



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Educação e Saúde.

**PAULO HENRIQUE DA SILVA FRAZÃO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL: UM  
RECORTE SOBRE RAÇA/COR.**

Brasília

2020

**PAULO HENRIQUE DA SILVA FRAZÃO**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL: UM  
RECORTE SOBRE RAÇA/COR.**

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências da Educação e Saúde para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientador: Profa. Dra. Rafaella Albuquerque e Silva.

Brasília

2020

**PAULO HENRIQUE DA SILVA FRAZÃO**  
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE NO DISTRITO FEDERAL: UM  
RECORTE SOBRE RAÇA/COR.**

Monografia apresentada a Faculdade de Ciências da Educação e Saúde para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Brasília, 31 de agosto de 2020.

**Banca examinadora**

---

---

---

Profa. Dra. Rafaella Albuquerque e Silva.

Orientador

*Rafaella A. Silva*

---

## AGRADECIMENTOS

Aos fatos que me guiaram até o presente momento. Não tive uma jornada simples para chegar ao final da graduação em medicina em uma das universidades tradicionais de Brasília, por isso sou grato a tudo que passei até aqui. À Prof. Dra. Rafaella Albuquerque e Silva, pelo seu conhecimento contundente, no entanto sempre com afeto e carinho nas suas orientações. Aos meus pais e irmãos que me apoiaram financeira e mentalmente para que eu pudesse concluir com vigor minha graduação. Aos amigos e demais pessoas que passaram pela minha vida, compartilhando apoio e força, resultando no meu crescimento individual.

“Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.”

Martin Luther King Junior

## **RESUMO**

A tuberculose (TB) é a principal doença transmissível no mundo. No Brasil figura um importante problema de saúde pública, com cerca de 80 mil novos por ano. É um agravo notavelmente correlacionado aos determinantes sociais de saúde, dentre eles, aqueles mediados pela cor. O Distrito Federal (DF) é uma unidade federativa com um dos melhores índices de desenvolvimento humano, no entanto possui vulnerabilidades importantes, mediadas pela raça/cor. O objetivo desse trabalho foi investigar o perfil da tuberculose no Distrito Federal, com enfoque na raça/cor, no período entre 2008 e 2018. A metodologia do trabalho considera os dados de tuberculose notificados no SINAN (Sistema Nacional de Notificação de Doenças e Agravos) durante o período. Quanto aos óbitos, considerou-se como fonte o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade). Para definir as bases populacionais, levando em consideração a raça/cor, foram consideradas as populações fornecidas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD e pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD contínua. No período estudado, ocorreram mais de 4 mil casos de TB no DF, com a maior parte em homens, negros, entre 20 e 39 anos. As maiores taxas de incidência foram encontradas em pretos. A forma clínica mais frequente foi a forma pulmonar, com maior proporção em homens. Dos casos de TB, 1,7% são em pessoas em situação de rua e 12% em pessoas com alcoolismo. Os coinfectados TB-HIV compõem cerca de 13% dos casos notificados. As maiores taxas de mortalidade e letalidade ocorrem em pessoas com raça/cor preta. Foi possível observar, no estudo, indicadores que sugerem maior vulnerabilidade da população negra em relação a branca no contexto da tuberculose. São necessários mais estudos, levando em consideração a raça/cor para identificar as reais vulnerabilidades relacionadas a raça/cor na tuberculose.

**Palavras-Chave:** Tuberculose; Raça/cor; Distrito Federal; Epidemiologia

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 A Tuberculose.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Metodologia.....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 A Área de Abrangência do Estudo.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.1 As Regiões Administrativas Segundo renda e Raça/Cor.....</b>	<b>14</b>
<b>2.3.2 População rural e urbana.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3.3 Saneamento básico.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 A Raça e a Cor.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4.1 A raça/cor e o racismo institucional.....</b>	<b>18</b>
<b>2.5 O impacto da raça/cor na tuberculose.....</b>	<b>20</b>
<b>2.6 A Tuberculose no Distrito Federal.....</b>	<b>20</b>
<b>2.6.1 Formas clínicas.....</b>	<b>23</b>
<b>2.6.2 Coinfecção TB-HIV.....</b>	<b>24</b>
<b>2.6.3 TB em Pessoas em Situação de Rua.....</b>	<b>25</b>
<b>2.6.4 TB e alcoolismo.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6.5 Situação de encerramento.....</b>	<b>26</b>
<b>3. CONCLUSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>4. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é a principal doença transmissível, sendo a 10<sup>a</sup> causas de morte no mundo (OPAS, 2018). Estima-se que cerca de 10 milhões (entre 9 à 11 milhões) de pessoas adoeceram por TB no ano de 2018 (UN, 2018). No Brasil a TB também figura um importante problema de saúde pública, com cerca de 80 mil novos casos por ano e 5 mil mortes, colocando o Brasil entre os 22 países com maior carga da doença. (OPAS, 2020)

A TB é uma doença notavelmente correlacionada aos determinantes sociais de saúde. Entende-se como determinantes sociais de saúde fatores econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam no aumento do risco de alguma doença (CNDSS, 2008). Segundo Santos et al., 2007, em estudo epidemiológico exploratório-descritivo na cidade de São José do Rio preto, observou-se que o risco de adoecer por TB é duas vezes maior nas áreas com os piores níveis socioeconômicos, em comparação com as de melhores níveis, concluindo que o padrão de morbidade por TB na população estudada foi influenciado por suas condições de vida. Isso também ocorre com fatores como: alcoolismo, coinfeção com HIV, baixa escolaridade, acesso a saneamento básico, escolaridade entre outros fatores (SAN PEDRO & OLIVEIRA, 2013).

Essa correlação entre determinantes sociais e tuberculose incide de forma particular a depender da raça/cor. Em índios, observam-se altas taxas de incidência da doença, e, em pretos e pardos, observam-se maiores chances de abandono do tratamento (BASTA et al., 2013). Tais evidências levantam questões importantes a serem respondidas e mostram a necessidade de maior produção de informações a respeito da tuberculose com um recorte especial voltado para raça/cor.

O Distrito Federal (DF) é uma Unidade Federativa (UF) que possui o melhor índice de desenvolvimento humano (IDH) dentre todas do Brasil, é o mais elevado entre todas as 27 UF (0,824), o 9<sup>o</sup> maior entre os 5.570 municípios brasileiros e o único classificado como muito alto (CODEPLAN, 2013). Entretanto, persistem as diferenças determinadas por fatores sociais, em especial, os determinados pela raça/cor. Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo de investigar o perfil da tuberculose no Distrito Federal bem como as diferenças determinadas pela raça/cor, com enfoque na população negra.

O presente trabalho está organizado da seguinte forma: Primeiramente é realizado uma rápida introdução sobre o agravo em questão. Busca-se entender o que é a tuberculose, formas clínicas, noções diagnósticas e tratamento. Após, é descrita toda a metodologia utilizada no trabalho e, posteriormente, busca-se entender a área de abrangência do estudo, o Distrito Federal. Há uma



explicação sobre território, população, renda e saneamento, com enfoque em raça/cor. A terceira parte do estudo busca refletir sobre o termo raça e cor, mostrando qual a importância desse quesito nas vulnerabilidades sociais e na tuberculose. Finalmente, é realizada uma descrição do perfil da tuberculose no DF, com o enfoque principal na raça/cor, no período de 2008 à 2018.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 A Tuberculose**

A Tuberculose (TB) é uma doença de importância crucial na saúde pública mundial e brasileira. É causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, o qual é transmitido pelo ar, afetando tipicamente os pulmões (TB pulmonar), no entanto podendo afetar outros órgãos (TB extrapulmonar) (WHO, 2017). A forma pulmonar pode apresentar-se clinicamente como TB primária (normalmente manifesta-se após o primeiro contato com o bacilo, sendo comum em crianças), TB pós-primária (comum em adultos jovens, manifestando-se principalmente com tosse produtiva) e a TB miliar (referindo-se a um achado radiológico de aspecto específico, que pode estar presente tanto na forma primária quanto na forma pós-primária). A forma pulmonar tem grande importância epidemiológica na medida que é mais frequente, além de ser a forma bacilífera, transmissora da doença. Portanto, torna-se importante a busca ativa de sintomático respiratório (SR) como estratégia de controle, uma vez que permite a detecção precoce de casos. Nesse sentido, pessoas que apresentam tosse por 3 semanas ou mais devem ser investigadas com exame bacteriológico. Já as formas extrapulmonares podem afetar vários órgãos (ossos, pleura, pericárdio, sistema nervoso central, gânglios, dentre outros) e as manifestações clínicas dessa forma variam de acordo com o órgão acometido. (BRASIL, 2019 a) (BRASIL, 2019b).

O diagnóstico da TB ocorre pela baciloscopia direta (pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR – com método de Ziehl-Nielsen), pela cultura de escarro ou pelos métodos moleculares, como teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB). Nas formas extrapulmonares, lança-se mão, além da cultura e dos testes moleculares, do exame histopatológico. O Raio X de tórax tem importante papel complementar, devendo ser solicitado em todos pacientes com suspeita de TB. A prova tuberculínica (PPD) é uma ferramenta utilizada para avaliação dos contatos assintomáticos. Define-se como contato toda pessoas que convive em casa, em ambientes de trabalho, em instituições de longa permanência ou na escola com caso confirmado no momento do diagnóstico. Define-se como caso confirmado de TB, aquele confirmado mediante critério laboratorial (independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia ou de cultura ou de teste rápido molecular para tuberculose) ou do critério clínico (todo caso suspeito que não atendeu ao critério de confirmação

laboratorial entretanto apresentou resultados de exames de imagem ou histológicos sugestivos para tuberculose). Após notificação do caso, é realizada busca ativa e investigação dos contatos (BRASIL, 2019a).

O esquema básico de tratamento da TB está indicado para os casos novos ou para retratamento (recidiva e reingresso após abandono que apresentem doença ativa) em adultos e adolescentes maiores de 10 anos. Conta, principalmente com as medicações **R** – Rifampicina; **H** – isoniazida; **Z** – Pirazinamina; **E** – Etambutol. Os primeiros 2 meses de tratamento são chamados de fase intensiva, contando com as medicações **2RHZE**. Os 4 meses subsequentes são chamados de fase de manutenção, contando apenas com **4RH**. Nos menores de 10 anos, o esquema terapêutico utiliza doses específicas para o peso das crianças, e não é usada a medicação etambutol (**2RHZ/4RH**) (BRASIL, 2019b).

A TB é uma doença cuja incidência com notável influência dos determinantes sociais. (MUNAYCO, 2015). Nesse contexto, no Brasil, alguns grupos possuem maior risco de adoecimento, determinando as populações vulneráveis, a saber: Pessoas vivendo em situação de rua; Pessoas vivendo com o HIV; Pessoas privadas de liberdade; e Indígenas. Tais segmentos populacionais têm grande importância epidemiológica. (BRASIL, 2019b)

## 2.2 Metodologia

A metodologia do presente trabalho foi desenhada como estudo descritivo ecológico. A área de abrangência do estudo foi o Distrito Federal. Foram levantados os indicadores referentes à tuberculose comparando as populações negra e não-negra a partir das principais fontes de dados do governo federal – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Para traçar o perfil populacional do DF, foram coletados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Companhia de Planejamento do DF (CODEPLAN). O recorte temporal do estudo abrange o período entre 2008 e 2018. E a população estudada é a de residentes no DF.

Os casos notificados no SINAN considerados nessa pesquisa são os casos confirmados de TB entre 2008 e 2018.

Como variáveis de análise, considerou-se:

- Sexo (feminino, masculino e ignorado);
- Faixa etária (0 a 9 anos, 10 a 19, 20 a 39, e 40 à 59 e 60 anos ou mais).

- Raça/cor (branca, negra (contendo as subcategorias preta e parda), amarela, indígena e ignorado/em branco, segundo critérios do IBGE).
- Forma clínica (pulmonar, extrapulmonar e mista).
- Situação de encerramento dos casos (cura, abandono, óbito TB, óbito outras causas, transferência, Tuberculose Multidroga Resistente (TBMR) e ignorado).

Ressalta-se ainda que, o quesito raça/cor é preenchido, no IBGE, a partir da autodeclaração e mediante a aplicação de um questionário específico elaborado pelo órgão (IBGE, 2012). Com relação aos sistemas de informação em saúde, no DF, apenas após o Decreto N° 3.924 de 03 de maio de 2018, que o preenchimento deste quesito passou a ser obrigatório, seguindo os mesmos critérios do IBGE. Dessa forma, justifica-se a possível baixa completude desta variável.

Para os cálculos das taxas de incidência e mortalidade, usou-se como base populacional no período intercensitário, levando em consideração a raça/cor, as populações fornecidas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD e pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD contínua. Tais pesquisas utilizam amostras probabilísticas de domicílios para gerar dados populacionais. Em 2015, entretanto, a PNAD foi extinta e substituída pela PNAD contínua, essa com metodologia atualizada e maior abrangência. Para as análises do presente estudo, de 2008 até 2015, foi considerada a PNAD, entretanto de 2016 até 2018, foi considerada da PNAD contínua. As diferenças metodológicas entre a PNAD e a PNAD contínua não são objeto desse estudo (IBGE, 2015). No ano de 2010, no entanto, foi considerado como fonte o censo de 2010 fornecido pelo IBGE. Os dados coletados foram estruturados em planilhas eletrônicas no *Microsoft excel* 2010, no qual foram operadas as diferentes análises.

Para cálculo da taxa de mortalidade (TM) no período, a partir do SIM e do SINAN, foi utilizada como base a população de 2013, na metade da distribuição entre os anos de 2008 e 2018. Sendo assim, a taxa de mortalidade foi calculada da seguinte forma: **TM = [mortes por TB ocorridas entre 2008 e 2018/população na metade do período (2013)] x 100.000.**

Já a taxa de letalidade (TL) segue o seguinte cálculo: **TL = [mortes por TB ocorridas entre 2008 e 2018/número de casos notificados entre 2008 e 2018].** Nesse sentido, a taxa de letalidade expressa o risco de morte dentre as pessoas afetadas pela doença.

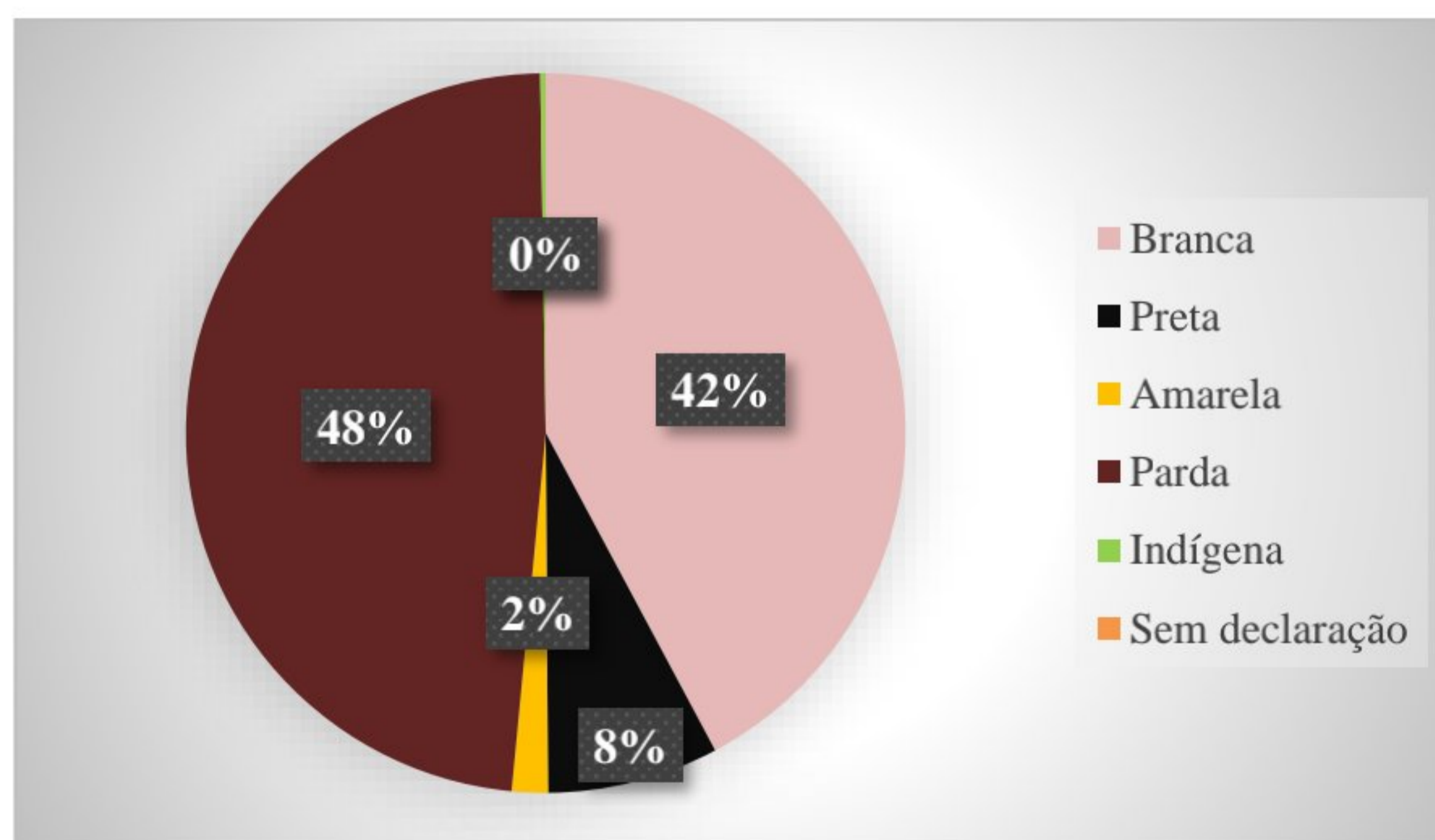
Para as estimar letalidade e mortalidade por TB, pelo programa Tab para Windows (TabWin), foi obtido o número de óbitos por TB - causa básica na Classificação Internacional de Doenças (CID)

A-15 a A-19 - registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), ocorridos no período de estudo (ano a ano e acumulado). Não houve linkage dos bancos de dados do SINAN e do SIM, pois não houve acesso aos bancos nominiais do SIM ou do SINAN.

### 2.3 Área de Abrangência do Estudo.

O Distrito Federal possui uma área de 5.760,783 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 444,66 hab/km<sup>2</sup>, localizada na região central do Brasil. A população estimada do DF em 2018 foi de 2.974.703 (IBGE, 2020c). Pelo censo de 2010, entretanto, observa-se um total de 2.570.160 (IBGE, 2020a).

**Figura 1** - Proporção da População do Distrito Federal Segundo Raça/Cor no Censo de 2010

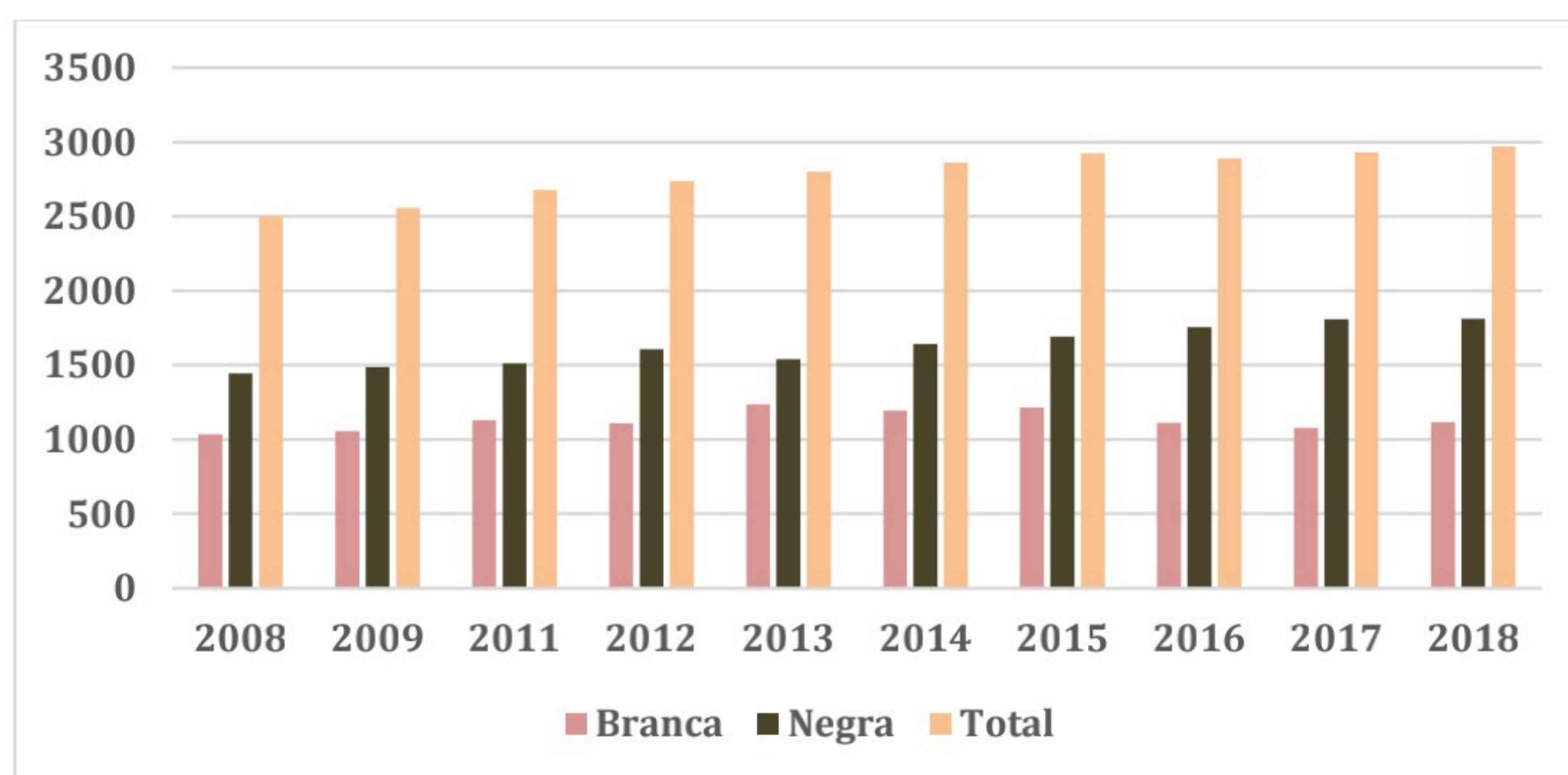


Fonte: IBGE, 2020a

Em relação à raça/cor, segundo o censo de 2010, no DF, 1.239.882 (48%) pessoas se autodeclararam pardas, 198.072 (8%) pretas, totalizando 1.437.954 (56%) negras. 1.084.418 (42%) se autodeclararam brancas (IBGE, 2020a).

Em comparação com o Brasil, segundo o censo de 2010, a proporção de negros no DF é maior (57% no DF contra 51% no Brasil). Já a população de brancos é menor (42% no DF contra 48% no Brasil).

**Figura 2** – População, segundo raça/cor branca e negra e população total do Distrito Federal por ano de 2008 a 2018 no período intercensitário (em milhares)



Fonte: IBGE, 2020b; IBGE, 2020c.

Observa-se, considerando o período intercensitário, segundo a PNAD e a PNAD contínua, o crescimento populacional do DF na ordem de 18% entre 2008 e 2018. A proporção de negros em relação à população total no período cresceu três pontos percentuais, de 58% em 2008 para 61% em 2018. A proporção de brancos diminuiu de 41% em 2008 para 36% em 2018.

Quando consideramos outras fontes de dados é possível encontrar proporções populacionais distintas. Segundo a Pesquisa Digital por Amostra de Domicílio (PDAD), por exemplo, em 2018, a população do DF foi de 2.881.854 pessoas, sendo 52,2% feminino, com idade média de 33 anos. Em relação à raça/cor, tem-se 57,6% de negros (47,5% pardos e 10,1% pretos), 40,9% de brancos (CODEPLAN, 2018). Apesar de diferentes, as proporções nos diferentes estudos concordam no fato da população negra ser maior do que a população branca no DF.

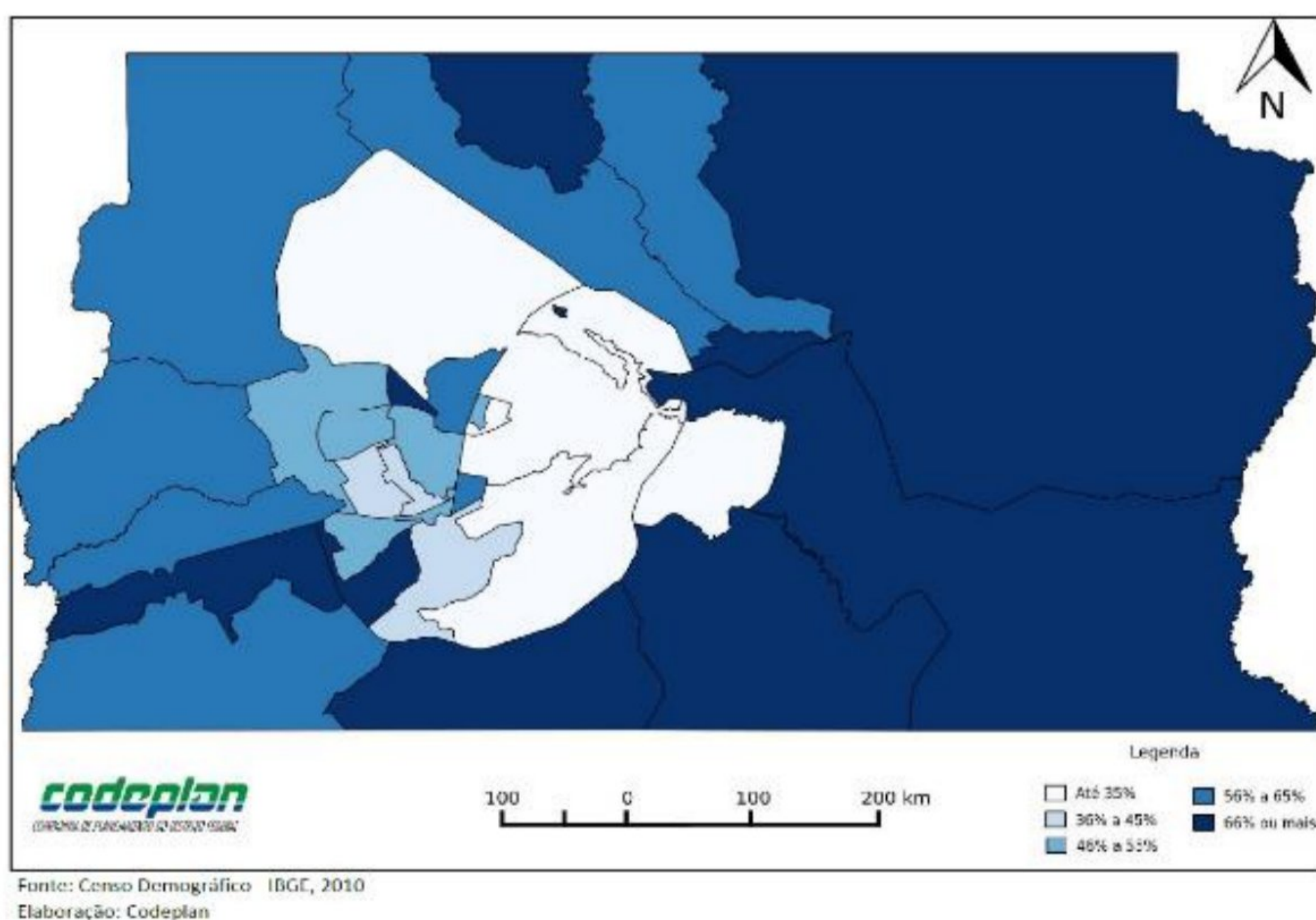
### 2.3.1 As Regiões Administrativas Segundo renda e Raça/Cor

O estudo PDAD também contemplou a análise demográfica segundo Regiões Administrativas (RA). O estudo classifica as regiões administrativas segundo renda média mensal em 2018. As RA's são divididas em 4 grupos regionais: grupo 1 - alta renda (R\$ 15.622); grupo 2 - renda média-alta (R\$ 7.266); grupo 3 - renda média-baixa (R\$ 3.101); grupo 4, baixa renda (R\$ 2.472). O grupo 1 compões as RA's Plano Piloto, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park

Way e Sudoeste/Octogonal. E o grupo 4, Fercal, Itapoã, Paranoá, Recanto das Emas, SCIA–Estrutural e Varjão.

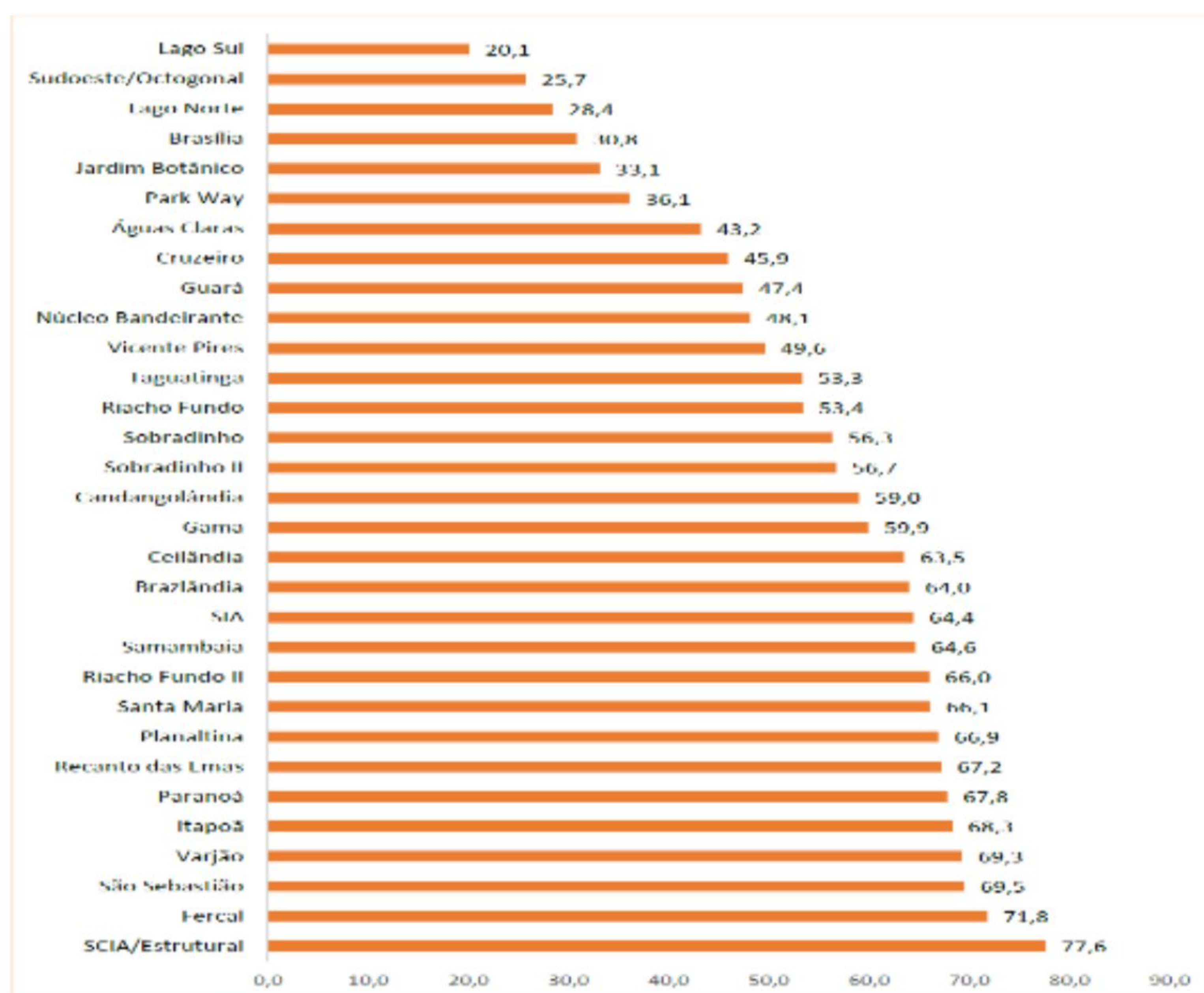
Em relação à raça/cor, observam-se diferenças na composição demográfica das RA's. As RA's mais ricas são compostas por população de maioria branca, já as mais pobres, de maioria negra. No grupo regional 1 (as RA's mais ricas), observam-se que 65% são brancos, e 33% são negros (28,5% pardos e 4,5 pretos). Já no grupo 4 (das RA's mais pobres), 69,6 % são negros (56% parda e 13,6% pretos), e 28,5% brancos (CODEPLAN, 2018).

**Figura 3-** Representação Geográfica das Regiões Administrativas Segundo Percentual de Pessoas Negras - Distrito Federal, 2010



Fonte: CODEPLAN, 2018

**Figura 4-** Proporção de Negros Segundo Região Administrativa - Distrito Federal, 2010



Fonte: Censo Demográfico - IBGE, 2010  
Elaboração: Codeplan

Fonte: CODEPLAN, 2018

### 2.3.3 População rural e urbana

No DF, segundo censo de 2010 (IBGE), 2.460.840 de pessoas (97%) encontravam-se em situação urbana e 82.200 (3%) em situação rural. Entre os brancos, observa-se 1.055.177 (97%) pessoas em situação urbana e 29.241 (3%). Entre os negros, 1.381.161 (96%) encontram-se em situação urbana, e 56.793 (4%) em situação rural, demonstrando não haver diferença significativa entre brancos e negros. (IBGE, 2020a)

#### **2.3.4 Saneamento básico**

Com relação ao saneamento, Brasília – DF apresenta bons indicadores na universalização do Saneamento Básico, sendo ranqueado entre as principais capitais com melhor empenho na universalização do saneamento (ABES, 2018). Entretanto, quando o recorte leva em consideração as regiões administrativas e a raça/cor, essa dinâmica revela iniquidades.

Segundo PDAD, 2018, quanto ao abastecimento de água, 98,6% dos domicílios tinham acesso à rede geral da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB), 1,4% tinham poço/cisterna, 1,6% tinham poço artesiano, 0,2% utilizavam carro pipa, 30% declararam fazer captação de água da chuva e 1% utilizavam gambiarra até 2018. Quanto ao esgoto, verificou-se 92,8% dos domicílios com ligação à rede geral da CAESB, 9% declararam ter fossa séptica, 2,2% tinham fossa rudimentar e o esgotamento a céu aberto estava presente em 0,1% dos domicílios.

É importante ressaltar que essa distribuição não é homogênea, variando a depender da RA. Nas RA's de menor renda (grupo 4) e com maior percentual da população negra, como explanado acima, observa-se menor percentual de cobertura da rede de abastecimento da CAESB (97,1%) em relação às regiões de mais alta renda e com menor percentual de negros (grupo 1) com 98,2% de cobertura. No grupo 4, são observados que 34% dos domicílios usam captação da água da chuva, 6,1% usam gambiarra e 2,4 utilizam poço artesiano. Já nas RA's do grupo 1, 12,4% utilizam captação da água da chuva, 1,9 utilizam poço artesiano e parcela insignificante utiliza gambiarra.

No grupo 4, 90,3% dos domicílios têm acesso ao esgoto pela rede geral da CAESB, 8,6% utilizam fossa séptica, 4,3% utilizam fossa rudimentar (buraco ou fossa negra), e 0,7% declararam esgoto a céu aberto. Já no grupo 1, 93,9% dos domicílios têm acesso ao esgoto pela rede geral da CAESB, 9,7% utilizam fossa séptica, 1,1% utilizam fossa rudimentar (buraco ou fossa negra), e nenhum domicílio declarou esgoto a céu aberto. (ABES, 2018)

As Nações Unidas definiram na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável o Objetivo 6 que visa assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para



todos. O alcance deste objetivo passa por alcançar o acesso universal à água potável e ao saneamento de forma geral e também à melhoria da qualidade da água (UN, 2020).

## **2.4 A Raça e a Cor**

O termo raça tem sua origem etimológica associada a aspectos pejorativos. Seu significado no Castelhana Antigo remonta ao defeito ou culpa. No entanto é um termo difuso e de difícil significado. Não possui valor científico do ponto de vista genético e biológico, mas foi aplicado como forma de organização mediante as características comuns de grupos humanos. Esse conceito foi muito usado durante o século XVIII, por autores que buscavam classificar os humanos. Dentre os diversos autores, imperava como critério de separação o traço mais marcante, a cor da pele. Outros critérios usados nessa época eram o tamanho e forma, além dos aspectos “morais”. Até o início do século XX, o termo raça foi usado com conotação hierarquizante (PETRUCCELLI & SABOIA 2013).

Atualmente, entende-se raça como uma categoria socialmente construída ao longo da história, a partir de um ou mais signos ou traços culturalmente destacados entre as características dos indivíduos: uma representação simbólica de identidades produzidas desde referentes físicos (cor da pele, tipo de cabelo, estatura, forma do crânio etc.) e culturais. Na utilização desta categoria de análise, não se trata do grupo social cujo fundamento seria biológico, mas de grupo social dotado de identidade cultural. (PETRUCCELLI & SABOIA 2013).

A construção de uma ideia de inferioridade associada a raça negra se desenvolveu em paralelo com o pensamento iluminista. Se por um lado as ideias iluministas pregavam a liberdade, igualdade e fraternidade, alavancada por filósofos liberais, por outro dependia do tráfico de escravos para manutenção do desenvolvimento burguês e mercantil. É possível encontrar afirmações sobre a “natural” inferioridade dos africanos por filósofos, como John Locke (1632-1704), Charles de Secondat, barão de Montesquieu (1689-1755), Voltaire (1694-1778), David Hume (1711-1776) e Immanuel Kant (1724-1804), e pelo político Thomas Jefferson (1743-1826). Nesse período, a legitimação intelectual da supremacia branca aparecia como naturalmente justificada pelas ideias hegemônicas para apoiar e alavancar a exploração dos povos africanos, mas também pela lógica da estrutura do discurso ocidental moderno (PETRUCCELLI & SABOIA 2013).

### **2.4.1 A raça/cor e o racismo institucional**

No Brasil, a construção do conceito de raça/cor teve sua criação acompanhando aspectos históricos e sociais. O desenvolvimento da nação brasileira perpassou por um processo de colonização caracterizado pela exploração comercial mercantilista e pelo sistema escravocrata. Tal sistema, mesmo após extinto, ainda causa reflexos sociais como segregação e racismo (TRACCO, 2014; NASCIMENTO & MEDEIROS, 2010). A segregação, por sua vez, imprime consequências desfavoráveis, inclusive no âmbito da saúde, pois determina condições especiais de vulnerabilidade (FUNASA, 2005). Nesse contexto, a luta da população negra pela inclusão social e acesso à saúde é evidentemente importante.

Apesar de tantas conquistas e do tempo decorrido desde a Lei Áurea, o racismo ainda está presente na sociedade brasileira, não apenas de maneira direta (manifestações individuais e conscientes), mas principalmente de maneira institucional. Usa-se o termo racismo institucional em referência às formas como as instituições contribuem para a naturalização e reprodução da desigualdade racial (LÓPEZ, 2012). Ele atua de forma difusa no funcionamento das instituições, que diferenciam a distribuição de serviços, benefícios e oportunidades, segundo “etnia”, influenciando, inclusive nas políticas públicas (SILVA et al, 2009 apud, LÓPEZ, 2012). Esse tipo de racismo é bastante expresso quando são analisados os dados epidemiológicos dos negros no Brasil. No âmbito da saúde, é sabido que os negros enfrentam muitas vulnerabilidades. Batista et al. (2012) enfatiza as diferenças observadas nas condições de vida, adoecimento e morte dependendo da raça/cor da população.

Atualmente, no entanto, alguns defendem que não existe racismo pautados no mito da democracia racial, sustentado pela presença da mestiçagem, equivocadamente avaliada como harmônica, na formação étnica brasileira. Esse pensamento enfraquece a busca por solucionar as notáveis iniquidades raciais (ZAMORA, 2012). Tal ideia ainda está impregnada no imaginário coletivo e inviabiliza discussões sobre a exclusão da população negra (OLIVEIRA, 2012). No entanto, ao analisarmos os indicadores da população negra no Brasil, o tema da vulnerabilidade do negro, principalmente no campo da saúde, torna-se notavelmente relevante. Assim, é necessário que o tema seja extensamente estudado, problematizado e discutido.

Os negros, no Brasil, são uma parcela populacional dotada de indicadores perversos: piores indicadores educacionais; piores condições de domicílio; maior parcela em situação de pobreza; menor acesso aos planos de saúde privados; maiores chances de morte por causas externas; dentre vários outros que confirmam uma vulnerabilidade desse grupo (IBGE, 2016) (BRASIL, 2014) (BRASIL, 2005 apud BRASIL, 2013). Tais indicadores desfavoráveis e de vulnerabilidades impactam de modo particular no surgimento de alguns agravos, dentre eles a tuberculose.

## **2.5 O impacto da raça/cor na tuberculose**

Poucos estudos a esse respeito dos agravos com enfoque em raça/cor são produzidos no Brasil. Segundo De Azevedo Barros, (2017) que buscou dentre todas as publicações de uma importante revista de saúde pública no país nos últimos 50 anos, observou-se uma carência de estudos conceituais e teóricos, de análises de tendências e monitoramento das desigualdades sociais em saúde. Dentro dessas desigualdades sociais, o tema da raça e cor é pertinente. Quando o enfoque é a tuberculose, a busca bibliográfica fica limitada segundo aspectos de raça e cor. O enfoque da maioria dos estudos encontrados limita-se a caracterização tuberculose de populações indígenas e não indígenas, mantendo a superficialidade em relação a outras etnias, como abordado nos estudos desenvolvidos por Basta et. al. (2013) e por Amarante et al (2003). Outras pesquisas buscam uma abordagem genérica do perfil da tuberculose, abordando a etnia com superficialidade dentre vários outros aspectos avaliados em conjunto, como sexo, idade, opção sexual, perfil demográfico e socioeconômico, dando destaque a coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), como mostra a revisão sistemática de Bastos et al (2019). Por outro lado, Viana (2014) em seu estudo com abrangência no Brasil entre 2008 e 2011, levando em consideração o enfoque da raça/cor na tuberculose, encontrou uma taxa de incidência até 2 vezes maior em pretos, quando comparado às outras raças/cor. Observou-se que nos pretos, há maior percentual de óbitos. E juntamente com os indígenas, há maior proporção de casos em analfabetos (12%).

## **2.6 A Tuberculose no Distrito Federal**

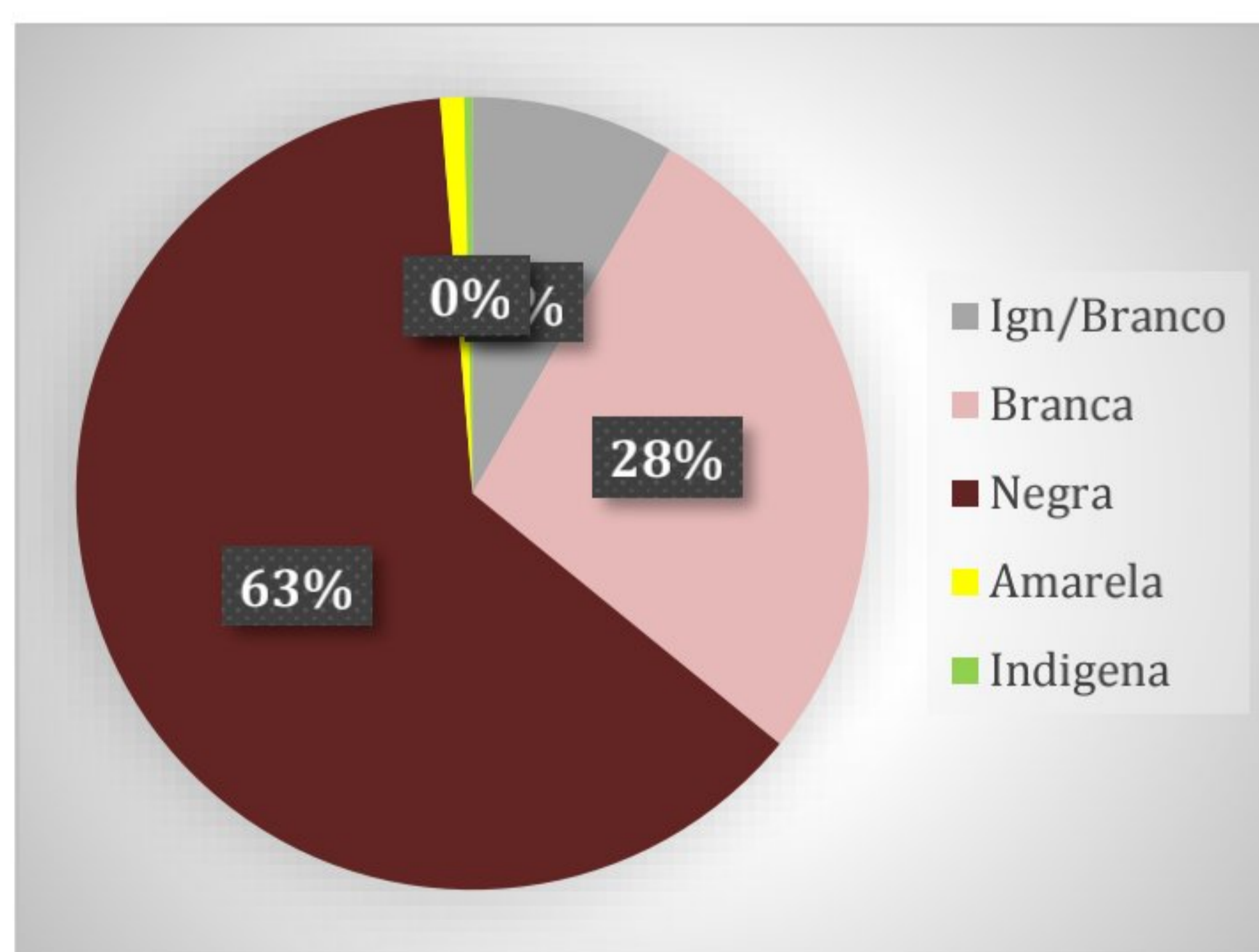
Durante o período analisado (2008 a 2018), ocorreram 4.201 casos confirmados de tuberculose no Distrito Federal, sendo 2.781 (66%) casos ocorridos em homens e 1.420 (34%) em mulheres. A faixa etária com maior número de casos foi entre 20 e 39 anos (1.573 casos), seguida pela faixa entre 40 e 59 anos (1.440 casos). Foram notificados, em média, cerca de 415 casos por ano no DF, tendo o ano de 2012 com pico de notificações (438), seguido por 2014 (422).

**Tabela 1-** Casos de Tuberculose Notificados segundo ano e raça/cor no Distrito Federal entre 2008 à 2018.

Ano Diagnóstico	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indigena	Negra	Total
2008	35	128	39	9	168	3	207	382
2009	19	118	45	5	146	2	191	335
2010	28	100	42	2	161	-	203	333
2011	38	115	33	2	176	-	209	364
2012	33	132	42	3	228	-	270	438
2013	28	103	38	1	195	1	233	366
2014	41	108	48	4	218	3	266	422
2015	31	105	46	3	208	3	254	396
2016	34	87	41	6	217	-	258	385
2017	34	74	40	3	210	-	250	361
2018	27	92	43	3	252	2	295	419
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>1162</b>	<b>457</b>	<b>41</b>	<b>2179</b>	<b>14</b>	<b>2636</b>	<b>4201</b>

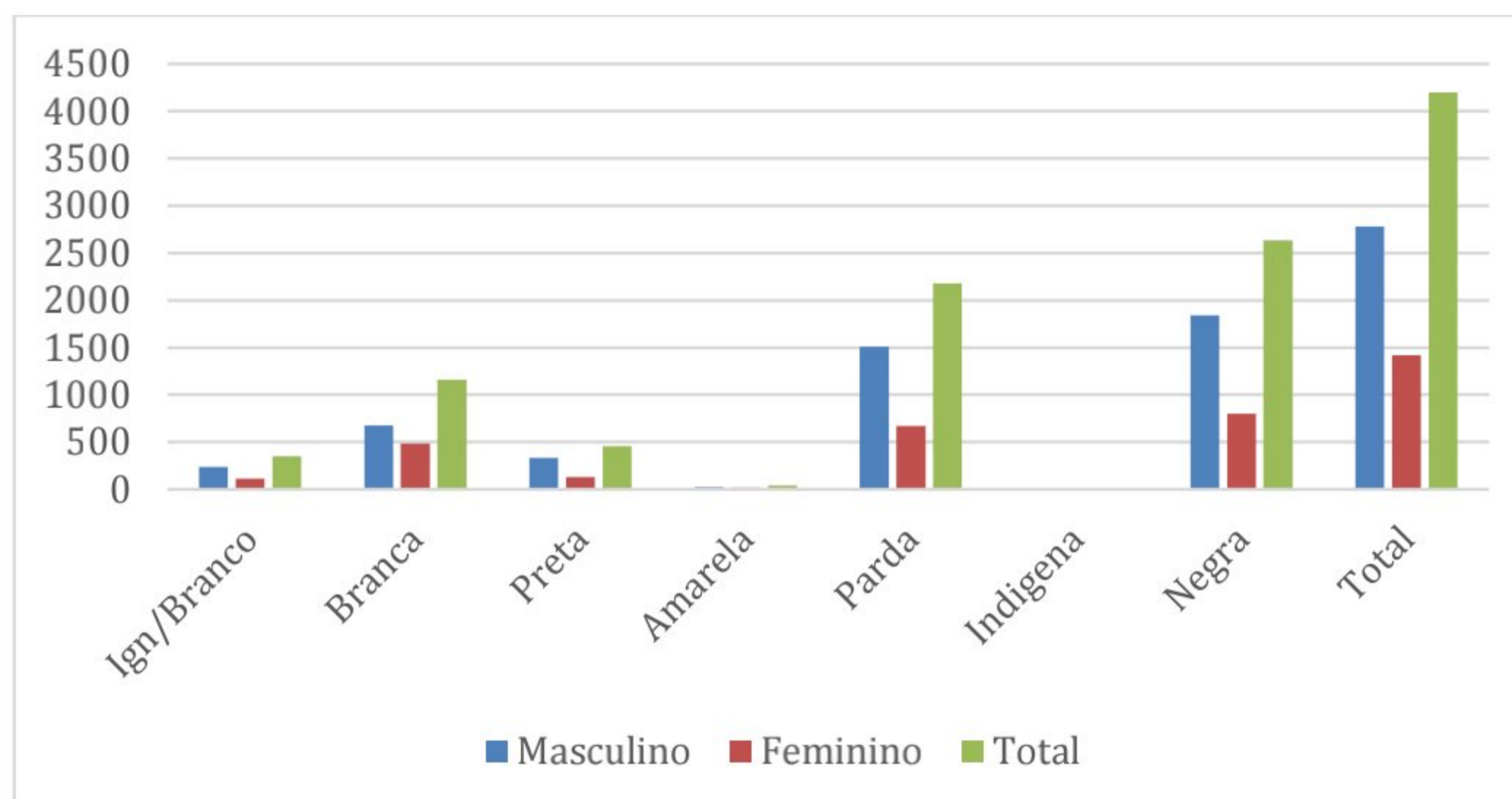
Fonte: SINAN, 2020.

**Figura 5 -** Proporção de casos confirmados de tuberculose entre 2008 e 2018 segundo raça/cor no Distrito Federal



Fonte: SINAN, 2020.

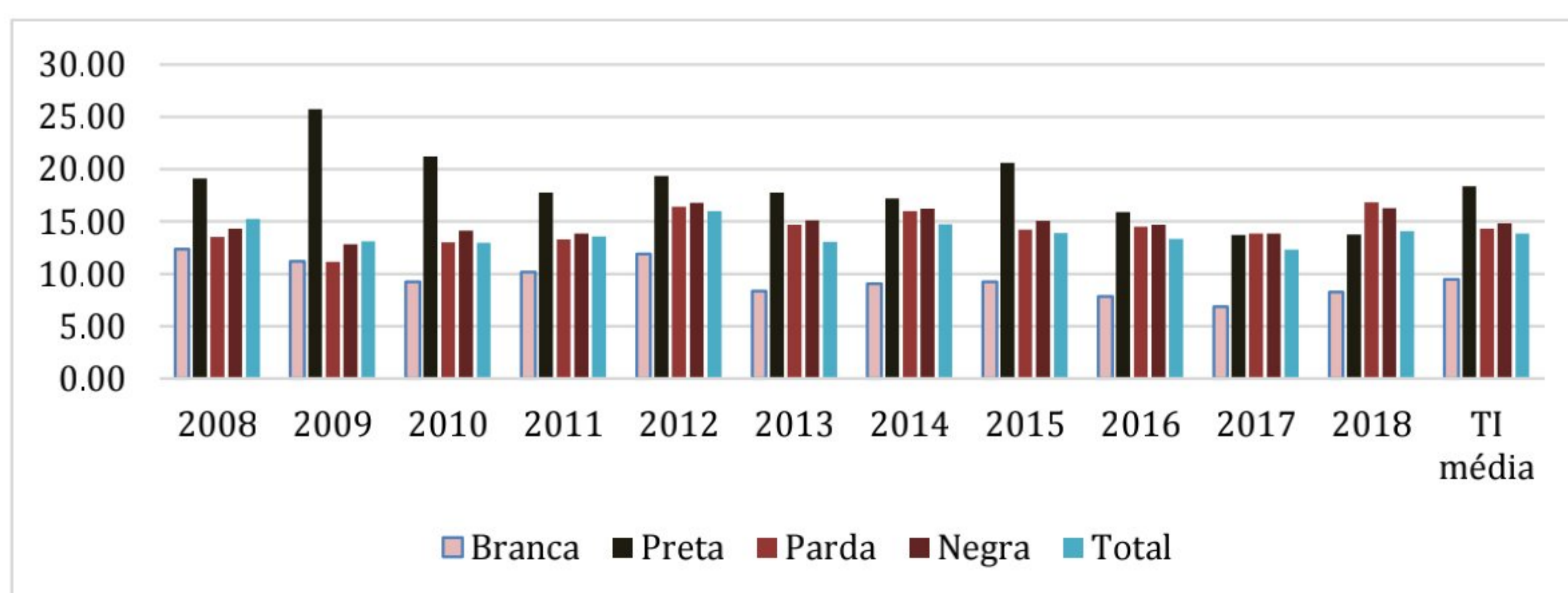
**Figura 6** - Casos confirmados de tuberculose entre 2008 e 2018 segundo sexo e raça/cor no Distrito Federal



Fonte: SINAN, 2020.

Em relação à raça/cor, 63% dos casos notificados foram em negros (pretos 11% e pardos 52%), 28% em brancos e 8% com categoria raça/cor ignorada. Considerando-se a raça/cor e sexo, a superioridade da proporção dos casos entre negros é presente tanto em homens quanto em mulheres. Ademais, independente da raça/cor, a superioridade da proporção de casos em homens é presente, entretanto, a heterogeneidade na proporção de casos entre homens e mulheres no grupo dos negros é maior do que em brancos. Nos negros, as mulheres ocupam apenas 31% dos casos e os homens 69%. Já nos brancos, 42% de mulheres e 58% homens. Tal heterogeneidade também é verificada em Viana (2014).

**Figura 7** - Taxa de Incidência da Tuberculose no Distrito Federal, entre 2008 e 2018, segundo raça/cor e ano por 100.000 habitantes.



Fonte: SINAN e IBGE, 2020.

A taxa de incidência (TI) média na população total, entre 2008 e 2018, foi de 13,85 casos para cada 100.000 habitantes. Nos homens encontra-se a TI média foi de 17,54 já nas mulheres, uma TI média foi de 8,2. Considerando raça e cor, observa-se TI média de 9,49 nos brancos, e 14,83 nos negros, sendo 14,31 nos pardos e 18,37 nos pretos.

Se analisada ano a ano, a TI mostra-se maior em 2012 na população geral, atingindo 15,99 casos em cada 100.00 habitantes. Nesse mesmo ano, considerando raça/cor, observa-se uma TI em negros de 16,79, sendo 19,35 em pretos e 16,39 em pardos, maiores do que a TI em brancos (11,91). As maiores TI em negros do que em brancos se reproduzem em todos os anos da série. Além disso, as taxas de incidência em pretos, especialmente, são superiores às demais na maior parte do período, atingindo maior valor (27,51) em 2009.

Uma limitação importante do estudo se mostra nas populações indígenas, amarelas e ignoradas/em branco. Como a base populacional para os cálculos de incidência considera o PNAD e o PNAD contínuo, a partir de 2015 a pesquisa populacional agrupa indígenas, amarelos e ignorados em uma categoria “outros”, inviabilizando análises mais apuradas, motivo pelo qual tais raça/cor não foram abordadas na análise ano a ano. No entanto, para fins ilustrativos e não comparativos, no ano de 2013 (metade do período) no Distrito Federal haviam cerca de 10 mil indígenas segundo IBGE. Nesse mesmo ano, observa-se apenas 1 caso de TB notificado nessa população, gerando uma TI de 10 casos para cada 100.000 habitantes. Ao todo no período, foram notificados apenas 14 casos em indígenas.

O DF tem menor TI na população geral em comparação com o Brasil, o qual atinge mais de 30 casos por 100.000 habitantes de 2010 a 2018. Segundo boletim epidemiológico, em 2019, a TI em no Rio de Janeiro, no Amazonas, no Pará, em Roraima e no Acre chegaram a valores maiores que 51 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2020). Apesar disso, o DF ainda não atingiu a meta do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que tem como objetivo atingir uma TI menor que 10 casos para cada 100.000 habitantes até 2035. (BRASIL, 2017)

### **2.6.1 Formas clínicas:**

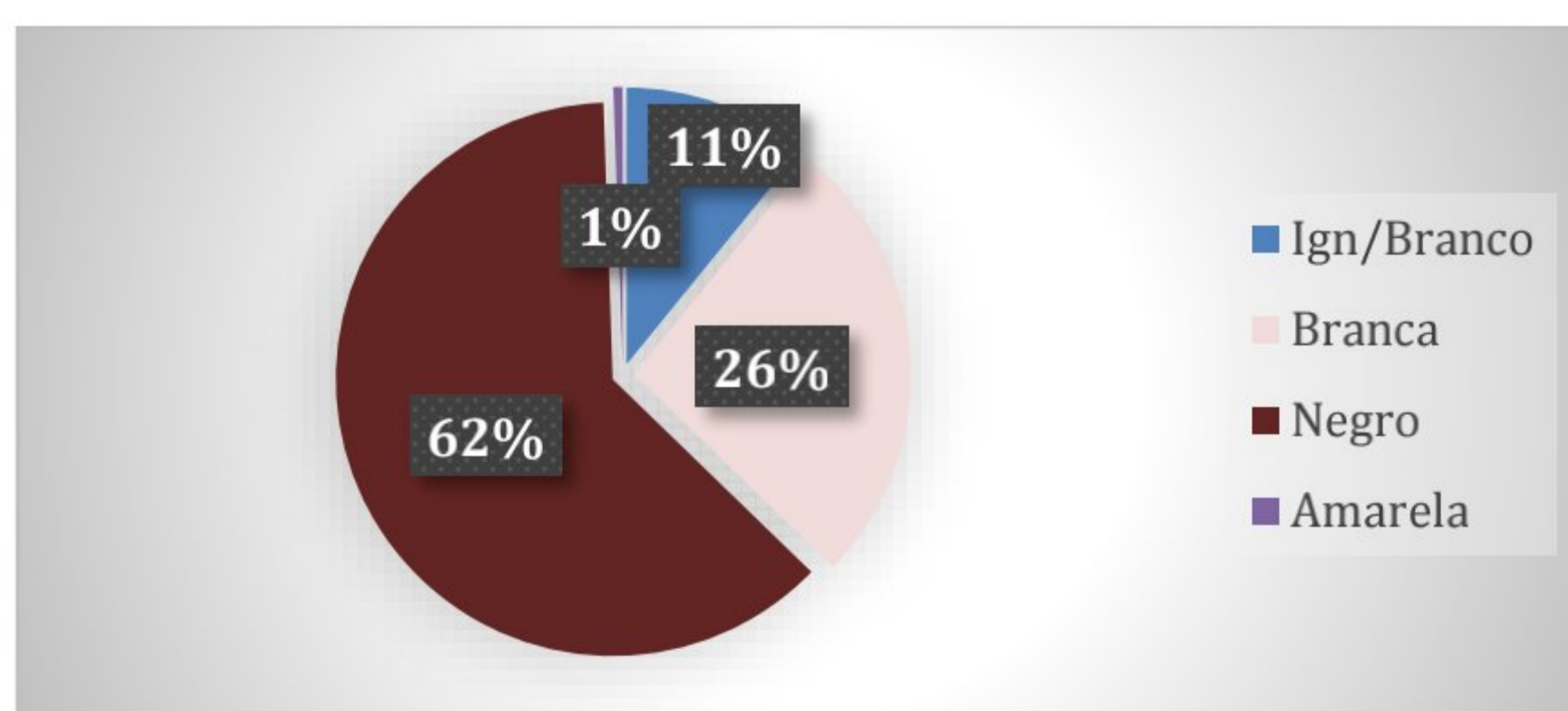
Em relação às formas clínicas da tuberculose no Distrito Federal, têm-se 3.022 (72%) casos de tuberculose pulmonar, 1.039 (25%) de tuberculose extrapulmonar e 145 (3%) com forma pulmonar e extrapulmonar concomitante.

Observa-se uma diferença na distribuição da proporção das formas clínicas de TB a depender do sexo e raça/cor. Quanto ao sexo, nos homens, 75% dos casos notificados foram de

TB pulmonar e 22% extrapulmonar. Já nas mulheres, 66% dos casos notificados foram de TB pulmonar e 31% extrapulmonar. Considerando a raça/cor, nos negros, 74% dos casos notificados foram de TB pulmonar e 23% extrapulmonar. Nos brancos, 65% dos casos notificados foram de TB pulmonar e 30% extrapulmonar. Nas mulheres brancas, a proporção de casos de TB extrapulmonar é ainda mais alta, totalizando 35% dos casos. Viana (2017), em seu estudo de abrangência nacional encontrou a forma pulmonar com maior frequência, com discreta superioridade na proporção de brancos com a forma extrapulmonar em relação às demais etnias.

### 2.6.2 Coinfecção TB-HIV

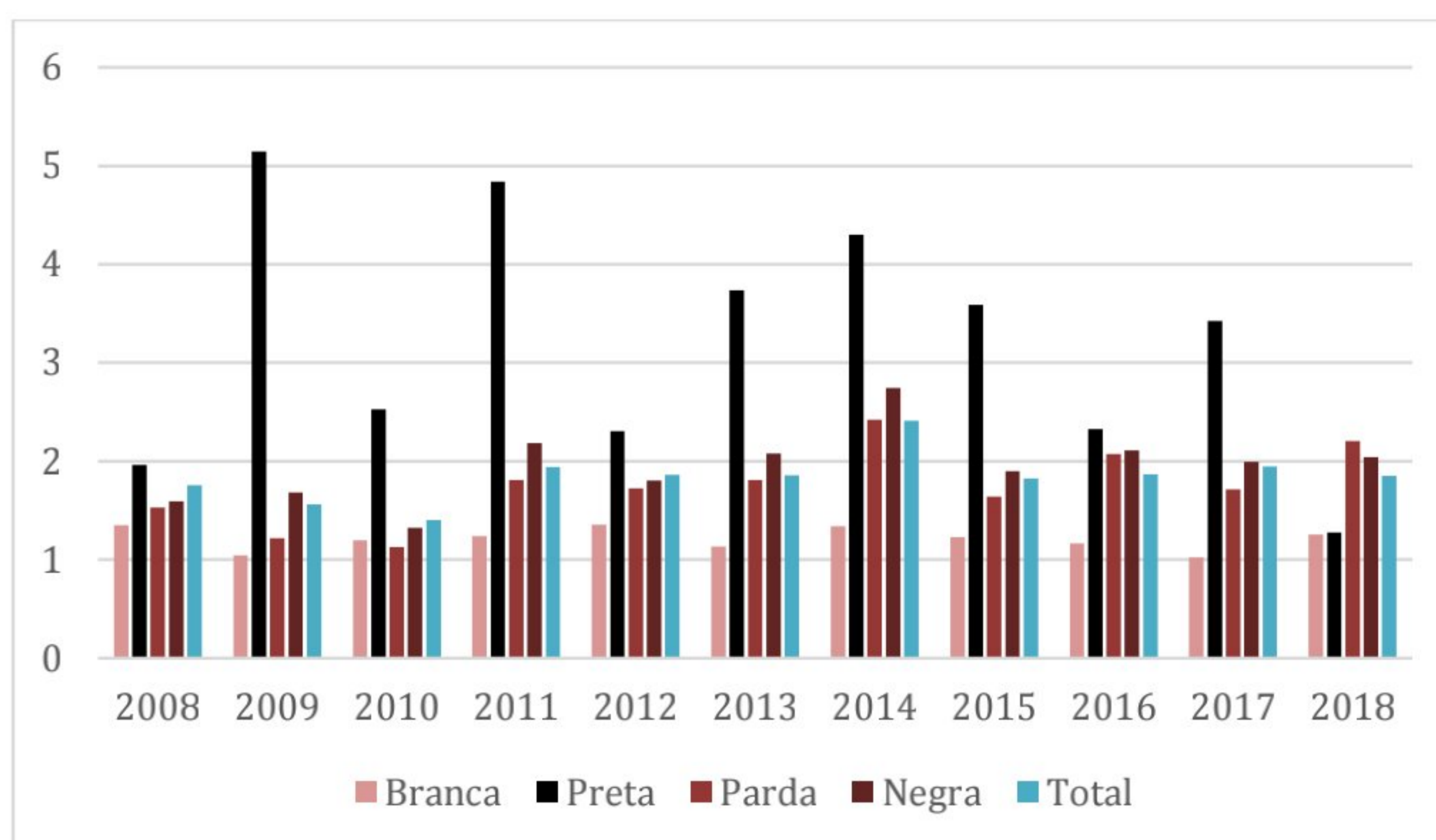
**Figura 8** - Proporção de coinfectedados TB/HIV, segundo raça/cor, no Distrito Federal, de 2008 à 2018



Fonte: SINAN, 2019.

No período, ocorreram 562 casos de coinfeção TB/HIV entre 2008 e 2018 no DF, sendo 449 (80%) masculinos e 113 (20%) femininos. Levando-se em consideração a raça/cor, é verificada maioria dos casos de coinfectedados (62%) em negros, seguidos por 26% em brancos e 11% dos casos com o quesito raça/cor ignorada.

**Figura 9** - Taxa de Incidência da Coinfecção TB-HIV no Distrito Federal, entre 2008 e 2018, segundo raça/cor e ano por 100.000 habitantes



Fonte: SINAN, 2019.

A TI da coinfeção TB-HIV apresentou notáveis diferenças mediadas pela raça/cor. Observa-se uma TI média de 1,8 casos a cada 100.000 habitantes na população total. Entretanto, nos negros, a TI média é de 1,9, com 3,22 nos pretos e 1,75 nos pardos. Já nos brancos, essa taxa média é de 1,21. No ano de 2009, observa-se um pico da TI da TB-HIV em pretos, atingindo 5,1 casos a cada 100.000 habitantes. A população de pessoas vivendo com o HIV tem um risco de adoecimento por TB 28 vezes maior do que a população geral, configurando o importante fator de risco para a doença (BRASIL, 2019 a). Isso mostra a importância da detecção, do tratamento e do monitoramento dessa população vulnerável para o controle da doença.

### 2.6.3 TB em Pessoas em Situação de Rua:

Dos casos notificados no período, 70 casos ocorreram em pessoas em situação de rua, dos quais 58 (83%) são homens e 12 (17%) são mulheres. Quanto a raça/cor, 54 (77%) são negros. Os negros compõem 75% das mulheres e 64% dos homens na população com TB em situação de rua. A importância dessa população é evidente no ponto de vista da saúde pública, na medida que pessoas em situação de rua estão entre as populações vulneráveis para a doença, tendo risco 56 vezes maior do que a população geral de adoecer por tuberculose. (BRASIL, 2019 b)

### 2.6.4 TB e alcoolismo:

No período analisado, 564 (12% do total de casos) pessoas com TB também sofriam de alcoolismo, sendo 510 (90%) homens e 54 (9,6%) mulheres. Observam-se 380 (67%) de negros, 107 (21%) de brancos e 53 (10%) com raça/cor ignorada.



### 2.6.5 Situação de encerramento

Considerando como fonte o SINAN, no período analisado, do total de casos notificados, 3.055 (73%) evoluíram para cura, 253 (6%) abandono e 229 (6%) evoluíram para óbito, sendo 170 (4%) óbitos por outros motivos e 81 (2%) óbitos por TB. Além disso, 152 (4%) das notificações tiveram situação de encerramento em branco/ignorado. Quanto ao sexo, observa-se que a proporção de casos que evoluem para cura é maior em mulheres (76%) do que em homens (71%). A proporção de abandono do tratamento é maior em homens (7%) do que em mulheres (5%). A proporção de óbitos é maior em homens (6%) sendo 2% de óbitos por TB e 4% por outras causas. Nas mulheres, a proporção de óbitos é de 5%, sendo 1% de óbitos por TB e 4% por outras causas.

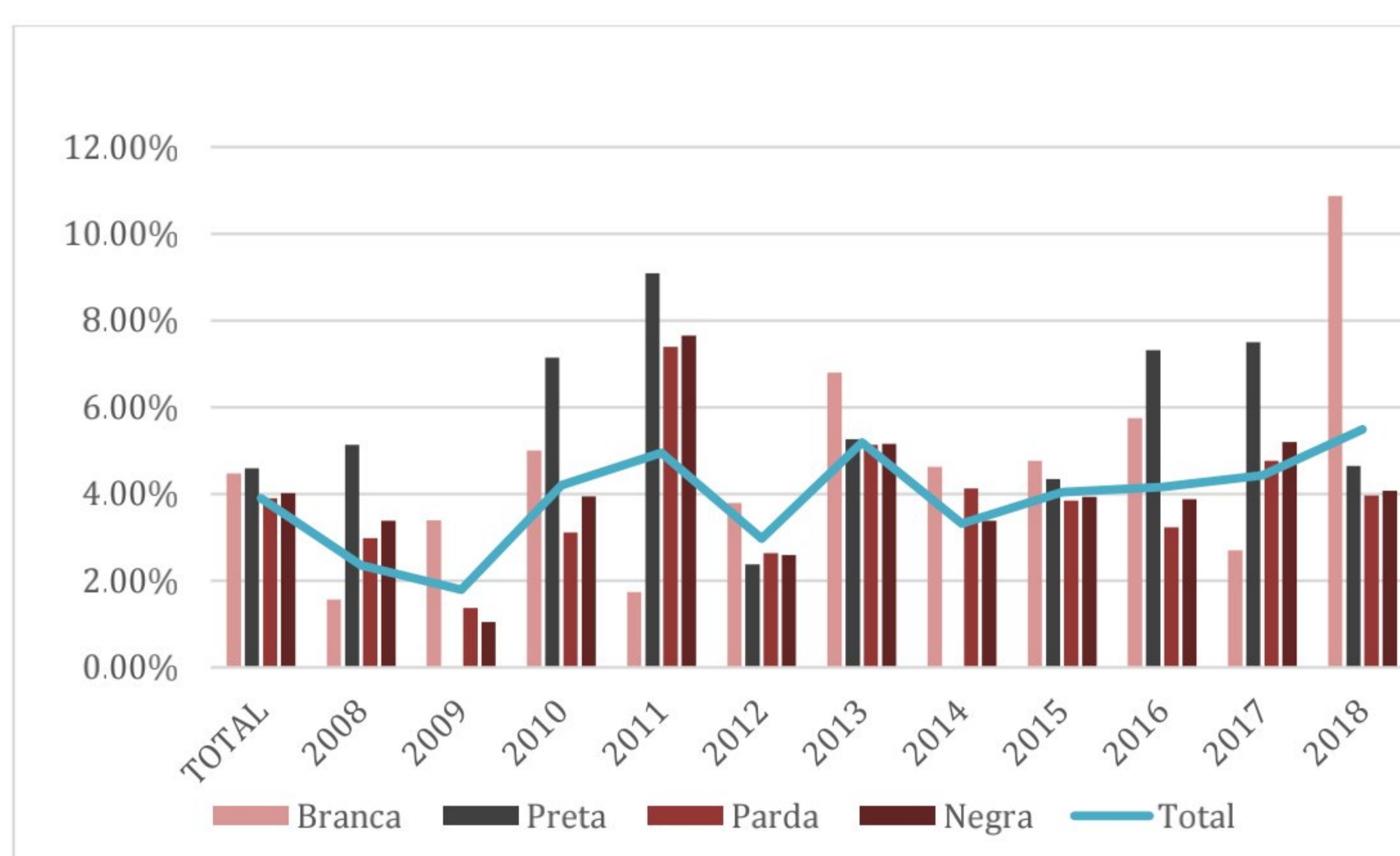
Em relação à raça/cor, tem-se que 41 (56%) dos óbitos por TB ocorreram em negros, e 15 (20%) em brancos. Nota-se que a proporção de casos que evoluem para cura entre os brancos é maior (79%) do que nos negros (71%). A proporção de abandono é maior nos negros (7%) que nos brancos (4%). A proporção de óbitos por TB é discretamente maior em negros (2%) do que em brancos (1%). É importante ressaltar que 17,5% dos encerramentos de caso por óbito foram notificados com raça/cor ignorada. Considerando apenas os óbitos por tuberculose, essa proporção atinge 23%. Tais achados dificultam análises estatísticas mais apuradas.

Considerando como fonte o SIM, observa-se no período analisado 164 mortes por tuberculose, sendo 140 (85%) por TB respiratória e 24 (14%) por outras causas. Das mortes, 106 (65%) ocorreram em negros (52% em pardos e 13% em pretos). Os brancos, no entanto, registraram 52 (32%) das mortes. Foram notificadas 5 (3%) mortes com raça/cor ignorada, mostrando bom preenchimento da categoria raça/cor. Quanto ao sexo, 71% das mortes ocorreram no sexo masculino e 29% no sexo feminino. É importante ressaltar que não ocorreram mortes por TB em indígenas durante o período analisado.

Nesse contexto, observou-se que a taxa de mortalidade (TM) na população geral foi de 5,8 mortes por 100.000 habitantes. A TMA foi maior em homens (8,9 por 100.000 habitantes), em comparação às mulheres (3,2). Se considerado ano a ano, observa-se que a taxa de mortalidade (TM) foi crescente no período, sendo a maior no ano de 2018, com TM de 0,77 por 100.000 habitantes, com 1,2 homens e 0,33 mulheres. Nota-se que apesar da mortalidade crescente no período, no DF a mortalidade encontra-se abaixo da meta estabelecida pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose, que estabelece a TM de 1 morte a cada 100.000 habitantes até 2035. (BRASIL, 2017)

Levando-se em consideração a raça/cor, a taxa de mortalidade acumulada no período foi maior em negros, com 6,9 mortes por TB em cada 100.000 habitantes, do que em brancos (4,2). Além disso, ao estratificarmos o grupo dos negros em pretos e pardos, observa-se que nos pretos, a taxa de mortalidade acumulada atinge 9,8 mortes em cada 100.000 habitantes, e os pardos atingem 6,4. Atenção especial deve ser dada aos homens negros, que atingem 10,8 mortes em cada 100.000 habitantes. Diferença notável entre os homens brancos, com TM de 6,1. Nas mulheres negras a TM acumulada no período é de 3,3. Nas mulheres brancas a TM acumulada é de 2,7.

**Figura 10:** Série temporal da taxa de letalidade por tuberculose segundo ano, por raça/cor, entre 2008 e 2018



Fonte: SINAN, SIM e IBGE, 2020.

Observa-se que a TL na população geral considerando o período entre 2008 e 2018 foi de 3,9%. Quando considerada ano a ano, a TL mostra três picos, o primeiro em 2011, com TL de 4,95%, o segundo em 2013, com TL de 5,19% e o terceiro em 2018, com TL 5,49. O ano com menor TL foi o de 2009 (1,79%). Entre os homens, a taxa de letalidade foi de 4,2%. Já entre as mulheres, 3,3%.

Considerando raça/cor, levando em consideração todo o período, observa-se maior TL em brancos (4,48%) do que negros (4,02%). No entanto, entre os pretos, a taxa de letalidade atinge 4,6%, sendo a maior entre as etnias estudadas. Já os pardos possuem TL de 3,9%.

Ao considerarmos as TL ano a ano, segundo raça/cor é possível perceber um pico da TL em brancos em 2018 (10,87%) como visto no gráfico acima, contribuindo para o aumento da TL levando-se em conta todo o período. Observa-se maior TL em brancos do que em negros na maior

parte dos anos. Entretanto, a TL de pretos supera a TL em brancos em alguns anos, chegando à 9,38% em 2011, comparados à 1,77% em brancos nesse mesmo ano. Em 2009 e em 2014 não ocorreram óbitos notificados como pretos, levando a TL nula nesses anos para essa categoria de raça/cor.

### 3. CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou investigar o perfil da tuberculose no Distrito Federal, entre 2008 e 2018. Nesse aspecto, conclui-se que os homens, de raça/cor preta e parda, jovens, portadores da forma pulmonar da TB figuram o perfil dos casos de tuberculose no DF durante o período estudado. Dentre todas as raça/cor, os pretos mostram os indicadores de maior vulnerabilidade na tuberculose, carregando as maiores taxas de incidência, taxas de mortalidade e taxas de letalidade. Além disso, os negros (pretos e pardos) compõem a maioria dos casos em populações especiais, a saber: pessoas em situação de rua, pessoas com alcoolismo e coinfectados TB-HIV, sugerindo maior vulnerabilidade dos negros nessa parcela dos casos. Quanto a situação de encerramento, a proporção de abandonos e de óbitos é maior em negros. Por outro lado, a proporção de cura é maior em brancos. Diante disso, foi possível observar, no presente estudo, indicadores que sugerem maior vulnerabilidade da população negra em relação a branca no contexto da tuberculose. São necessários mais estudos, levando em consideração a raça/cor para identificar os fatores causais e a dinâmica que permeiam as vulnerabilidades relacionadas a raça/cor na tuberculose.

### REFERÊNCIAS

ABES. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. Ranking ABES da Universalização do Saneamento, 2018. Disponível em: [http://abes-dn.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Ranking\\_2018a.pdf](http://abes-dn.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Ranking_2018a.pdf) Acesso em 13 Mai. 2020.

AMARANTE, J. M.; COSTA, V. L. A.; MONTEIRO, J. O controle da tuberculose entre os índios yanomami do alto rio negro. **Bol Pneumol Sanit**, v. 11, n. 2, p. 5–12, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose – Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_livre\\_tuberculose\\_plano\\_nacional.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf) Acesso em 21 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 3. ed. Brasília. 2019a. p. 336 <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. 2ª edição atualizada. Brasília; 2019b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf) Acesso em 21 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Especial Tuberculose. Número Especial – Março – 2020** [INTERNET]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2020> Acesso em 21 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil relacionada a pobreza**. Brasília, 2014.

BRASIL. **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. 2. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p

BASTA, P. C. et al. Desigualdades sociais e tuberculose: análise segundo raça/cor, Mato Grosso do Sul Social. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 854–864, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0854.pdf> Acesso em 20 Jun. 2020.

BASTOS, Shyrlaine Honda et al. Sociodemographic and health profile of TB/HIV co-infection in Brazil: a systematic review. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1389-1396, 2019.

CNDSS, COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. 2008 Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf) Acesso em 28 Jun. 2020.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Evolução do IDH do Distrito Federal e dos Municípios da Área Metropolitana de Brasília Comparativamente às Demais**

**Unidades da Federação e Municípios Do Brasil.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Evolu%C3%A7%C3%A3o-do-IDH-do-DF-e-dos-Munic%C3%ADpios-da-AMB-Comparativamente-%C3%A0s-demais-Unidades.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2020.

CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital Por Amostra e Domicílios – PDAD 2018.** Secretaria de Estado de Fazenda, Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal – SEFP. Distrito Federal, 2018. Disponível em: [http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD\\_DF-Grupo-de\\_Renda-compactado.pdf](http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de_Renda-compactado.pdf) Acesso em 30 jun 2020.

DISTRITO FEDERAL. DECRETO N°3924, de 03 de maio de 2018 Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/26959fffe6034de6a18918cbab53b124/Decreto\\_39024\\_03\\_05\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/26959fffe6034de6a18918cbab53b124/Decreto_39024_03_05_2018.html) Acesso em 20 Ago. 2020.

FUNASA. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade.** Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2005. 446 p.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTAÍSTICA. **Nota Técnica: Principais Diferenças Metodológicas entre as Pesquisas PME, PNAD e PNAD Contínua.** 2015 Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilios\\_continua/Nota\\_Tecnica/Nota\\_Tecnica\\_Diferencas\\_Metodologicas\\_das\\_pesquisas\\_PNAD\\_PME\\_e\\_PNAD\\_Continua.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Nota_Tecnica/Nota_Tecnica_Diferencas_Metodologicas_das_pesquisas_PNAD_PME_e_PNAD_Continua.pdf) Acesso em: 17 Jan. 2020.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa das características étnico-raciais da População-PcerP.** 2012. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9372-caracteristicas-etnico-raciais-da-populacao.html?=&t=o-que-e> Acesso em nov. 2019.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf> Acesso em 20 Ago. 2020.

\_\_\_\_\_. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Censo Demográfico Tabela 3175 - População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade, 2020 a. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175> Acesso em 20 Mai 2020.

\_\_\_\_\_. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Tabela 6408 - População residente, por sexo e cor ou raça, 2020 b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/262> Acesso em 30 Mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual. Tabela 6408 - População residente, por sexo e cor ou raça, 2020 c. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408> Acesso em 30 Mai. 2020.

LÓPEZ, L.C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MUNAYCO, C.V. et al. Determinantes sociais e desigualdades na incidência da tuberculose na América Latina e no Caribe. **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 3, 2015.

NASCIMENTO, A.J; MEDEIROS, M.G. **O Fim da Escravidão e as Suas Consequências. IV Colóquio de História**. Olinda, 2010.

OLIVEIRA, E.I.I; MOLINA, R.M.K. A **ampliação da base social da educação superior no contexto do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais: o caso do ProUni**. Rev. Bras. Estud. Pedagog. [online]. 2012, vol.93, n.235, pp. 743-769. ISSN 2176-6681.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **10 Principais Causas de Morte no Mundo**. 2018 [INTERNET] Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0) Acesso em Ago. 2020.

OPAS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Tuberculose**. 2020 [INTERNET] Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=429:tuberculose&Itemid=463](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=429:tuberculose&Itemid=463) Acesso em jan. 2020.

PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. **Características Étnico-Raciais da População. Classificação e Identidades**. 2013. Rio de Janeiro, IBGE (série Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf> Acesso em: 4 Mai. 2019.

SAN PEDRO, A.; DE OLIVEIRA, R.M. Tuberculosis and socioeconomic indicators: systematic review of the literature/Tuberculose e indicadores socioeconomicos: revisao sistematica da

literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 33, n. 4, p. 294-302, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400009> Acesso jan. 2020

SANTOS, M.L.S.G. et al. Poverty: socioeconomic characterization at tuberculosis. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. SPE, p. 762-767, 2007.

TRACCO, C.L. **A Formação da Sociedade Brasileira Aspectos Econômicos, Políticos e Religiosos (Séc. XVI - XX)**. *Revista Eletrônica Espaço Teológico*, 2014, Vol. 8, n. 13, pp. 124-144. ISSN 2177-952X.

UN, UNITED NATIONS. **Objetivo 6: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos**. [INTERNET] Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods6/> Acesso em 15 mai. 2020.

UN, UNITED NATIONS. **United Nations General Assembly. Resolution 73/3: Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis**. United Nations, 2018 Disponível em: [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/73/3](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/3) , Acesso em 28 Jun. 2020.

VIANA, P.V.S. et al. **Tuberculose no Brasil: Uma análise dos dados de notificação, segundo macroregião e raça/cor, para o período 2008-2011**. 2014. Tese de Doutorado.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Moscow Declaration to End TB; First WHO global ministerial conference on ending TB in the sustainable development era: a multisectoral response**. Geneva: World Health Organization and the Ministry of Health of the Russian Federation; 2017 Disponível em [https://www.who.int/tb/features\\_archive/Moscow\\_Declaration\\_to\\_End\\_TB\\_final\\_ENG\\_LISH.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/features_archive/Moscow_Declaration_to_End_TB_final_ENG_LISH.pdf?ua=1) Acesso em 28 Jun. 2020.

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. **Desigualdade racial, racismo e seus efeitos**. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2012, vol.24, n.3, pp. 563-578. ISSN 1984-0292.