

**REVISÃO - REVISION - REVISIÓN****Doenças crônicas prevalentes na população negra: comparativo de dados do Brasil, Bahia e Feira de Santana, entre 2010 e 2022**

Chronic diseases prevalent in the black population: a comparison of data from Brazil, Bahia, and Feira de Santana, between 2010 and 2022

Enfermedades crónicas prevalentes en la población negra: una comparación de datos de Brasil, Bahía y Feira de Santana, entre 2010 y 2022

Aécio Ruan Marques Oliveira¹ , João Vitor Soares Valadares¹ , Vanessa de Freitas Amorim Santos² 

Vanessa de Souza Cajui Lima² , Marcio Costa de Souza¹ , Aisiane Cedraz Morais¹ 

1 - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

2 - Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

Introdução: A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi criada no ano de 2006 e traz a Anemia Falciforme, o Diabetes Mellitus tipo II e a Hipertensão Arterial Sistêmica como destaques na epidemiologia do povo negro brasileiro. **Objetivo:** Comparar o perfil epidemiológico dessas doenças no panorama federal (Brasil), estadual (Bahia) e municipal (Feira de Santana), no quesito raça/cor, buscando a convergência dos dados. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva-comparativa de natureza qualitativa e documental, com buscas nas plataformas digitais, com artigos a partir de 2010 até 2022. **Resultados:** Há uma convergência nos dados trazidos pelas três esferas analisadas, ao mostrarem que a população preta e parda são as mais acometidas por essas doenças. Ao se considerar a ordem Brasil-Bahia-Feira de Santana, tem-se: (1) A Anemia Falciforme com distribuição dos atendimentos em 32,5%-21%-93%; (2) Diabetes Mellitus tipo II com distribuição de 47,6%-75%-78%; e (3) Hipertensão Arterial Sistêmica mostra 81%-85%-87,5%. **Conclusão:** É notória a maior suscetibilidade natural das doenças pela população preta e parda nas três esferas analisadas. A forma com a qual se deu a colonização brasileira justifica maior prevalência dessas doenças crônicas no estado da Bahia.

Palavras-chaves: População negra; Doenças crônicas não transmissíveis; Perfil raça/cor.

Histórico do Artigo

Recebido 31 Agosto 2025
Aprovado 26 Setembro 2025

Correspondência

Colegiado do Curso de Medicina
Prédio CAU I, campus da UEFS
Av. Transnordestina s/nº, Novo Horizonte, CEP: 4436-900
Feira de Santana-BA, Brasil.
E-mail: aecioruann@gmail.com

Como citar

Oliveira ARM, Valadares JVS, Santos VFA, Lima VSC, Souza MC, Morais AC. Doenças crônicas prevalentes na população negra: comparativo de dados do Brasil, Bahia e Feira de Santana, entre 2010 e 2022. Rev. Saúde Col. UEFS 2025; 15(3): e-12209.

INTRODUÇÃO

A construção da população brasileira ocorreu por um processo histórico cultural de miscigenação, de modo que diferentes grupos étnicos contribuíram para a formação da identidade nacional. No entanto, longe de ser um convívio pacífico, alguns grupos subjugaram e exploraram outros, o que repercute na sociedade atual, por meio da supremacia branca sobre os negros nos mais diversos aspectos sociais¹.

Desta forma, o legado do período escravocrata brasileiro ainda continua a exercer profundas influências sobre a construção social da identidade da população negra. Durante a escravidão, o tratamento animalizado e a coisificação dos africanos escravizados contribuíram para a consolidação de uma imagem desumanizada da pessoa negra, cuja repercussão persiste no imaginário social contemporâneo. A exclusão da população negra do processo produtivo no período republicano, somada à difusão de teorias racistas, à ideologia do branqueamento e ao mito da democracia racial, reforçou estereótipos e preconceitos que estruturam e legitimam o racismo estrutural no Brasil. Esses elementos históricos continuam a impactar negativamente as formas de subjetivação da população negra, influenciando diretamente a percepção de si e o modo como essa população é percebida socialmente¹.

Dentre os relevantes impactos negativos sobre a população negra, no Brasil, estão as desigualdades em saúde que são resultados do referido processo histórico marcado por exclusão social, econômica e cultural. Mesmo após a abolição formal da escravatura, persistem formas estruturais e institucionais de racismo que impactam diretamente nas condições de vida e os indicadores de saúde dessa população. Entre as evidências dessa desigualdade, estão a maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, a elevada mortalidade materna e infantil, a menor expectativa de vida e a maior exposição à violência urbana; disparidades que refletem não apenas injustiças históricas, mas também a omissão prolongada de políticas públicas que reconheçam e enfrentem o racismo como determinante social da saúde².

Diante desse cenário, a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) representa um marco na tentativa de promover a equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde. Essa política, elaborada pelo Ministério da Saúde em diálogo com movimentos sociais e instâncias participativas do Sistema Único de Saúde (SUS), surge como resposta à pressão por justiça social e ao reconhecimento das especificidades étnico-raciais nas políticas públicas. Seu desenvolvimento reflete o compromisso com a universalidade e a equidade no SUS, propondo diretrizes e metas que buscam corrigir desigualdades históricas e garantir o direito à saúde de forma plena para a população negra brasileira².

No cenário da Atenção Primária em Saúde (APS), três condições são destacadas pela PNSIPN: a anemia falciforme (AF), o diabetes mellitus tipo II (DM) e a hipertensão arterial

sistêmica (HAS). A prevalência desses agravos entre a população negra brasileira não é aleatória, mas sim, produto de um complexo histórico de negligência, desigualdade e exclusão. A anemia falciforme, doença hereditária de origem africana, é um marcador biológico e social da diáspora forçada e da persistência do racismo estrutural. Embora sua incidência seja significativamente maior entre pessoas negras – com frequência do gene falciforme, entre 6% a 10% –, a doença ainda é subdiagnosticada e subtratada no sistema público de saúde, demonstrando a invisibilidade epidemiológica que atinge esse grupo populacional².

No que tange às doenças crônicas não transmissíveis, observa-se uma sobrecarga desproporcional entre homens e mulheres negras, especialmente no que se refere ao DM e à HAS. A literatura e os dados epidemiológicos apontam que mulheres negras têm até 50% mais chances de desenvolver diabetes do que mulheres brancas e que a hipertensão manifesta-se de forma mais grave e precoce em negros. No entanto, tais dados ainda não são plenamente incorporados nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas na prática em saúde, o que compromete tanto a qualidade quanto a integralidade do cuidado. A ausência de um olhar racializado na formulação das políticas e em sua execução, tanto na prevenção quanto no tratamento dessas enfermidades, reforça o ciclo de adoecimento e exclusão².

Deste modo, torna-se urgente que os determinantes sociais, como o racismo institucional, sejam reconhecidos como fatores de risco clínico e abordados de maneira interseccional nas práticas de saúde. Assim, este estudo tem como objetivo comparar o perfil epidemiológico dessas doenças no panorama federal (Brasil), estadual (Bahia) e municipal (Feira de Santana), no quesito raça/cor, buscando a convergência dos dados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, qualitativa, do tipo descritiva-comparativa, que teve como foco analisar a distribuição e os desfechos de três doenças crônicas – Anemia Falciforme, Diabetes Mellitus Tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica –, as quais são trazidas pela PNSIPN como as principais de acometimento entre a população preta e parda no Brasil, com ênfase nos recortes estadual (Bahia) e municipal (Feira de Santana). A análise fundamenta-se nos pressupostos da PNSIPN, instituída pela Portaria nº 992 de 2009 e atualizada em sua terceira edição, em 2017.

Os dados foram coletados de plataformas digitais como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Portal do Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA), com artigos a partir de 2010. Como critério para selecionar as informações a serem utilizadas, houve a necessidade da temática central do artigo se referir ao quesito raça/cor, evidenciando um

comparativo entre a população negra e as demais. Os principais descritores buscados foram: “Saúde e população negra”, “Determinantes sociais em saúde”, “Acesso à saúde da população negra”, “Estado brasileiro e saúde do povo negro”, “Principais doenças da população negra brasileira”, “Relação de diabetes mellitus e raça”, “Relação de Anemia Falciforme e raça”, “Relação de Hipertensão Arterial Sistêmica e raça” e “Processo de colonização e saúde no Brasil”.

A partir do material coletado foi necessário organizá-lo de modo a possibilitar a análise comparativa dos dados nas três esferas territoriais – nacional, estadual e municipal –, considerando-se a distribuição dos agravos de acordo com o marcador raça/cor. A partir disso, foram sistematizados indicadores sobre prevalência, internações, óbitos, cobertura de atendimentos e qualidade do preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação, o qual foi utilizado frequências absoluta e relativa (percentagem) para apresentação dos dados coletados.

RESULTADOS

A PNSIPN aborda os principais elementos acerca da população negra, principalmente ao cruzar os determinantes sociais com os achados socioeconômicos dessa população. Dessa forma, a discussão sobre as principais doenças crônicas não transmissíveis é aberta, tendo a AF, DM e a HAS como destaques.

A grande quantidade de informações faz com que cada doença seja trazida de forma independente, para que os grandes âmbitos – Brasil, Bahia e Feira de Santana – sejam abordados quando possível, uma vez que o sistema de informação sobre com a falta de alimentação.

Anemia Falciforme

A AF é uma doença hereditária que acomete a hemoglobina, proteína responsável pelo transporte de oxigênio no sangue, o que a deixa disfuncional e deformada. Para tanto, as consequências dessa doença podem perpassar desde dor até isquemia de membros acometidos, uma vez que pode ocorrer a oclusão de vasos importantes que fazem a irrigação da região acometida. Epidemiologicamente, a AF acomete mais negros, podendo chegar a 10% desse grupo, ao passo que acomete até 5% da população geral².

No que tange os atendimentos às pessoas com a doença, o Panorama da AF elaborado pela ABRASTA traz que, somente no ano de 2022, cerca de 36 mil pessoas estiveram nos centros de atendimento, no Brasil, o que mostra elevação de cerca de 100% quando comparado ao ano de 2016³. O que mais chama atenção nos dados publicados, é a quantidade de cadastros com o preenchimento da raça/cor com “ignorado”, chegando à marca de 52,4% dos atendimentos brasileiros. Ao somar pardos e pretos, a porcentagem chega a 32,5%. No total, estima-se que cerca de 100 mil usuários foram

atendidos, entre 2012 e 2022. No panorama baiano, é tido que foram mais de 12 mil atendimentos neste mesmo intervalo de tempo, com 56% do campo raça/cor sendo preenchido como “ignorado” e cerca de 21% sendo a soma de pretos e pardos. Agora, o que chama a atenção é que aproximadamente 19% dos usuários preencheram a sua cor como “amarela”³.

Para os internamentos, o Brasil contabilizou 105.911 internações, entre os anos de 2012 e de 2021, com tempo médio de internação na casa dos 5,6 dias e os estados com destaques para esses números são São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro. A Bahia conta com um número de mais de 13.500 internações nesse período, com tempo médio de internação de 5,72 dias, sendo o Hospital Manoel Novaes, em Itabuna – sul da Bahia, e o Hospital Santo Antônio, em Santo Antônio de Jesus – recôncavo baiano, os mais volumosos nesse quesito. A cidade de Feira de Santana aparece com 700 internações no período, sendo no Hospital Estadual da Criança, com 383 atendimentos, e no Hospital Dom Pedro de Alcântara, com 260, os com maior relevância³.

Ao se tratar de mortes, é possível levantar que, entre o ano de 2011 e 2022, foram constatados 4.502 óbitos, dos quais 77,6% referem-se à população preta ou parda, com homens na faixa etária de 20 a 29 sendo os mais ceifados, e os estados da Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo em destaque para essas mortes. Na Bahia, os dados são ainda mais alarmantes do que os encontrados no Brasil, com cerca de 84% dos óbitos por AF sendo de pretos e pardos, dentro do espaço temporal estudado⁴. No que diz respeito aos municípios, Salvador aparece em primeiro lugar, com 17,4% das mortes, seguida de Feira de Santana, a qual é responsável por 5,8% e que apresentou um pico no ano de 2012, com 27,3%⁴.

Diabetes Mellitus tipo II

A DM tipo II é uma doença crônica que acontece pela não utilização correta de insulina pelo corpo, que pode ser pela não produção de quantidades suficientes ou por uma resistência ao hormônio. A DM tipo II é a mais comum de todos os tipos, sendo responsável por cerca de 90% dos casos⁵. A epidemiologia trazida é que a população negra é a mais acometida dentre todas as raças, com cerca de 10% a mais de pacientes². Num panorama geral, é notória uma distribuição maior em idades mais elevadas, chegando a incríveis 30% da população com 65 anos ou mais acometidas com DM. Também é possível interligar o grau de escolaridade dessas pessoas, com uma porcentagem que chega a 20%, ao se falar de pessoas que tiveram até 8 anos de escolaridade⁶.

A observação dos dados referentes à DM revela que o Brasil conta com mais de 16 milhões de doentes, representando cerca de 7% da população⁵. Dados mais atuais mostram que a população brasileira com diagnóstico de DM subiu no ano de 2025, chegando na casa dos 10% do total, que, em números absolutos, aproxima-se dos 20 milhões de brasileiros⁷. Quando o espaço geográfico perpassa na Bahia, a prevalência

observada alcança a marca dos 7%. Ao fazer uma análise por microrregiões, é revelada uma certa igualdade na distribuição, com uma pequena concentração na região do extremo sul e sul do estado. De forma oposta, as regiões centro-leste e nordeste da Bahia são as com menor prevalência dentro do estado⁸.

Quando o comparativo passa para o quesito raça/cor, o Brasil fica distribuído com cerca de 47,6% dos doentes sendo autodeclarados pretos ou pardos⁵. Já no estado da Bahia, o preenchimento da cor “negra” é que mais é evidente, englobando mais de 75% dos acometidos. O que volta a chamar a atenção é a palavra “ignorada” sendo também notória, com cerca de 4% dos preenchimentos⁸. Para a cidade de Feira de Santana, Barbosa⁹ buscou os pacientes cadastrados no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) do Ministério da Saúde, obtendo que 78% dos pacientes no corte utilizado se autodeclararam como pretos ou pardos; outros 1,4% se autodeclararam como amarelo. A escolaridade também foi levantada nesse estudo, tendo que 86% dos pacientes frequentaram a escola por 8 anos ou menos.

Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença crônica não transmissível caracterizada por níveis elevados da Pressão Arterial (PA) sustentada, com níveis acima de 140mmHG por 90mmHG (sistólica e diastólica). Sua etiologia é considerada multifatorial, podendo envolver questões genéticas, assim como também as ambientais. Fatores como histórico familiar, sedentarismo, dieta rica em sal, obesidade, consumo excessivo de álcool, tabagismo e estresse são os mais relevantes¹⁰. De modo geral, a HAS acomete de 10 a 20% da população brasileira e suas complicações são mais acentuadas em homens e em negros².

O perfil epidemiológico do brasileiro para a HAS indica que cerca de 28% da população é hipertensa. Ademais, o aumento da prevalência é diretamente proporcional ao aumento da idade, chegando a 50% da população com mais de 60 anos sendo acometida. Para mais, é dito que houve um aumento também na taxa de mortalidade por HAS, nos últimos anos, com pico no ano de 2021⁶. Ao analisar o nordeste do Brasil, mais especificamente o estado da Bahia, é encontrada uma prevalência de aproximadamente 35% da população, o maior índice entre seus vizinhos nordestinos¹¹.

Voltando-se para a questão da raça/cor, o Brasil conta com uma distribuição que abrange cerca de 81% dos doentes sendo das raças-cor preta ou parda¹⁰. Ao começar uma avaliação dos dados voltados para a Bahia, Souza¹² diz que 91% dos pacientes acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial, em Salvador, são “não brancos”. Seguindo nesse viés, Lessa¹³ relata, também na cidade de Salvador, que homens pretos são acometidos com maior frequência pela HAS quando comparados com homens brancos, tendo números aumentados em 6,2%; ao comparar as mulheres, a raça negra apresenta prevalência maior de 20%.

Ao voltar-se para o interior do estado, Tapioca¹⁴ acrescenta que, na cidade de Mucugê, 79,3% dos acometidos por HAS são pretos ou pardos; além disso, traz que 54% dos acometidos tiveram uma escolaridade menor que 8 anos. Dessa forma, é possível realizar uma média aritmética simples com as informações da capital e de uma cidade do interior, o que resulta no dado que cerca de 85% dos acometidos com HAS na Bahia se autodeclararam pretos ou pardos. Finalizando a análise, já na cidade de Feira de Santana, Carvalho¹⁵ evidencia que 87,5% dos acometidos pela doença são “não negros”.

DISCUSSÃO

A correlação entre raça/cor e algumas das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na sociedade é pertinente de estudo, uma vez que corrobora para a tentativa de elucidação acerca de seus cruzamentos de causalidades e desfechos. A partir disso, a PNSIPN aborda a AF, a DM e a HAS como as principais doenças genéticas e/ou hereditárias que fazem com que esse grupo populacional careça de políticas públicas específicas².

É pertinente ressaltar a falta de entendimento acerca do ser negro no Brasil, quando o colorismo faz-se presente e limita a veracidade dos dados obtidos sobre essa questão, apesar de ainda ser um assunto escasso de discussão para incentivo do entendimento da importância dessas informações para a saúde pública e para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para essas populações alvos¹⁶.

A falta de dados claros nos sistemas de informação sobre raça/cor é algo que deve ser discutido e levantado para análise, dado que inviabiliza e marginaliza parcelas expressivas da população¹⁵. Para além disso, o preenchimento do espaço destinado para esse fim com a opção “ignorado” é alarmante, visto que, em alguns estudos, como os trazidos pela ABRASTA, em 2023, podem chegar a mais de 50% dos formulários preenchidos.

O cruzamento dos dados relacionados às doenças supracitadas, nas esferas Brasil, Bahia e Feira de Santana, evidencia a forma com a qual tais patologias são tratadas e também diz respeito à forma com a qual o SUS lida com os doentes¹⁸. O conhecimento do perfil epidemiológico e sua distribuição espacial auxiliam na implementação de políticas em saúde, para melhor atender a população geral, uma vez que visam o reconhecimento da população atendida, sendo buscada por meio da territorialização e de estratégias de Estimativa Rápida em Saúde, por exemplo¹⁹.

O entendimento acerca da AF e suas causas, assim como o seu histórico de distribuição geográfica por meio do tráfico de escravos, ajudam a identificar o Brasil como polo centralizador de pacientes com a doença, o que também destaca o estado da Bahia justamente por conta do seu processo de formação². Para Silva²⁰, a correlação entre o período colonial no Brasil e a escravidão são fundamentais para o entendimento da maior concentração de pacientes pretos ou pardos com AF,

além de trazer que negros possuem uma maior probabilidade de complicações decorrentes da doença, destacando a cidade de Salvador-Bahia como o principal local de desembarque desses escravos. Silva^{4,8} concorda com as causas voltadas para o perfil étnico da AF e acrescenta:

Alguns fatores predispõem crianças e adolescentes a complicações da AF como dificuldade de acesso a rede de cuidados, condições financeiras das famílias para a aquisição dos medicamentos e alimentação adequada, dentre outras questões socioeconômicas.

Dessa forma, é possível inferir que a concentração de negros com AF no SUS perpassa por fatores que vão além da maior propensão pela raça, como também por questões socioeconômicas que causam maior vulnerabilidade ao doente, como visto ao analisar o grau de escolaridade e o tempo médio de estudo dos pacientes cadastrados²⁰.

Ao trazer um levantamento acerca da HAS e da DM na população feirante de Feira de Santana, Santos²¹ evidencia para além do quesito raça/cor como determinante no processo saúde-doença, uma vez que questões socioeconômicas também implicam nos desfechos dessas enfermidades, como quantidade de refeições no dia, controle de consumo de açúcar e prática de atividade física. Ao analisar esses determinantes, juntos com os colocados por Santos¹⁸, no cenário voltado para o Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso também da cidade de Feira de Santana, é evidente a convergência para maior desfecho negativo voltado para a DM e para a HAS em pacientes em vulnerabilidade social, aqueles que, historicamente, são compostos por pretos e pardos marginalizados há épocas no Brasil.

CONCLUSÃO

As doenças crônicas não transmissíveis acometem uma parcela expressiva da população brasileira. No entanto, a distribuição epidemiológica é desigual, uma vez que o quesito raça/cor surge como um determinante para o agravo em saúde, datando indícios de causalidade desde o Brasil colonial. Além disso, o tempo de escolaridade também influencia na divisão desses pacientes adoecidos que buscam atendimentos pelo Sistema Único de Saúde, o que traz outros determinantes sociais vinculados às condições socioeconômicas do povo brasileiro à tona. Esses fatores deixam notória a necessidade de políticas públicas eficazes voltadas para a amenização desses entraves no acesso à saúde e na tentativa de proporcionar a igualdade aos doentes.

As históricas batalhas travadas pelo povo preto brasileiro para garantir o acesso à saúde culminou com a admissão, por parte do Estado, do racismo institucional vigente no país e na criação da política específica que busca trazer especificidades no atendimento ao povo preto brasileiro, mesmo que sob pressões externas para reconhecimento, já no início dos anos 2000.

De tudo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, apesar de ainda estar na versão publicada no ano de 2017, faz-se atual quanto aos dados voltados para as principais doenças hereditárias e/ou genéticas que acometem a população negra brasileira, ao trazer a Anemia Falciforme, a Diabetes Mellitus no seu tipo II e a Hipertensão Arterial Sistêmica como destaques não apenas na maior suscetibilidade, mas também como desfechos mais graves.

Por fim, os dados alertam para as doenças mais prevalentes entre a população preta e parda no Brasil e na Bahia; mas, especialmente, destaca sobre as condições sociais e/ou históricas que refletem na condição de saúde de uma população pela trajetória de uma sociedade racista e que ainda não efetiva uma política pública para mitigar as iniquidades raça/cor.

REFERÊNCIAS

1. Pinto MCC, Ferreira RF. Relações raciais no Brasil e a construção da identidade da pessoa negra. *Pesqui. prát. psicossociais* 2014; 9(2):256-66.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. [acesso em 27 abr 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf/view.
3. ABRASTA. Panorama da doença falciforme. São Paulo: ABRASTA; 10/06/2024. [acesso em 27 abr 2023]. Disponível em: <https://abrasta.org.br/pesquisa/2024/06/panorama-da-doenca-falciforme/>.
4. Silva LBP, Ché DHC, Azevedo LMF, Santos MS, Curi VAP, Lemos AQ. Morbimortalidade infantil por doença falciforme no estado da Bahia, de 2010 a 2018. *Práticas e cuidado* 2023; 4(1):e14226.
5. Costa AF, Luísa Sorio Flor LS, Campos MR, Oliveira AF, Costa MFS, Silva RS et al. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(2):e00197915.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição socio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023* [Internet]. Brasília: MS; 2023. [acesso em 27 abr 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.
7. Sociedade Brasileira de Diabetes. Brasil já tem cerca de 20 milhões de pessoas com diabetes. SBD: São Paulo; 31/01/2025. [acesso em 27 abril 2023]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/brasil-ja-tem-cerca-de-20-milhoes-de-pessoas-com-diabetes/>.

8. Secretaria de Saúde (BA). Cenário das Diabetes Mellitus [Internet]. SESAB: Salvador; 2023. [acesso em 24 abr 2023]. <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/Infografico-Informativo-Simples-Laranja-e-Cinza.pdf>
9. Barbosa KCS, Santos LO, Barboni SAV. Enfrentamento dos fatores de risco em usuários hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família de Feira de Santana, Bahia. *Rev. Gest. Saúde* 2013; 4(4):1380-1398.
10. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. *Arq. Bras. Cardiol.* 2021; 116(3):516-658.
11. Macedo JL, Oliveira ASSS, Pereira IC, Magalhães Assunção MJS. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial na região Nordeste do Brasil. *Rev. Uningá* 2019; 56(4):156-163.
12. Souza, FP, Almeida LS, Mercês MC, Silva DAR. Prevalência da hipertensão arterial e em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Hipertens.* 2023; 30(1):6-10.
13. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Filho NA, Aquino E, Oliveira MMC. Hipertensão Arterial na população adulta de Salvador (BA) - Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006; 87(6):747-756.
14. Tapioca TSC, Ferreira DPA, Gois JA, Nascimento MA, Rodrigues EP, Nascimento Sobrinho CL. Conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial em indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Mucugê, Bahia. *Rev. Contemporânea* 2023; 3(12):24684-97.
15. Carvalho SS, Oliveira BR. Hábitos e hipertensão: estudo realizado em hipertensos dos serviços públicos de saúde em Feira de Santana-BA. *Rev. Atenção Saúde* 2020; 18(64):22-31.
16. Mizael, TM, Castro MSLB, Dittrich A. Uma interpretação analítico-comportamental do colorismo e de suas implicações clínicas. *Acta Comportamentalia* 2021; 29(4):65-77.
17. Araújo ILF, Ribeiro LP. A saúde da população negra e as políticas do século XX: é nas encruzilhadas que encontramos resistências, emancipações e mortes. *Cad. Saúde Pública* 2025; 41(4):e00080224.
18. Santos ASS, Oliveira AMA, Oliveira GHMS, Silva VAM, Santos LPS. Associação entre sobrepeso/obesidade, *Diabetes mellitus* tipo 2 e doença cardiovascular em indivíduos de Feira de Santana-BA [Internet]. *Anais...* 2018; 22:3799. XXII Seminário de Iniciação Científica. [acesso em 27 abr 2023]. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/3799>.
19. Oliveira ARM, Oliveira ABA, Bomfim JEB, Gomes JDSM, Bastos BFC, Andrade JN, et al. Formação interprofissional, territorialização e inovação na gestão em saúde: experiências vivenciadas no PET-Saúde. *REVISA* 2023; 12(Esp 1):702-1.
20. Silva RCB, Barbosa SPOR, Silva MEC, Galvão CR, Oliveira ACS, Dantas BMS et al. Perfil epidemiológico e clínico de usuários do centro municipal de referência de indivíduos com doença falciforme em Feira de Santana/Bahia. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(7):e22510716510.
21. Santos PHM, Rodrigues GAD. Prevalência de HAS e *Diabetes Mellitus* em trabalhadores feirantes e fatores de risco associados ao seu aparecimento. *Anais...* 2022; 26: XXVI Seminário de Iniciação Científica. [acesso em 27 abr 2023]. Disponível em: <https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/9551>.

ABSTRACT

Introduction: The National Policy for Comprehensive Health of the Black Population was created in 2006 and highlights sickle cell anemia, type II diabetes mellitus, and systemic arterial hypertension in the epidemiology of the black population in Brazil. **Objective:** To compare the epidemiological profile of these diseases at the federal (Brazil), state (Bahia), and municipal (Feira de Santana) levels, in terms of race/color, seeking convergence of data. **Methodology:** This is a descriptive-comparative study of a qualitative and documentary nature, with searches on digital platforms, with articles from 2010 to 2022. **Results:** There is convergence in the data brought by the three spheres analyzed, showing that the black and brown populations are the most affected by these diseases. When considering the order Brazil-Bahia-Feira de Santana, we have: (1) Sickle Cell Anemia with a distribution of care in 32.5%-21%-93%; (2) Type II Diabetes Mellitus with a distribution of 47.6%-75%-78%; and (3) Systemic Arterial Hypertension shows 81%-85%-87.5%. **Conclusion:** The greater natural susceptibility of the black and brown population to diseases in the three spheres analyzed is notorious. The way in which Brazilian colonization occurred justifies the higher prevalence of these chronic diseases in the state of Bahia.

Keywords: Black population; Chronic non-communicable diseases; Race/color profile.

RESUMEN

Introducción: La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra fue creada en 2006 y destaca la Anemia de Células Falciformes, la Diabetes Mellitus Tipo II y la Hipertensión Arterial Sistémica en la epidemiología de la población negra brasileña. **Objetivo:** Comparar el perfil epidemiológico de estas enfermedades a nivel federal (Brasil), estatal (Bahía) y municipal (Feira de Santana), considerando raza/color, buscando convergencia en los datos. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo-comparativo de carácter cualitativo y documental, con búsquedas en plataformas digitales, incluyendo artículos de 2010 a 2022. **Resultados:** Hay convergencia en los datos de los tres niveles analizados, mostrando que las poblaciones negra y mestiza son las más afectadas por estas enfermedades. Considerando el orden Brasil-Bahía-Feira de Santana, tenemos: (1) Anemia de Células Falciformes con una distribución de atención en 32,5%-21%-93%; (2) Diabetes Mellitus Tipo II con una distribución de 47,6%-75%-78%; y (3) Hipertensión Arterial Sistémica que muestra 81%-85%-87,5%. **Conclusión:** La mayor susceptibilidad natural a las enfermedades entre la población negra y mestiza es evidente en las tres esferas analizadas. La forma en que se produjo la colonización brasileña justifica la mayor prevalencia de estas enfermedades crónicas en el estado de Bahía.

Palabras clave: Población negra; Enfermedades crónicas no transmisibles; Perfil racial/color.