

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO



Fatores Associados ao Insucesso do Tratamento de
Tuberculose no Sexo Feminino

Coordenação de Hanseníase e Tuberculose
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Volume 3 de 2023.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Subsecretaria de Vigilância em Saúde

Superintendência de Vigilância Epidemiológica

Diretoria de Vigilância de Condições Crônicas

Coordenação de Hanseníase e TB

Edifício Minas, Rodovia Papa João Paulo II, 4143

Serra Verde – Belo Horizonte, MG, Brasil

CEP: 31630-900 | Tel: 31 3916 0336

Site: <https://www.saude.mg.gov.br/TB>

Coordenação-geral

Maíra de Assis Pena Veloso - CHT/DVCC/SVE/SUBVS/SES-MG

Elaboração de texto

Kennedy Crepalde Ribeiro – CHT/DVCC/SVE/SUBVS/SES-MG

Thaís Rolla de Caux – CHT/DVCC/SVE/SUBVS/SES-MG

Colaboração

Renata Guimarães Moreira Rocha - CHT/DVCC/SVE/SUBVS/SES-MG

Sara Oliveira Ribeiro - DIE/DVCC/SVE/SUBVS/SES-MG

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise descritiva dos casos de TB Pulmonar com confirmação laboratorial, Minas Gerais, 2012 a 2021, de acordo com sexo, segundo variáveis selecionadas	10
Tabela 2. Distribuição percentual de populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB, de acordo com sexo, entre pessoas com escolaridade até o ensino fundamental .	13
Tabela 3. Proporção de cura e insucesso, de acordo com sexo.	14
Tabela 4. Associação entre a ocorrência de desfechos negativos no sexo Feminino, em comparação ao sexo masculino, de acordo com as características analisadas	15
Tabela 5. Distribuição absoluta e percentual das pessoas do sexo Feminino que vivem com HIV e aids, de acordo com categorias de análise	18

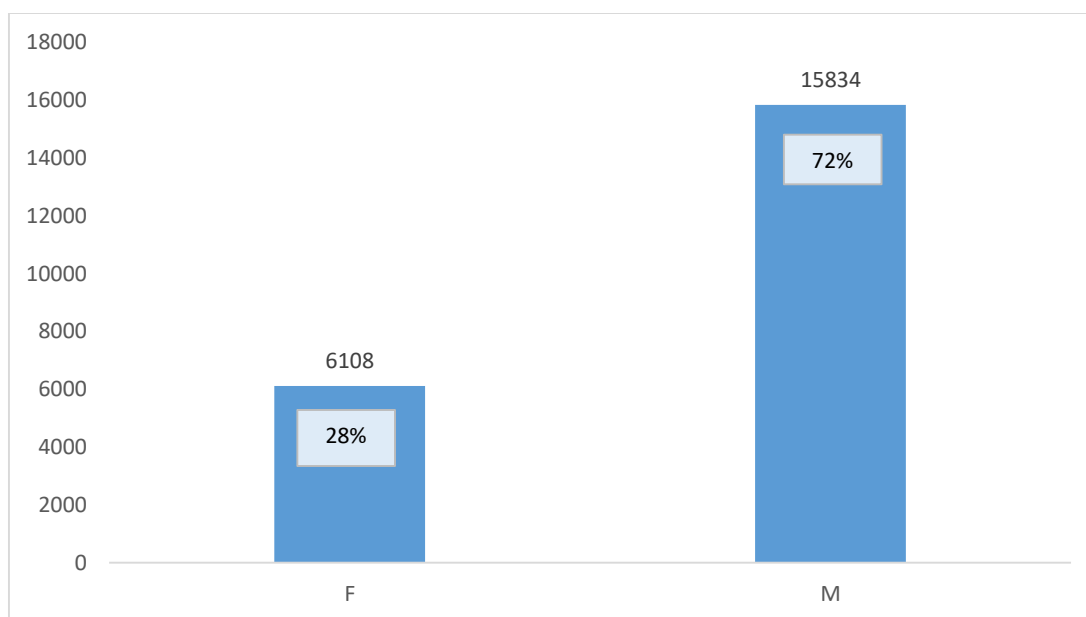
SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
METODOLOGIA.....	8
RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
Análise Descritiva dos casos de TB Pulmonar, de acordo com o sexo	9
Razão de Chances de Insucesso do Tratamento	14
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

INTRODUÇÃO

Devido ao fato de ser globalmente mais prevalente entre homens (BRASIL, 2023a; WHO, 2023), a tuberculose (TB) entre pessoas assignadas com o sexo feminino¹ (F) é pouco estudada. Conforme mostrado pela Figura 1, a frequência de casos de TB em Minas Gerais também é maior para pessoas designadas com o sexo masculino (M).

Figura 1. Frequência de casos de TB de acordo com sexo, Minas Gerais, 2012 a 2021.



Fonte: Sinan, 2023

O fato de os homens terem uma carga maior de TB não é, no entanto, universalmente verdadeiro, tampouco verdadeiro para todas as formas de TB. Por exemplo, na adolescência, os níveis flutuantes de estrogênio podem comprometer a imunidade e aumentar o risco de TB entre pessoas designadas com o sexo F (DONALD, MARAIS & BARRY, 2010). Além disso, a TB extrapulmonar é mais comum em mulheres do que

¹ Aqui neste boletim utilizaremos os termos “pessoas assignadas com o sexo...” ou “pessoas designadas com o sexo...”, pois a interpretação do Sinan não nos permite inferir gênero/identidade de gênero da pessoa analisada. Apenas pode-se verificar qual o sexo assinalado na ficha, feminino ou masculino. Tampouco sabe-se, a partir da ficha do sinan, qual sexo foi designado ao nascimento, haja vista que, para pessoas trans que possuem retificação na certidão de nascimento, o sexo assignado no Sinan irá corresponder ao que se encontra em sua documentação. Portanto, utilizamos o termo “sexo” ao abordar o que se infere a partir das fichas de notificação, ao invés do termo “gênero”, pois não se tratam de conceitos sinônimos. Entretanto, serão feitas discussões a partir de questões sociais que perpassam o gênero feminino, especialmente sob a ótica das desigualdades sistêmicas. Como afirma Barata (2012, p. 75), a variável sexo “não dá conta das questões de gênero, pois um dos aspectos mais salientes dessas relações é a assimetria de poder que se estabelece entre homens e mulheres na maioria das sociedades e praticamente em todos os âmbitos da vida social”.

homens e mais difícil de diagnosticar (SILVA *et. al.*, 2021; STOP TB PARTNERSHIP, 2021). É possível que exista, portanto, subnotificação de TB entre mulheres porque os estudos de prevalência tendem a excluir adolescentes e TB extrapulmonar.

É relevante destacar que é global a desigualdade de gênero e discriminação sistêmica das mulheres, meninas e pessoas de gêneros dissidentes. Segundo dados da *STOP TB Partnership* (2021), as mulheres vivenciam:

- Maior risco de desnutrição e relatam maior insegurança alimentar em $\frac{2}{3}$ de 141 países;
- Duas vezes maior probabilidade de analfabetismo em comparação aos homens;
- Menos acesso a empregos;
- Salários 20% menores do que os homens por cargos equivalentes;
- Menos controle sobre suas decisões em saúde, haja vista que normas sociais e legais muitas vezes exigem permissão e financiamento de pais/maridos.

No Brasil, no terceiro trimestre de 2022, 50,8% dos lares no Brasil em 2022 tinham liderança feminina. Destes, 56,5% eram chefiados por mulheres negras. Destaca-se ainda que os domicílios monoparentais chefiados por mulheres com filhos são aqueles com menor renda (R\$ 789), e que 43,9% das mulheres chefes de família estavam fora do mercado de trabalho (IBGE, 2023). Entre os anos de 2015 e 2022, a taxa de desocupação de pessoas de 14 anos ou mais é substancialmente maior entre mulheres do que em homens (BRASIL, 2023b).

Essas estatísticas são bastante relevantes quando analisada a TB, haja vista que se trata de uma doença com forte determinação social, cujas ocorrência e condições de enfrentamento são agravadas pela pobreza e pela marginalização (BRASIL, 2019). Outrossim, segundo apontam Guidoni *et. al.* (2021a), no Brasil, dentre os participantes do estudo, aproximadamente 40% sofreram custos catastróficos durante o tratamento da TB, consequência da significativa perda de renda e do custo gerado pelo diagnóstico e tratamento. Além disso, a chance de indivíduos que apresentaram custos catastróficos terem desfechos desfavoráveis no tratamento foi 2,5 vezes maior em comparação àqueles que não apresentaram custos catastróficos. Em outro estudo realizado por Guidoni *et. al.* (2021b), quatro determinantes estiveram associados aos custos

catastróficos no tratamento da TB: ser chefe de família, viver na pobreza antes da doença, emprego informal atual e parar o trabalho durante a doença.

Considerando os dados supracitados sobre a distribuição de desnutrição, trabalho, renda e liderança familiar, esses dados tornam-se alarmantes para pensar a TB entre pessoas assignadas com sexo F. Até onde é de nosso conhecimento, não existem estudos brasileiros que verifiquem a diferença entre experiência de custos catastróficos de acordo com o sexo, porém alguns estudos na literatura mundial que reportam renda individual estratificada entre sexo M e f mostram que os custos foram significativamente maiores para as mulheres (ASPLER *et. al.*, 2008; UMAR *et. al.*, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) considera o gênero e o sexo como determinantes sociais de saúde, que, interagindo com outros determinantes, irão influenciar diretamente nos processos de produção de saúde e adoecimento, acesso aos serviços e percepção sobre a própria saúde. Historicamente, os programas de TB invisibilizam o assunto gênero, resultando no reforço e perpetuação das desigualdades sistêmicas, o que, por sua vez, incorre em danos para a saúde de toda a sociedade (STOP TB PARTNERSHIP, 2021).

Os dados epidemiológicos de Minas Gerais mostram que a proporção de cura, entre 2012 e 2021, foi maior entre pessoas designadas com o sexo Feminino e a de desfechos negativos, menor (SINAN, 2023). Porém, considerando todos os fatores acima mencionados, propõe-se, neste boletim, em Minas Gerais:

- 1) Realizar análise descritiva dos casos novos de TB, de acordo com sexo, entre 2012 e 2021;
- 2) Analisar se as pessoas do sexo F com TB e com uma determinada característica (raça/cor, uso de álcool, dentre outros) possuem maiores ou menores chances de insucesso de tratamento em relação às pessoas do sexo M com TB e a mesma característica.

Objetiva-se compreender melhor a TB na população assignada com o sexo F, e propor medidas específicas para alcançar melhores indicadores de controle da doença, reduzindo as iniquidades de gênero na saúde e contribuindo para políticas e programas de saúde mais eficazes.

METODOLOGIA

Este é um estudo observacional de vida real que analisou as notificações de casos de TB confirmados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do estado de Minas Gerais, entre 2012 e 2021. Os dados do Sinan foram extraídos em 16 de maio de 2023. As análises foram feitas no software R versão 4.2.2.

O desfecho considerado é o insucesso de tratamento. A variável situação de encerramento foi recategorizada em: sucesso (cura) ou insucesso (abandono, óbito por TB e abandono primário). O termo adequado é interrupção do tratamento, no entanto, no Sinan está descrito como abandono. Pessoas com outros desfechos foram excluídas (óbito por outras causas, transferência, mudança de diagnóstico, TB drogarresistente – TBDR, mudança de esquema e falência do tratamento). Foram excluídas também as pessoas com menos de 10 anos de idade, uma vez que as condutas de diagnóstico e tratamento são diferentes para maiores de 10 anos. Foram analisados apenas os casos de TB pulmonar ou TB pulmonar + extrapulmonar, e foram excluídas as pessoas com tipo de entrada “transferência”.

As variáveis analisadas para associação com insucesso de tratamento se referem ao momento de registro pelo profissional de saúde e constam nas fichas de notificação, investigação e acompanhamento de TB. São elas: sexo, desfechos de tratamento, faixa etária, raça/cor, macrorregião de saúde de residência, beneficiário de programa de transferência de renda, ano de notificação, tipo de entrada (caso novo/retratamento), comorbidades e vulnerabilidades (diabetes, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, tabagismo, doença mental, HIV e AIDS), e populações especiais (população privada de liberdade, população em situação de rua, profissional de saúde, imigrantes). As populações mais vulneráveis ao adoecimento analisadas são de acordo com aquelas apontadas no Manual de Recomendações para o Controle da TB no Brasil (2019).

Uma análise descritiva da população geral foi realizada. Em seguida, foram analisadas as diferenças entre proporções de casos de TB por sexo (mulheres e homens) e por característica do indivíduo. Para comparar as proporções entre homens e mulheres foi calculado o Qui-quadrado de Pearson (nível de confiança de 5%) e construído o intervalo de confiança de 95%. Ademais, foram comparadas as chances de insucesso entre mulheres e homens com a mesma característica, analisando, por exemplo, quais as

chances de insucesso de tratamento de pessoas do sexo F vivendo com HIV em relação às pessoas do sexo M vivendo com HIV?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise Descritiva dos casos de TB Pulmonar, de acordo com o sexo

Conforme pode ser visto na figura 1, a distribuição percentual dos casos de TB pulmonar, entre os anos de 2012 e 2021, em Minas Gerais, mostra que a maior proporção ocorreu entre pessoas assignadas com sexo M (72,0%), enquanto apenas 28,0% dos casos ocorreram entre pessoas assignadas com o sexo F. Sabe-se que a TB é uma doença cujo maior risco de desenvolvimento está em populações específicas, como por exemplo, população em situação de rua (PSR) e privada de liberdade (PPL) (BRASIL, 2019). Considerando-se que, nas populações exemplificadas acima, há predominância de pessoas com sexo assignado M (87,51% na PSR e 91,5% na PPL) (BRASIL, 2018; 2023c), é possível que essa seja uma das possíveis explicações para a maior prevalência de TB entre no sexo M.

Além disso, é fundamental salientar que, considerando-se a distribuição de TB majoritária entre homens, é possível que, quando as mulheres procuram atendimento, haja menor propensão à suspeição da doença por parte dos profissionais, que podem minimizar seus sintomas e não realizar exames diagnósticos para a TB (WHO, 2004).

Porém, para entender melhor como se distribuem os casos de TB pulmonar de acordo com o sexo em Minas Gerais, na tabela 1, foi realizada uma análise mais detalhada dos casos, nos mesmos anos supracitados, estratificados de acordo com as variáveis selecionadas.

Tabela 1. Análise descritiva dos casos de TB Pulmonar com confirmação laboratorial, Minas Gerais, 2012 a 2021, de acordo com sexo, segundo variáveis selecionadas

	TOTAL		F		M		Valor p
	N=21942		N=6108		N=15834		
	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	
FAIXA ETÁRIA (anos completos)							<0.001
10 a 19 anos	1075	4,9[4,6;5,2]	524	8,6[7,9;9,3]	551	3,5[3,2;3,8]	
20 a 34 anos	6198	28,2[27,7;28,9]	1886	30,9[29,7;32,1]	4312	27,2[26,5;27,9]	
35 a 49 anos	7075	32,2[31,6;32,9]	1735	28,4[27,3;29,6]	5340	33,7[33,0;34,5]	
> 50 anos	7592	34,6[34,0;35,2]	1962	32,1[31,0;33,3]	5630	35,6[34,8;36,3]	
Dados Ausentes	2		1		1		
RAÇA/COR							0.001
Branco	5973	29,4[28,8;30,1]	1767	31,3[30,1;32,5]	4206	28,7[28,0;29,5]	
Preto	4274	21,1[20,5;21,6]	1154	20,4[19,4;21,5]	3120	21,3[20,6;22,0]	
Amarelo	189	0,9[0,8;1,1]	66	1,2[0,9;1,5]	123	0,8[0,7;1,0]	
Parda	9806	48,3[47,6;49,0]	2647	46,8[45,5;48,2]	7159	48,9[48,1;49,7]	
Indígena	54	0,3[0,2;0,3]	17	0,3[0,2;0,5]	37	0,3[0,2;0,3]	
Dados Ausentes	1646		457		1189		
ESCOLARIDADE							<0.001
Analfabeto	811	6,2[5,8;6,6]	262	7,0[6,2;7,9]	549	5,9[5,4;6,3]	
1ª a 4ª série	4387	33,5[32,7;34,3]	1025	27,5[26,1;29,0]	3362	35,8[34,9;36,8]	
5ª a 8ª série	4199	32,0[31,2;32,8]	1016	27,2[25,8;28,7]	3183	33,9[33,0;34,9]	
Ensino médio, completo ou incompleto	3103	23,7[22,9;24,4]	1109	29,7[28,3;31,2]	1994	21,3[20,4;22,1]	
Superior completo ou incompleto	609	4,6[4,3;5,0]	317	8,5[7,6;9,4]	292	3,1[2,8;3,5]	
Dados Ausentes	8833		2379		6454		
TIPO DE ENTRADA							<0.001
Caso novo	19114	87,1[86,7;87,6]	5463	89,4[88,6;90,2]	13651	86,2[85,7;86,7]	
Retratamentos	2828	12,9[12,4;13,3]	645	10,6[9,8;11,4]	2183	13,8[13,3;14,3]	
DIABETES							<0.001
Sim	1924	9,8[9,4;10,2]	662	11,9[11,1;12,8]	1262	8,9[8,5;9,4]	
Não	17750	90,2[89,8;90,6]	4886	88,1[87,2;88,9]	12864	91,1[90,6;91,5]	
Dados Ausentes	2268		560		1708		
HIV							0.001
Sim	1297	8,1[7,6;8,5]	305	6,9[6,2;7,7]	992	8,5[8,0;9,0]	
Não	14791	91,9[91,5;92,4]	4129	93,1[92,3;93,8]	10662	91,5[91,0;92,0]	
Dados Ausentes	5854		1674		4180		
AIDS							0.001
Sim	1183	6,6[6,2;6,9]	282	5,5[4,9;6,2]	901	7,0[6,5;7,4]	
Não	16833	93,4[93,1;93,8]	4800	94,5[93,8;95,1]	12033	93,0[92,6;93,5]	
Dados Ausentes	3926		1026		2900		
USO DE ÁLCOOL							<0.001
Sim	6125	31,0[30,3;31,6]	744	13,5[12,6;14,4]	5381	37,7[36,9;38,5]	
Não	13659	69,0[68,4;69,7]	4776	86,5[85,6;87,4]	8883	62,3[61,5;63,1]	
Dados Ausentes	2158		588		1570		

USO DE DROGAS ILÍCITAS							<0.001
Sim	2594	17,6[17,0;18,2]	369	9,0[8,2;10,0]	2225	20,8[20,1;21,6]	
Não	12163	82,4[81,8;83,0]	3711	91,0[90,0;91,8]	8452	79,2[78,4;79,9]	
Dados Ausentes	7185		2028		5157		
TABAGISMO							<0.001
Sim	5067	34,0[33,2;34,8]	816	20,0[18,8;21,3]	4251	39,3[38,4;40,2]	
Não	9835	66,0[65,2;66,8]	3265	80,0[78,7;81,2]	6570	60,7[59,8;61,6]	
Dados Ausentes	7040		2027		5013		
TRANSTORNO MENTAL							0.298
Sim	739	3,8[3,5;4,1]	195	3,6[3,1;4,1]	544	3,9[3,6;4,2]	
Não	18772	96,2[95,9;96,5]	5296	96,4[95,9;96,9]	13476	96,1[95,8;96,4]	
Dados Ausentes	2431	617	1814				
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE							<0.001
Sim	1182	7,6[7,2;8,1]	49	1,2[0,9;1,5]	1133	10,0[9,5;10,6]	
Não	14323	92,4[91,9;92,8]	4167	98,8[98,5;99,1]	10156	90,0[89,4;90,5]	
Dados Ausentes	6437		1892		4545		
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA							<0.001
Sim	820	5,3[5,0;5,7]	113	2,7[2,2;3,2]	707	6,3[5,8;6,8]	
Não	14622	94,7[94,3;95,0]	4083	97,3[96,8;97,8]	10539	93,7[93,2;94,2]	
Dados Ausentes	6500		1912		4588		
PROFISSIONAL DE SAÚDE							<0.001
Sim	168	1,1[0,9;1,3]	115	2,7[2,3;3,3]	53	0,5[0,4;0,6]	
Não	15238	98,9[98,7;99,1]	4072	97,3[96,7;97,7]	11166	99,5[99,4;99,6]	
Dados Ausentes	6536		1921		4615		
MIGRANTES							0.619
Sim	48	0,3[0,2;0,4]	11	0,3[0,1;0,5]	37	0,3[0,2;0,5]	
Não	15329	99,7[99,6;99,8]	4163	99,7[99,5;99,9]	11166	99,7[99,5;99,8]	
Dados Ausentes	6565		1934		4631		
BENEFICIÁRIO DE PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA							<0.001
Sim	1011	8,5[8,0;9,1]	394	12,4[11,3;13,6]	617	7,1[6,6;7,7]	
Não	10821	91,5[90,9;92,0]	2777	87,6[86,4;88,7]	8044	92,9[92,3;93,4]	
Dados Ausentes	10110		2937		7173		

Fonte: Sinan, 2023.

É possível observar que, embora haja maior proporção global de pessoas do sexo M com TB, há maior percentual de casos, entre pessoas designadas com o sexo F, com significância estatística, nos seguintes grupos:

- 1) Faixa etária 10 a 19 anos (8,6% F X 3,5% M);
- 2) Faixa etária 20 a 34 anos (29,7% F X 21,3% M);
- 3) Ensino médio, completo ou incompleto (29,8% F X 21,4% M);
- 4) Superior completo ou incompleto (8,5% F X 3,1% M);
- 5) Casos novos (89,4% F X 86,2% M);
- 6) Diabetes (11,9% F X 8,9% M);
- 7) Profissional de Saúde (2,7% F X 0,5% M);
- 8) Beneficiário de Programa de Transferência de Renda (12,4% F X 7,1% M);

Para a faixa etária de 10 a 19 anos, é descrito na literatura que os níveis flutuantes de estrogênio ocasionados pela puberdade podem gerar condições de imunidade mais propensas ao desenvolvimento da TB (STOP TB PARTNERSHIP, 2021). Entretanto, na faixa etária de 20 a 34 anos, a razão apontada acima não explica a diferença de percentual de casos entre pessoas assignadas com o sexo F e o sexo M.

É descrito na literatura que, em geral, há uma diferenciação por gênero na busca por serviços de saúde. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019) mostram que a proporção de mulheres que buscou atendimento médico é muito superior à proporção de homens (82,3%, contra 69,4% dos homens). Além disso, em uma pesquisa realizada por Silva *et. al.* (2022), foi demonstrado que, em relação à percepção sobre a TB, os homens, em uma busca de reforçar sua masculinidade, hesitam em demonstrar fragilidade fora do domicílio, o que retarda sua busca por serviços de saúde. Essas questões podem influenciar diretamente na maior proporção de casos novos entre pessoas assignadas com o sexo F.

Analisando o maior percentual de casos de TB entre pessoas designadas com sexo F nos mais altos graus de escolaridade, além do que já foi exposto, pode-se também hipotetizar que, com mais alto grau de instrução, elas têm melhor percepção sobre sua saúde, e possivelmente mais autonomia sobre suas decisões em saúde. Outrossim, ao

analisarmos os dados de pessoas com TB com menor escolaridade, verificamos que há um predomínio do sexo M entre todas as populações com maior vulnerabilidade para o adoecimento por TB, conforme pode ser visto na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição percentual de populações mais vulneráveis ao adoecimento por TB, de acordo com sexo, entre pessoas com escolaridade até o ensino fundamental

	Uso de álcool	Uso de drogas ilícitas	PSR	PPL	HIV	Aids
F	12%	14%	14%	3%	22%	22%
M	88%	86%	86%	97%	78%	78%

Fonte: Sinan, 2023. PSR: população em situação de rua; PPL: população privada de liberdade; HIV: pessoa vivendo com HIV; Aids: pessoa vivendo com Aids.

Esses dados podem apontar um aspecto sindêmico, que faz com que existam múltiplas situações de risco ou vulnerabilidade que se interseccionam entre pessoas do sexo M com menor escolaridade, tornando-os mais propensos ao desenvolvimento da TB.

Em relação às pessoas com diabetes, pode-se verificar que há maior percentual de casos de TB entre pessoas do sexo F. Esse dado pode ser parcialmente explicado pelos dados do Vigitel (BRASIL, 2023d), que mostram que o percentual de pessoas do sexo F com diabetes é maior do que o de pessoas do sexo M (12,2% e 10,5%, respectivamente). Pode-se hipotetizar também que, pessoas com condições crônicas que já procuram o serviço de saúde mais rotineiramente para seu tratamento são mais propensas a ter diagnóstico oportuno de outras condições de saúde, como a TB.

Em relação à ocorrência de TB entre profissionais de saúde, também se verifica que há maior percentual de casos de TB entre pessoas do sexo F. De acordo com dados de 2019, do total de trabalhadores brasileiros no ramo de educação, saúde humana e serviços sociais, 75,8% são do sexo F (BRASIL, 2021). Socialmente, os trabalhos de cuidado, remunerado ou não, são em sua maioria desempenhados por mulheres. Nos dados analisados neste trabalho, 68,4% das pessoas com registro de serem trabalhadores da saúde são pessoas assignadas com o sexo F. Esse fato pode explicar, ao menos parcialmente, o maior percentual de casos de TB entre profissionais de saúde ocorrer nas pessoas de sexo assignado F.

Conforme já exposto anteriormente, na literatura é possível verificar diversos estudos que mostram a maior vulnerabilidade da mulher no mercado de trabalho, tendo menor acesso a empregos formais e menor renda ainda que desempenhem os mesmos trabalhos que homens (STOP TB PARTNERSHIP, 2021). Além disso, recobra-se aqui o dado já citado na introdução deste boletim, de que a maioria dos domicílios no Brasil é chefiado por mulheres, e, naqueles domicílios monoparentais com filhos que têm liderança feminina, é registrada a menor renda no país (IBGE, 2023). Esses fatores contribuem para uma predominância de mulheres recebendo auxílios governamentais, como pode ser visto por meio da PNADc (IBGE, 2019), que mostra que, no ano de 2019, 91,9% dos beneficiários do programa Bolsa Família eram do sexo F na área urbana, e 89,9% na zona rural. Tais dados podem explicar por que mais pessoas do sexo F têm TB, de acordo com a análise apresentada acima, dentro da população que é beneficiária de programas de transferência de renda.

Razão de Chances de Insucesso do Tratamento

Conforme pode ser visto na tabela 3, abaixo, pessoas com sexo M têm maior proporção de insucesso (23,6%) e menor proporção de cura (76,4%) em comparação com pessoas do sexo F (15,6% e 84,4%, respectivamente).

Tabela 3. Proporção de cura e insucesso, de acordo com sexo.

	TOTAL		F		M		Valor p
	N=21942		N=6108		N=15834		
	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	n	% [IC 95%]	
DESFECHO DE TRATAMENTO							<0.001
Cura	17258	78,7[78,1;79,2]	5153	84,4[83,4;85,3]	12105	76,4[75,8;77,1]	
Insucesso	4684	21.3[20.8;21.9]	955	15.6[14.7;16.6]	3729	23.6[22.9;24.2]	

Fonte: Sinan, 2023.

Entretanto, quando analisados os grupos populacionais específicos, de acordo com a tabela 4, podemos verificar que as razões de chance de insucesso do tratamento nem sempre serão maiores para o sexo M.

Nos grupos indígenas, HIV, aids, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, tabagismo, doença mental e PPL, a OR demonstra que há maior chance de insucesso nas pessoas assignadas com o sexo F.

Tabela 4. Associação entre a ocorrência de desfechos negativos no sexo Feminino, em comparação ao sexo masculino, de acordo com as características analisadas

ODDS Desfechos Negativos		
	ODDS Ratio [IC 95%]	P - Valor
FAIXA ETÁRIA		
10-19 anos	0,638[0,4;0,9]	0,01170
20-34 anos	0,581[0,5;0,7]	0,00000
35-49 anos	0,608[0,5;0,7]	0,00000
≥ 50 anos	0,645[0,6;0,7]	0,00000
RAÇA		
Branco	0,53[0,4;0,6]	0,00000
Preto	0,724[0,6;0,8]	0,00006
Amarelo	0,149[0;0,4]	0,00020
Pardo	0,621[0,6;0,7]	0,00000
Indígena	3,325[0,7;16,2]	0,11823
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	0,869[0,6;1,3]	0,47677
1ª a 4ª série	0,728[0,6;0,9]	0,00067
5ª a 8ª série	0,653[0,5;0,8]	0,00000
Ensino médio completo ou não	0,436[0,3;0,6]	0,00000
Superior completo ou não	0,871[0,5;1,6]	0,65121
TIPO DE ENTRADA		
Caso Novo	0,575[0,5;0,6]	0,00000
Retratamento	0,852[0,7;1]	0,07848
DIABETES		
Diabetes Sim	0,628[0,5;0,8]	0,00070
HIV		
HIV Sim	1,302[1;1,7]	0,04615
AIDS		
AIDS Sim	1,291[1;1,7]	0,06263
USO DE ÁLCOOL		
Uso de álcool sim	1,495[1,3;1,7]	0,00000
USO DE DROGAS ILÍCITAS		
Uso de drogas ilícitas sim	1,580[1,3;2]	0,00005
TABAGISMO		
Tabagismo sim	1,037[0,9;1,2]	0,67241
TRANSTORNO MENTAL		
Transtorno mental sim	1,035[0,7;1,5]	0,85240
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE		
PPL Sim	1,876[1;3,5]	0,06627
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
PSR sim	0,979[0,7;1,5]	0,91923
PROFISSIONAL DE SAÚDE		
Profissional de Saúde Sim	0,435[0,1;1,7]	0,22043
MIGRANTES		

Continua (...)

Migrantes sim	0,546[0,4;0,8]	0,00423
BENEFICIÁRIO DE PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA		
Beneficiário de programa de transferência de renda Sim	0,687[0,5;1]	0,03216

Continuação

Fonte: Sinan, 2023.

É interessante notar que, em todos esses grupos onde há maior razão de chances de insucesso no sexo F, a proporção de casos é maior entre pessoas assignadas com o sexo M. Essa análise demonstra a importância de compreender melhor a TB dentro de grupos específicos, e não apenas verificar o dado geral de prevalência e desfechos entre sexos.

Na população indígena, embora haja maior razão de chances de insucesso entre pessoas do sexo F, o valor p não mostra diferença estatisticamente significativa. Entretanto, pode-se hipotetizar que a OR mostrando chance de insucesso do tratamento 3,325 vezes maior para pessoas indígenas do sexo F tenha razões na matriz social que vulnerabiliza este grupo. De acordo com Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2019) as mulheres indígenas representam apenas 0,5% das estudantes universitárias do Brasil. Entre os anos de 2000 e 2020, houve um crescimento de 167% no número de feminicídios de mulheres indígenas, o que denuncia uma realidade de violência de gênero invisibilizada (INSTITUTO IGARAPÉ, 2022). O grupo de mulheres indígenas é um grupo minorizado não apenas pelo gênero, mas também pela etnia, e estes fatores que se interseccionam interferem no seu acesso à saúde. Uma revisão integrativa realizada em 2021 concluiu que a saúde da mulher indígena é alvo de forte negligência devido a fatores culturais, geográficos, linguísticos e socioeconômicos, demonstrando a importância de fortalecimento de políticas públicas para garantia de direitos (ABRITTA, TORRES e FREITAS, 2021).

Em relação aos grupos HIV e aids, é interessante destacar que a razão de sexos (M:F) para o diagnóstico/notificação de ambas as condições é sempre maior para o sexo M. No ano de 2022, esta razão foi de 2,5 para o HIV, e em 2023, 2,8 para a aids (BRASIL, 2023e), isto é, o número de casos notificados de HIV no sexo M é 2,5x maior que no sexo F, enquanto o de aids é 2,8x maior para o sexo M. Isso é observado aqui neste boletim, já que a proporção de casos de TB-HIV e TB-aids são maiores para o sexo M. No entanto, ao analisarmos as razões de chance de desfechos negativos apresentadas nesse boletim,

verificamos que há maior chance de insucesso no sexo F para ambos os grupos HIV e aids (OR 1,302 para HIV e 1,291 para aids).² Ressalta-se, contudo, que o intervalo de confiança que passa pelo número 1, implicando que não há significância estatística, mas pelo seu limite inferior no intervalo de confiança, ainda é interessante analisar os fatores que poderiam contribuir para maior chance de desfechos negativos em mulheres vivendo com HIV.

Importante destacar que o grupo “sexo Feminino” assinalado na ficha do Sinan não é um grupo homogêneo, tampouco o sexo M. Dentro das pessoas assignadas na ficha com o sexo F, podemos ter pessoas que foram designadas com o sexo F ao nascimento, bem como mulheres trans, travestis e pessoas trans não-binárias, para as quais o registro na ficha dependerá de quem a preenche e/ou da retificação de sexo no registro civil. Erroneamente, por muitos anos, as mulheres trans/travestis foram incorporadas ao grupo “sexo masculino”, e, ainda hoje, não há um campo na ficha do Sinan HIV para o preenchimento da identidade de gênero, tampouco na ficha do Sinan TB. Isso é importante considerando-se que as mulheres trans/travestis são historicamente reconhecidas como grupo vulnerável ao HIV/aids, tendo, de acordo com a UNAIDS (2022), risco até 14 vezes maior de infecção do que as mulheres cis adultas (15 a 49 anos).

Portanto, deve-se considerar que, dentro do grupo “sexo Feminino”, existem pessoas que vivenciam vulnerabilidades cotidianas diversas, que diferencialmente as expõem a riscos em saúde. Isso também pode ser melhor analisado quando verificamos a tabela 5 abaixo, que mostra a distribuição percentual das pessoas do sexo F com TB e que vivem com HIV e/ou com aids, no período analisado neste boletim, de acordo com categorias de análise por populações que vivenciam vulnerabilidades diversas. Destaca-se que, no grupo de pessoas do sexo F que vivem com HIV, 23% fazem uso de drogas ilícitas, 11% são PSR, 22% são tabagistas, 31% fazem uso de álcool e 36% possuem escolaridade até a 8ª série³. No grupo de pessoas com aids, os dados são similares. Esses percentuais

² Vale ressaltar que frequências maiores não explicam chances maiores. No entanto, pode-se extrapolar que fatores associados a infecção pelo HIV em homens poderiam influenciar o insucesso do tratamento de TB.

³ Quando comparamos estes dados com o grupo do sexo F que não vive com HIV, temos: 1% são PPL, 6% fazem uso de drogas ilícitas, 14% são tabagistas, 4% fazem uso de álcool e 3% possuem escolaridade até

mostram como as vulnerabilidades se interseccionam sindemicamente, provocando aumento da chance de desfechos negativos.

Tabela 5. Distribuição absoluta e percentual das pessoas do sexo Feminino que vivem com HIV e aids, de acordo com categorias de análise

	Sexo Feminino - HIV		Sexo Feminino - aids	
	n	%	n	%
Pretas/pardas	219	70%	204	65%
PSR	35	11%	35	11%
Uso de drogas ilícitas	73	23%	72	23%
Tabagismo	69	22%	66	21%
Álcool	96	31%	91	29%
Escolaridade até 8ª série	114	36%	104	33%
Total	314		314	

Fonte: Sinan, 2023.

Em relação ao uso de substâncias (drogas ilícitas, álcool e tabaco), socialmente esse é um fenômeno historicamente associado ao sexo M. A mulher que faz uso de substâncias quebra estereótipos de feminilidade e é vista com estigma substancial dentro do setor saúde, prejudicando o acesso ao cuidado. Quando o acesso aos serviços ocorre, essas mulheres já se encontram com quadros clínicos mais graves ou quando estão gestantes, e, neste caso, o foco passa a ser a gestação (CAMARGO, 2018; GOMES & BRILHANTE, 2021). Estigma, rede de suporte social empobrecida, violência por parte de profissionais de saúde, o tempo dedicado ao cuidado com os filhos, entre outros fatores, foram destacados por Albuquerque e Nóbrega (2016) como barreiras importantes para o acesso à saúde por mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas. Sendo assim, pode-se hipotetizar a razão pela qual, embora a maior parte das pessoas com TB que fazem uso de substâncias seja do sexo masculino, o gênero aparece como um importante fator que pode dificultar o acesso aos cuidados em saúde e tornar piores os desfechos do tratamento.

Existem evidências que mostram que transtornos mentais e estados de estresse podem afetar a imunidade, tornando a presença de um transtorno mental tanto um risco para o desenvolvimento de TB, quanto para piores desfechos no tratamento (ARAUJO, 2012; REDE-TB, 2021). Além disso, em um estudo realizado por Sweetland *et. al.* (2020), os

a 8ª série. Já no grupo de pessoas do sexo F que não possui diagnóstico de aids, temos: 1% são PSR, 5% fazem uso de drogas ilícitas, 14% são tabagistas, 11% fazem uso de álcool e 38% possuem escolaridade até a 8ª série.

participantes destacaram que ainda são fortes as reações de preconceito ao diagnóstico de TB, bem como ao diagnóstico de transtornos mentais. Nesse contexto, a coexistência de TB e depressão aumenta a resistência de busca de cuidado em saúde mental, o que pode também dificultar o tratamento adequado da TB.

De acordo com Santomauro *et. al.* (2021), 67% dos casos novos de transtornos depressivos e 68% dos casos novos de transtornos de ansiedade desde a pandemia foram registrados em mulheres. Um relatório produzido pelo *Think Olga* (2023) mostra que, na pesquisa realizada pelo instituto, quase 50% das entrevistadas já teve diagnóstico de algum transtorno mental. Exposição diferencial à pobreza, violência doméstica e sexual, piores oportunidades de emprego e a sobrecarga de trabalho doméstico e cuidado são fatores que contribuem para esses números. Portanto, a abordagem aos transtornos mentais, especialmente entre mulheres, precisa considerar questões sociais subjacentes e identificar redes de suporte social, inclusive para que seu cuidado seja menos impactado por questões como sobrecarga materna/de trabalho doméstico ou cuidado.

Todas essas informações são relevantes para examinarmos a maior razão de chances de insucesso no tratamento para o sexo F, que, embora seja discretamente aumentada na população analisada neste boletim, é um fator importante para pensarmos a integração do cuidado em TB e em saúde mental. Tal como no caso do uso de substâncias, é importante que essas vulnerabilidades sejam identificadas e adequadamente abordadas, com envolvimento de equipe multidisciplinar e especializada (como é o caso dos CAPS e CAPS-AD). A aplicação de estratégias de mitigação destas e outras situações de vulnerabilidade para proporcionar melhor cuidado em TB pode ser facilitada pela aplicação do Instrumento de Estratificação por Grau de Risco Clínico e de Interrupção do tratamento, disponível no Protocolo Clínico e Operacional para o Controle da TB em Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2022).

O ambiente das unidades prisionais é, por diversas razões, um ambiente que favorece a propagação da TB: superlotação das celas, nutrição precária, insalubridade e atenção à saúde insuficiente, entre outros fatores (NETO, 2019). O risco de adoecimento por TB na PPL é 28 vezes maior que na população geral (BRASIL, 2019). No caso das mulheres apenas, interseccionam-se diversos fatores que tornam sua situação de maior

vulnerabilidade. De acordo com Alcântara, Sousa e Silva (2018) e Lima *et. al.* (2013), a maior parte delas é negra, pobre e mãe solo, jovem, com baixo nível de escolaridade e renda familiar precária. A desqualificação das equipes e escassez de profissionais para efetivação das políticas de atenção à saúde prisional (incluindo Política de Atenção à Saúde das Mulheres privadas de liberdade e Egressas do sistema prisional) faz com que as mulheres apenas enfrentem ainda mais situações que novamente vulnerabilizam-nas e violentam-nas nas penitenciárias e presídios, perpetuando iniquidades de gênero e expondo as mulheres privadas de liberdade a novas doenças e piora dos agravos preexistentes (AQUINO & CRUZ, 2023).

O estudo realizado por Neto (2019) mostrou que há maior chance de uma mulher com TB privada de liberdade também apresentar HIV, aids, maior uso de álcool, drogas ilícitas e tabaco, entrada por reingresso após abandono e abandono de tratamento, em relação às mulheres não presas. A presença de comorbidades e uso de substâncias, somado ao olhar pouco sensível das equipes prisionais para as necessidades específicas do público F e à situação precária das unidades, faz com que haja uma grande vulnerabilidade da pessoa de sexo F ao insucesso no tratamento da TB. É fundamental pensarmos neste ponto, haja vista que, via de regra, devido ao maior percentual de presos homens, o olhar da saúde também se volta pouco para as necessidades das apenas. É possível também que haja um diagnóstico mais tardio da TB nas mulheres privadas de liberdade em relação aos homens, considerando-se que o sistema de saúde em geral é menos sensível à detecção de casos em mulheres (STOP TB Partnership, 2021).

Por fim, apenas destacamos o grupo “beneficiário de programa de transferência de renda” (BPTR). A frequência observada de pessoas do sexo F que são BPTR, nos dados analisados neste boletim, é maior do que em relação ao sexo M, e este foi também observado como um fator de proteção para desfechos negativos de TB. Isto é, conforme pode ser também verificado na literatura (OLIOSI *et. al.*, 2019), ser parte de programas governamentais de benefícios sociais tem impacto direto também nos desfechos dos tratamentos de TB, favorecendo a cura e reduzindo o insucesso. Ser BPTR é um fator modificável; se elegível, é fundamental que a saúde estabeleça diálogo com o Sistema Único de Assistência Social, a fim de que esta pessoa possa ser assistida adequadamente. Por isso, consideramos pertinente o destaque, a fim de que

intervenções possam ser pensadas nos atendimentos em saúde, ampliando o trabalho intersetorial e provendo melhores condições para que os usuários possam tratar-se para a TB.

CONCLUSÃO

A análise apresentada neste boletim permitiu compreender melhor a TB pulmonar entre pessoas assignadas com o sexo F em Minas Gerais. O objetivo desta análise foi proporcionar uma compreensão ampliada de como o gênero, que é categorizado como determinante social de saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, pode também influenciar no controle da TB e vulnerabilizar diferencialmente grupos de sexo F e sexo M.

A escassez de estudos na área perpetua o olhar tradicionalmente voltado para o controle da TB apenas entre pessoas do sexo M, haja vista que há maior incidência e prevalência de casos nesta população. Esse olhar direcionado faz com que as políticas e ações de rastreamento, suspeição, diagnóstico e tratamento da TB negligenciem especificidades importantes do cuidado para as pessoas do sexo F, e assim são perpetuadas desigualdades de gênero na saúde.

Neste boletim, foi possível verificar que, se analisarmos os dados epidemiológicos da TB relacionados à distribuição de casos e de desfechos por sexo, teremos a maioria de casos (novos e retratamentos) e de insucesso do tratamento no sexo M. Entretanto, quando se analisa os subgrupos (isto é, por exemplo, pessoas do sexo F que vivem com HIV X pessoas do sexo M que vivem com HIV), observou-se que, em alguns grupos, há maior proporção de casos no sexo F, bem como maiores chances de insucesso nesta mesma população.

Nos grupos faixa etária 10 a 19 anos, faixa etária 20 a 34 anos, ensino médio (completo ou incompleto), superior completo ou incompleto, casos novos, diabetes, profissional de saúde e beneficiário de programa de transferência de renda, houve maior proporção de casos no sexo F, com significância estatística.

Já em relação aos desfechos, nos grupos indígenas, HIV, aids, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, tabagismo, doença mental e PPL, a análise de razão de chances (OR) demonstra que há maior chance de insucesso nas pessoas assignadas com o sexo F.

Compreender melhor os fatores biopsicossociais que levam a esta distribuição diferencial de casos e desfechos negativos de acordo com os sexos pode trazer luz a novas perspectivas para o trabalho com a TB. Sabe-se que a TB é uma doença de forte determinação social, e populações diferencialmente expostas a situações de pobreza e vulnerabilidade estão mais propensas ao desenvolvimento da doença e a piores desfechos. Uma abordagem que considere fatores associados a gênero, que responda a fatores biológicos e sociais, culturais e diferenças econômicas é fundamental para fornecer serviços de TB eficazes e inclusivos que atendam às necessidades de todas as pessoas.

É preciso pensar como a resposta à TB, negligenciando determinantes sociais que não são tradicionalmente associados à doença (como gênero, orientação sexual, entre outros) reforça, frequentemente, ou corre o risco de reforçar, a desigualdade de gênero na sociedade, bem como diversas formas de discriminação. Sendo assim, espera-se que este boletim possa contribuir para uma resposta mais efetiva à TB.

Novas pesquisas futuras devem incluir a TB extrapulmonar também nas análises, a fim de que seja possível verificar se há diferenças na distribuição destas formas da doença entre os sexos. Futuramente também poderão haver pesquisas com populações mais bem delimitadas, possibilitando melhor compreensão de especificidades do cuidado, com as perspectivas de inclusão de campos como identidade de gênero e orientação sexual, entre outros, na ficha de notificação da TB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRITTA, Marina Luiza Resende; TORRES, Shayane Ribeiro; FREITAS, Daniel Antunes. SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS NA AMÉRICA LATINA: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**. Cachoeira, v. 9, n. 1, p. 164-177, ago. 2021. Disponível em: <https://api.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/api/core/bitstreams/121fccb7-1103-43ef-9208-a73058bb8592/content>. Acesso em 11 dez. 2023.

ALBUQUERQUE, Caroline de Souza; NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro Sousa. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000100004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 13 dez. 2023. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i1p22-29>.

ALCÂNTARA, Ramon Luis de Santana; SOUSA, Carla Priscilla Castro; SILVA, Thaís Stephanie Matos. Infopen Mulheres de 2014 e 2018: desafios para a pesquisa em psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 38, n. 2, p. 88-101, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000212154>.

ARAÚJO, Gleide Santos de. **ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E TB**. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

AQUINO, L. C. D. DE.; CRUZ, D. T. DA. Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 4, p. e31040071, 2023.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública (2018). **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres** (2a ed.). Brasília, DF: o autor.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **RELATÓRIO ANUAL SOCIOECONÔMICO DA MULHER**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2023/abril/observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero-retoma-producao-anual-do-raseam-2013-relatorio-socioeconomico-da-mulher/relatorio-anual-socioeconomico-da-mulher-2020.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, TB, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da TB, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas. **Boletim Epidemiológico - TB**. 2023a. Número Especial - Março 2023. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-TB-numero-especial-mar.2023/view>>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DAS MULHERES. **Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/observatorio-brasil-da-igualdade-de-genero>. Acesso em: 21 nov. 2023.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em Situação de Rua**: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do governo federal. Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. 2023c. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_ua_digital.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde,

2023d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf. Acesso em: 07 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; Departamento de HIV, Aids, TB, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023**. Número Especial - Dezembro 2023. Brasília: Ministério da Saúde. 2023e. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>>. Acesso em: 07 dez. 2023.

DONALD, Peter R; MARAIS, Ben J; BARRY, Clifton e. Age and the epidemiology and pathogenesis of tuberculosis. **The Lancet**, [S.L.], v. 375, n. 9729, p. 1852-1854, maio 2010. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60580-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60580-6).

GOMES, ERIKA RAVENA BATISTA E BRILHANTE, ALINE VERAS MORAIS. Contações femininas: gênero e percepções de mulheres dependentes químicas. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 30, n. 4 [Acessado 13 Dezembro 2023], e201050. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-1290202201050>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202201050>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD Contínua** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/2023>>. Acesso em: 06 dez. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 85p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>. Acesso em: 6 dez. 2023.

INSTITUTO IGARAPÉ. **Sete em cada 10 feminicídios no Brasil são de mulheres negras**. 2022. Disponível em: <https://igarape.org.br/sete-em-cada-10-feminicidios-no-brasil-sao-de-mulheres-negras/>. Acesso em: 01 dez. 2023.

GUIDONI, L. M. et al. Custos catastróficos e sequelas sociais decorrentes do diagnóstico e tratamento da TB no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, p. e2020810, 2021a.

GUIDONI, L. M. et al. Custos catastróficos em pacientes com TB no Brasil: estudo em cinco capitais. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, p. e20200546, 2021b.

LIMA, G. M. B. et al.. Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 446-456, jul. 2013.

OLIOSI, Janaina Gomes Nascimento *et al.* Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study. **The Lancet Global Health**, [S.L.], v. 7, n. 2, p. 219-226, fev. 2019. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30478-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30478-9).

REDE-TB. **SAÚDE MENTAL ESTÁ RELACIONADA AO DESENVOLVIMENTO DE TB, DIZ ESTUDO**. 2021. Disponível em: [https://redetb.org.br/saude-mental-esta-relacionada-ao-desenvolvimento-de-TB-diz-estudo/#:~:text=Um%20estudo%20apresentado%20no%20Congresso,de%20desenvolver%20TB%20\(TB\)](https://redetb.org.br/saude-mental-esta-relacionada-ao-desenvolvimento-de-TB-diz-estudo/#:~:text=Um%20estudo%20apresentado%20no%20Congresso,de%20desenvolver%20TB%20(TB)). Acesso em: 11 dez. 2023.

SANTOMAURO, Damian F *et al.* Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, [S.L.], v. 398, n. 10312, p. 1700-1712, nov. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).

SILVA, D. R. et al.. Diagnosis of tuberculosis: a consensus statement from the Brazilian Thoracic Association. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 2, p. e20210054, 2021.

UMAR, N. A.; ABUBAKAR, I.; FORDHAM, R.; BACHMANN, M.. Direct costs of pulmonary tuberculosis among patients receiving treatment in Bauchi State, Nigeria. **The International Journal Of Tuberculosis**

And Lung Disease, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 835-840, 1 jun. 2012. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.10.0774>.

UNAIDS. EM PERIGO: Relatório Global sobre AIDS. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2022. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Aspler, A. et al. Cost of Tuberculosis Diagnosis and Treatment from the Patient Perspective in Lusaka, Zambia. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**. v.12, n. 8, p. 928-935, 2008.

STOP TB PARTNERSHIP. **GENDER AND TB**: a Stop TB Partnership Paper. 2021. Disponível em: https://stoptb.org/assets/documents/global/awards/tbreach/TB-REACH_Gender2021-web.pdf. Acesso em: 16 nov. 2023.

SWEETLAND, A., *et. al.* **Barriers and facilitators of integrating depression and tuberculosis treatment in primary care in Brazil**. **SciELO Preprints**, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.760. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/760>. Acesso em: 13 dez. 2023.

World Health Organization. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health. **Gender in tuberculosis research** [Internet]. Geneva: WHO; 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43085>. Acesso em: 04 dez. 2023.