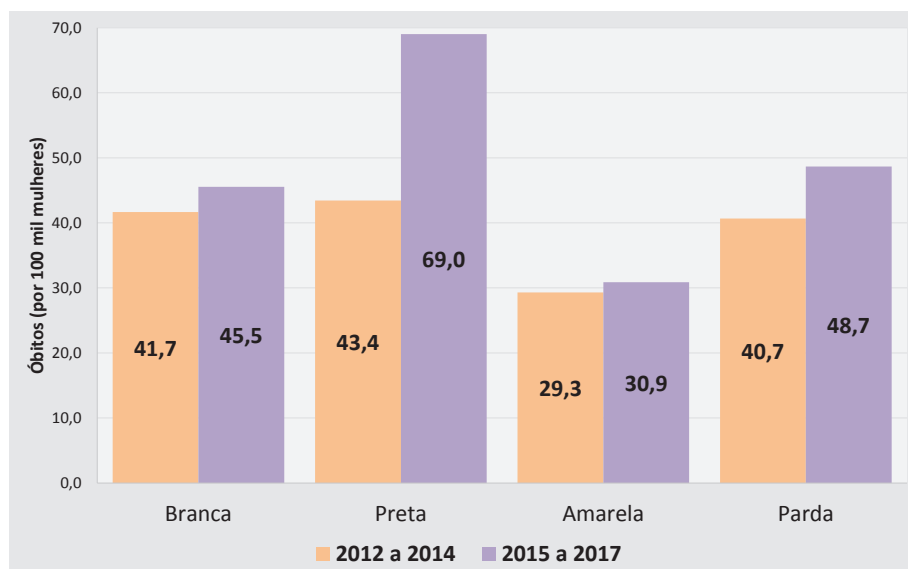


Fonte: PRO-AIM/SIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em junho/2019.

## Mortalidade Materna

Na análise global da Mortalidade Materna entre os triênios (**Gráfico 26**), evidenciamos um aumento tanto em mulheres da raça/cor branca como entre as da raça/cor negra, sendo mais evidente nas mulheres pretas, nas quais a razão de mortalidade aumentou de 43,4 para 69 (**Gráfico 26**).

**Gráfico 26** - Razão de mortalidade materna segundo raça/cor. Município de São Paulo, triênio 2012-2014 e 2015-2017.

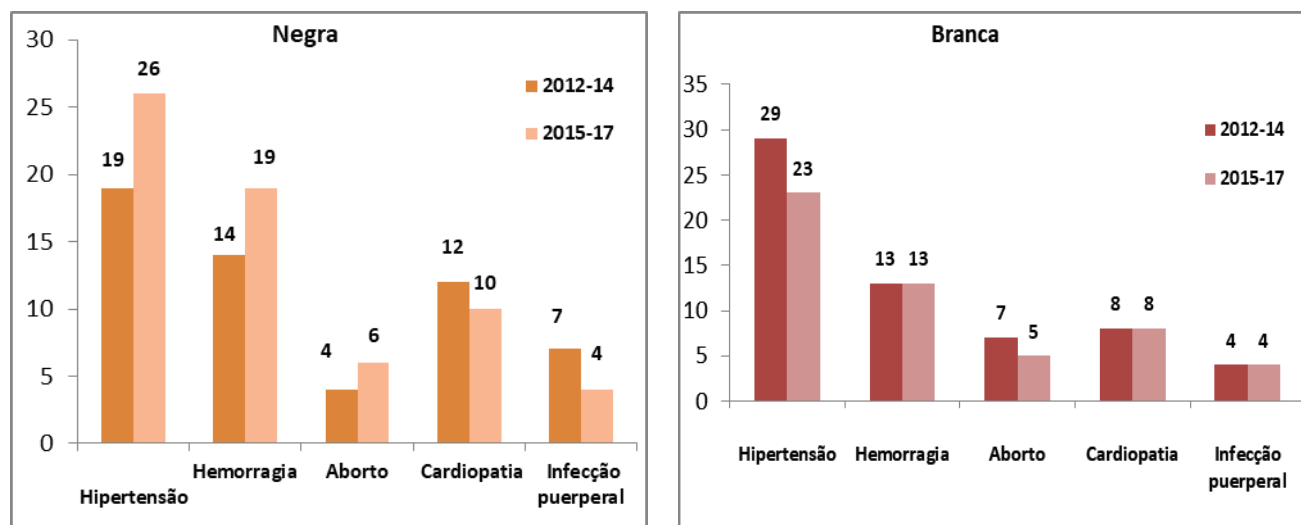


**Fonte:** Comitê de Mortalidade Materna MSP.

No mundo, todos os dias mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gravidez e ao parto. No Brasil, a mortalidade materna também é considerada um problema de saúde pública, os dados mostram que o risco é maior entre as mulheres negras, configurando-se em importante expressão de desigualdade social. Melhorar a saúde materna está dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU). Ações devem ser desenvolvidas para atingí-lo na Cidade de São Paulo, pois os indicadores demonstram aumento da mortalidade materna.

O perfil das causas da mortalidade materna: hipertensão arterial, hemorragia, aborto, cardiopatia e infecção puerperal, foram as principais causas no município de São Paulo nos períodos, 2012 a 2014 e 2015 a 2017 (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Óbitos precoces (%) segundo sexo e raça/cor. Município de São Paulo, 2017.



**Nota:** Óbitos precoces ocorridos em menores de 65 anos. A categoria indígena não foi apresentada por conter poucos registros. Foram excluídos 1.153 (1,5%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

Na análise específica da Mortalidade Materna por patologia nas mulheres negras aponta, para o triênio 2015 a 2017, aumento de 36,8% por Hipertensão Arterial, aumento de 35,7% por quadros hemorrágicos, aumento de 50% por aborto e 20,1% por cardiopatias. Houve diminuição de 42,8% por infecção puerperal – única causa específica equivalente a das mulheres brancas.

As doenças hipertensivas, seguidas das síndromes hemorrágicas, são as principais causas de mortalidade materna no país. Ambas mantêm-se, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular, complicadas pela gravidez, parto ou puerpério (MARTINS, 2006).

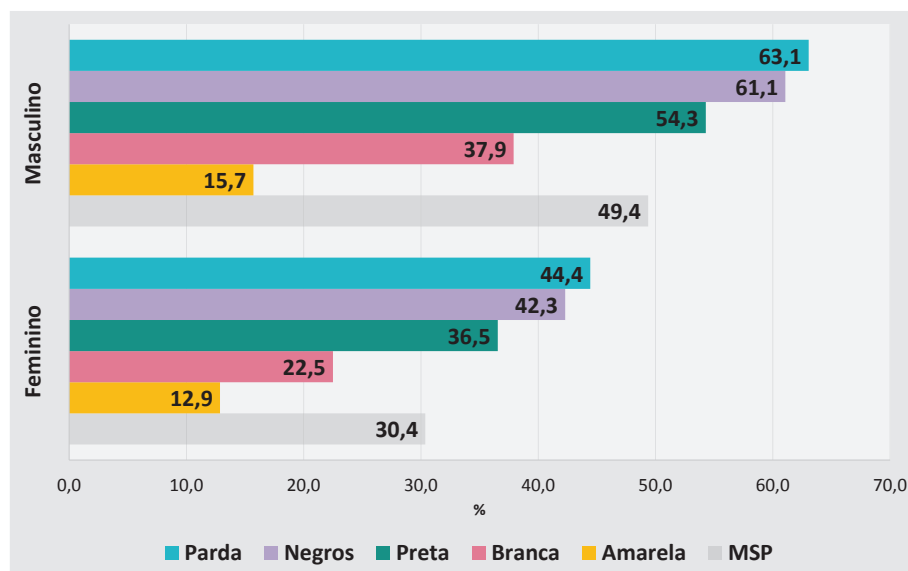
## Mortalidade precoce e raça/cor

Apesar da transição demográfica pela qual o Brasil está passando, boa parte da população paulistana não chega a envelhecer, ou seja, não vive até os 65 anos, idade internacionalmente considerada como a de entrada na “terceira idade”. Isto é particularmente grave no sexo masculino. No entanto, tanto em homens como em mulheres, a duração da vida muda muito de acordo com a raça.

Quase metade dos homens entre todas as raças não chega aos 65 anos. A diferença entre as raças é grande, a mortalidade precoce é muito menor na raça amarela do que na população negra. Entre os indivíduos do sexo masculino de cor parda, mais de 63,0% não chega à terceira idade (**Gráfico 28**).

As mulheres que não chegam à terceira idade são cerca de 30,0%. O percentual é bem menor em mulheres da raça amarela e muito maior em mulheres negras, especialmente as pardas. Nestas últimas, mais de 44,0% não chegaram a viver 65 anos em 2017.

**Gráfico 28** - Óbitos precoces (%) por causas externas segundo raça/cor. Município de São Paulo, 2014 a 2017.



**Nota:** Óbitos precoces ocorridos em menores de 65 anos. A categoria indígena não foi apresentada por conter poucos registros. Foram excluídos 1.153 (1,5%) registros sem informação de raça/cor.

**Fonte:** SIM/PRO-AIM/CEInfo/SMS-SP. Acesso em setembro/2019.

## Referências

BARBEIRO, A. & MACHADO, C. Violência institucional e privação dos direitos humanos. In C. MACHADO (org). *Novos Olhares Sobre a Vitimação Criminal: Teorias, Impacto e Intervenção*. Braga: Psiquilíbrios, 2010. p. 237-276.

BONILHA, E. A. et al. Cobertura, completude e confiabilidade das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de maternidades da rede pública no município de São Paulo, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. Brasília, nº27, v.1: e201712811, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e201712811.pdf>. Acesso em 03/06/2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html). Acesso em 02/06/2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2004/lei-10836-9-janeiro-2004-490604-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 28/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007. Regulamenta o Sistema Ouvidor SUS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008\\_25\\_05\\_2007.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgep/2007/prt0008_25_05_2007.html). Acesso em: 03/06/2020.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. *As Políticas Públicas e a Desigualdade Racial no Brasil 120 anos após a abolição*. 1ª ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2008. Disponível em: [http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1107\\_1899\\_Livrodesigualdadesraciais.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1107_1899_Livrodesigualdadesraciais.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 992, de 13 de maio DE 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 03/06/2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral.Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.460, DE 26 DE junho DE 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. DOU de 27.6.2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13460.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.html). Acesso em: 28/05/2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. *População negra é a maior beneficiária de programas sociais no Brasil*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2013/dezembro/populacao-negra-e-a-maior-beneficiaria-de-programas-sociais-no-brasil>. Acesso em: 13/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária – Brasília*, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco\\_referencia\\_vigilancia\\_alimentar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.*



BRASIL. Vigilância e fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL. VIGITEL Brasil 2018 - População Negra. Brasília, 2019. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/VIGITEL\\_brasil\\_2018\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/VIGITEL_brasil_2018_populacao_negra.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* v.11 (Supl): 1163-1178, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 03/06/2020.

FIORIO, N.M.; FLOR, L. S.; CASTRO, D.S.; MOLINA, M.C.B. Mortalidade por Raça /cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil – *Rev. Bras. Epidemiol.* 2011, v.14, n.3. p.522-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/16.pdf>. Acesso em: 03/06/2020.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Maternidade precoce: enfrentando o desafio na gravidez na adolescência. 132 p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2013.pdf>. Acesso em: 03/06/2020.

LOBO, A. P.; JACOBS, M.; MELO, T. E. M. P.; PELISSARI, D. M.; OLIVERIRA, P. B.; Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília – DF, Brasil.

MILES, R. Racialization. In: CASHMORE, Ellis (org.). *Encyclopedia of race and ethnic studies*. London and New York: Routledge, 2004.

OKAMURA, M. N. et al Monitora SINASC: Sistema de informação para melhoria de qualidade dos dados dos nascidos vivos do município de São Paulo. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018*. 6p. Disponível em: <http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/viewFile/1279/249>. Acesso em: 04/06/2020.

ONU. Human Development Report 2019 Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century. Published for the United Nations Development Programme (UNDP). <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>. Acesso em: 19/04/2020.

PETTRES, A.A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, [S.l.], v. 47, n. 3, p. 183-196, out. 2018. ISSN 18064280. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915936>. Acesso em: 03/06/2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 03/06/2020.

SANTOS, E.F.; DIOGO, M.F.; SHUCMAN, L.V. Entre o Não Lugar e o Protagonismo: Articulações Teóricas entre Trabalho, Gênero e Raça. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 17, n.1, Junho 2014.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Análise do quesito raça/cor a partir de sistemas de informação da saúde do SUS. São Paulo, 2011. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_Raca\\_Cor.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_Raca_Cor.pdf). Acesso em 11/11/2019.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. Aguiar B S, Neves H, Lira M T A M. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. Boletim CEInfo Análise | Ano X, nº 13, Dezembro 2015. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015a. 49 p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_CEInfo\\_Analise\\_13.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 2, 2017a: Rastreamento de câncer do colo de útero e de mama. São Paulo: CEInfo, 2017a, 35 p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_CM.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_CM.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 3, 2017b: Rastreamento de Câncer de Próstata. São Paulo: CEInfo, 2017b, 17 p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_CP.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_CP.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 7, 2017: Prevalência de Diabetes. CEInfo, 2017c, 27 p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_CP.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_CP.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo. Boletim ISA Capital 2015, nº 12, 2017d: Hipertensão Arterial Sistêmica. São Paulo: CEInfo, 2017d, 37 p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_HAS.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_HAS.pdf). Acesso em: 03/06/2020.

SÃO PAULO(SP). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS-GABINETE). Portaria 522/2018 - Estabelece normas básicas para participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos de saúde prestados direta ou indiretamente pela administração pública. Publicado no DOC de 22/06/2018 – pp. 21 e 22. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/PORTARIA%20N%205222018MSG.pdf>. Acesso em: 28/05/2020.

SÃO PAULO(SP). Secretaria Municipal da Saúde. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. São Paulo: 2015. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/linha\\_de\\_cuidados\\_atencao\\_basica\\_24\\_5\\_2019.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/linha_de_cuidados_atencao_basica_24_5_2019.pdf). Acesso em: 21/05/2020.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Aspectos da questão étnico- racial e saúde no Município de São Paulo. São Paulo, 2015b. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_CEInfo\\_Analise\\_12.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_12.pdf). Acesso em 11/11/2019.

SÃO PAULO(SP). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Gestação na Adolescência no Município de São Paulo de 2013 a 2017. São Paulo, 2019a. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_CEInfo\\_Analise\\_16.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_16.pdf). Acesso em 11/11/2019.

SÃO PAULO(SP). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim ISA Capital 2015 - Consumo de álcool na cidade de São Paulo. São Paulo, 2019b. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_ALCOOL.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_ALCOOL.pdf). Acesso em 11/11/2019.

SÃO PAULO(SP). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim ISA Capital 2015 - Tabagismo na cidade de São Paulo. São Paulo, 2019c. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_TAB.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_TAB.pdf). Acesso em 11/11/2019.

SÃO PAULO(SP). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim ISA Capital 2015 - Atividade Física na cidade de São Paulo. São Paulo, 2019d. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_AF.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_AF.pdf). Acesso em 11/11/2019.

SOARES FILHO, A.M. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: Luíz Eduardo Batista; Jurema Werneck; Fernanda Lopes (org). Saúde da População Negra. 2ªed. Brasília: ABPN, 2012, v. 3, p. 34-61. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000400016&lng=es&nrm=iso&tIng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400016&lng=es&nrm=iso&tIng=es). Acesso em: 03/06/2020.

SINHORETTO J, Schlittler MC, Silvestre G: “Juventude e violência policial no Município de São Paulo” - Revista Brasileira de Segurança Pública ,2016. Rev. bras. segur. pública| São Paulo v.10, n.1, 10-35, Fev/Mar 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/12099/1/590-Texto%20do%20artigo-1512-1-10-20160415.pdf>. Acesso em: 03/06/2020.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2013. Homicídios e Juventude no Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de estudos Latino-Americanos, 2013. Disponível em: [https://oglobo.globo.com/arquivos/mapa\\_2013\\_jovens.pdf](https://oglobo.globo.com/arquivos/mapa_2013_jovens.pdf). Acesso em: 03/06/2020.