

MOVIMENTO NACIONAL DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

Apostila Nacional das Doenças Tropicais Negligenciadas

**Doenças negligenciadas e determinadas socialmente:
levantamento epidemiológico e marco de incidência política,
2026**

Um retrato completo e referenciado da situação das doenças tropicais negligenciadas no Brasil, produzido para subsidiar decisões concretas de política pública com dados verificáveis.

"As doenças negligenciadas não começam no consultório nem terminam no medicamento. Elas têm origem nas condições em que as pessoas vivem."



Apostila Nacional das Doenças Tropicais Negligenciadas

Doenças negligenciadas e determinadas socialmente: levantamento epidemiológico e marco de incidência política · 2026

AUTOR

Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas (MNDN), CNPJ 59.935.301/0001-50

COORDENAÇÃO DO LEVANTAMENTO, ORGANIZAÇÃO DE DADOS E MONTAGEM

João Victor Pacheco Fós Kersul de Carvalho

FONTES PRINCIPAIS

Boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Organização Mundial da Saúde (OMS), estudos científicos revisados por pares e a série de reportagens investigativas produzidas pelo MNDN ao longo de 2026. Todas as fontes estão relacionadas na seção Fontes e Referências, ao final deste documento.

NOTA METODOLÓGICA

Os dados de 2024 e 2025 citados nesta apostila são, em sua maioria, preliminares, extraídos de boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde ainda sujeitos a revisão e consolidação, conforme informado pelas próprias fontes oficiais. Onde exista defasagem de dado, tal informação é indicada no texto.

1ª edição · Setembro de 2026 · Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

Sumário

1	Apresentação	pág. 4
2	Quem Somos	pág. 6
3	O que são as Doenças Tropicais Negligenciadas	pág. 7
4	1. Panorama Nacional das DTNs	pág. 9
5	2. Hanseníase	pág. 13
6	3. Tuberculose	pág. 15
7	4. Sífilis	pág. 18
8	5. Doença de Chagas	pág. 21
9	6. Leishmanioses	pág. 23
10	7. Esquistossomose	pág. 25
11	8. Geo-helminthíases	pág. 27
12	9. Filariose Linfática	pág. 29
13	10. Malária	pág. 31
14	11. Arboviroses	pág. 33
15	12. Tracoma	pág. 35
16	13. Recomendações do MNDN	pág. 37
17	Glossário Epidemiológico	pág. 39
18	Fontes e Referências	pág. 40
19	Poesia, Vozes da Luta	pág. 43
20	Identificação Institucional	pág. 45



POR QUE O MNDN PRODUZIU ESTA APOSTILA

Apresentação

O Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas (MNDN) apresenta esta apostila com um objetivo direto: reunir, num único documento público e referenciado, o retrato mais completo possível da situação das doenças tropicais negligenciadas (DTNs) no Brasil, os desafios reais enfrentados por quem convive com elas e as perguntas que a sociedade civil dirige aos gestores públicos responsáveis por resolvê-las.

As doenças tropicais negligenciadas não afetam a população de forma aleatória. Elas se concentram exatamente onde falta saneamento básico, onde a moradia é precária, onde a renda é menor e onde o acesso ao diagnóstico precoce demora mais para chegar. Hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, leishmanioses, esquistossomose, geohelmintíases, filariose linfática, malária, arboviroses e tracoma têm causas biológicas diferentes, mas compartilham a mesma raiz social: desigualdade de infraestrutura e de acesso à saúde.

Esta apostila nasce da conjugação de dois tipos de fonte. De um lado, os boletins epidemiológicos oficiais do Ministério da Saúde, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De outro, a série de reportagens investigativas que o próprio MNDN produziu ao longo de 2026, cruzando esses dados oficiais com estudos científicos, boletins estaduais e o histórico de atuação do movimento em fóruns, audiências públicas e espaços de controle social. Todas as informações citadas nesta apostila têm fonte identificada, relacionada na seção de Fontes e Referências, ao final do documento.

O propósito final deste material é servir como marco de incidência política do MNDN: um documento que possa ser encaminhado ao Ministério da Saúde, à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), às comissões de saúde do Congresso Nacional e aos conselhos estaduais e municipais de saúde, para subsidiar decisões concretas de política pública com dados verificáveis, e não apenas com boa intenção.

Reconhecemos, ao longo de todo o texto, os avanços reais que o país já conquistou: a eliminação da filariose linfática como problema de saúde pública, a queda na mortalidade por malária, a chegada de novos medicamentos e a criação do programa Brasil Saudável, iniciativa que o próprio governo federal e a OPAS classificam como inovadora e inédita para eliminar doenças socialmente determinadas. Mas reconhecer avanço não significa aceitar que o trabalho terminou. Esta apostila também documenta, com a mesma transparência, onde o Brasil ainda está distante das suas próprias metas, e por quê.



“Transformando experiências de vida em participação social, incidência política e defesa do direito à saúde.”

Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas, MNDN



A INSTITUIÇÃO POR TRÁS DESTE DOCUMENTO

Quem somos

O Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas (MNDN) é uma articulação da sociedade civil brasileira, fundada em 30 de janeiro de 2024, durante o Seminário do Dia Mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas, em Brasília. Reúne lideranças populares, pessoas afetadas, voluntários, pesquisadores, estudantes, profissionais da saúde e apoiadores comprometidos com a defesa do direito à saúde e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compreendemos que doenças como hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, leishmanioses, esquistossomose e outras condições determinadas socialmente não são apenas desafios biomédicos. Elas refletem desigualdades históricas ligadas à pobreza, ao acesso limitado à saúde, à ausência de saneamento básico, à moradia inadequada e à exclusão social. Desde sua fundação, o MNDN participou de conferências, fóruns, audiências públicas e espaços de articulação nacional e internacional, incluindo o Fórum Social Brasileiro de Enfrentamento das Doenças Infecciosas e Negligenciadas, o MEDTROP, o Simpósio Mundial de Doenças Negligenciadas e o Comitê Consultivo Comunitário da DNDI para a América Latina.

2024

Ano de fundação do MNDN, em Brasília/DF

Nacional

Abrangência de atuação, com lideranças em diversos estados

10+

Doenças e infecções determinadas socialmente cobertas nesta apostila

Missão

Fortalecer a participação social das pessoas afetadas por doenças negligenciadas e outras doenças determinadas socialmente, promovendo cidadania, dignidade, equidade e o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Visão

Ser referência nacional e internacional na defesa dos direitos das populações afetadas, contribuindo para uma sociedade mais justa, saudável e participativa, onde nenhuma pessoa seja esquecida pela ausência de direitos básicos.

Valores

Equidade, justiça social, dignidade humana, transparência, cooperação, participação popular, resiliência e solidariedade.



“Quem vive a realidade também deve participar da construção das soluções.”

Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas



O que são as Doenças Tropicais Negligenciadas

Antes de entrar nos dados de cada doença, vale explicar o conceito que dá nome a esta apostila. Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) é a categoria usada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para agrupar um conjunto de doenças infecciosas que têm três características em comum.

As três características que definem uma DTN

- ✓ Afetam principalmente populações em situação de pobreza e vulnerabilidade social, concentradas em regiões tropicais e subtropicais;
- ✓ Recebem historicamente pouco investimento em pesquisa, diagnóstico e tratamento, se comparadas a doenças de maior visibilidade global;
- ✓ Estão diretamente associadas a determinantes sociais, como falta de saneamento básico, moradia precária, acesso limitado à água tratada e à saúde.

O termo “negligenciada” não descreve a gravidade clínica da doença, mas o grau de abandono histórico que ela recebeu de governos, indústria farmacêutica e comunidade científica internacional, exatamente o problema que o MNDN existe para enfrentar.

O roteiro global da OMS: 20 doenças até 2030

Em janeiro de 2021, a OMS lançou o *Roteiro para Doenças Tropicais Negligenciadas 2021–2030*, documento aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde que estabelece metas de prevenção, controle, eliminação ou erradicação para 20 doenças e grupos de doenças que afetam, juntas, mais de um bilhão de pessoas no mundo:

- Úlcera de Buruli
- Doença de Chagas
- Dengue e chikungunya
- Dracunculíase (doença do verme-da-guiné)
- Equinococose
- Trematodíases de transmissão alimentar
- Tripanossomíase humana africana (doença do sono)
- Leishmanioses
- Hanseníase
- Filariose linfática
- Micetoma, cromoblastomicose e outras micoses profundas
- Oncocercose (cegueira dos rios)
- Raiva
- Escabiose e outras ectoparasitoses
- Esquistossomose
- Geo-helmintíases
- Envenenamento por picada de serpente
- Teníase e cisticercose
- Tracoma
- Boubá

Fonte: Organização Mundial da Saúde, *Ending the Neglect to Attain the Sustainable Development Goals, A Road Map for Neglected Tropical Diseases 2021–2030* (2021).

O recorte brasileiro: o programa Brasil Saudável

O Brasil lançou uma iniciativa que o governo federal e a Organização Pan-Americana da Saúde classificam como inovadora e inédita: uma política de governo dedicada especificamente a doenças determinadas socialmente. O Decreto nº 11.908, que instituiu o programa **Brasil Saudável**, foi assinado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 6 de fevereiro de 2024 e publicado no Diário Oficial da União em 7 de fevereiro, data em que o programa foi oficialmente lançado. O decreto reúne 14 ministérios com a meta de eliminar ou reduzir 14 doenças e infecções: malária, doença de Chagas, tracoma, filariose linfática, esquistossomose, oncocercose, geo-helmintíase, sífilis, hepatite B, HIV, HTLV, tuberculose, hanseníase e hepatites virais em sentido amplo.

POR QUE O RECORTE DESTA APOSTILA É UM POUCO MAIS AMPLO

Nem todas as onze condições reunidas nesta apostila constam na lista das 20 DTNs da Organização Mundial da Saúde reproduzida acima. Tuberculose, sífilis e malária são doenças determinadas socialmente, com programas de controle próprios no Ministério da Saúde, incluídas aqui porque também integram as 14 doenças e infecções do programa Brasil Saudável. O MNDN optou por incluir ainda as arboviroses (dengue, zika, chikungunya e febre do Oropouche), por também serem doenças tropicais fortemente associadas a saneamento precário e vulnerabilidade social, ainda que tratadas pelo Ministério da Saúde em programa específico separado. Em resumo: o recorte desta apostila segue a lista do programa Brasil Saudável, somada às arboviroses.

Dados do próprio Ministério da Saúde mostram que, entre 2017 e 2021, as doenças determinadas socialmente foram responsáveis pela morte de mais de **59 mil pessoas** no Brasil. O programa identificou **175 municípios** como prioritários por concentrarem alta carga de duas ou mais dessas doenças ao mesmo tempo.

20

doenças no roteiro global da OMS 2021-2030

14

doenças e infecções no programa Brasil Saudável

175

municípios brasileiros priorizados pelo programa

59 mil+

mortes por doenças socialmente determinadas,
2017-2021



“As doenças determinadas socialmente, diferentemente do que muitos pensam, não são causadas pela pobreza, mas pela desigualdade.”

Nísia Trindade, ex-ministra da Saúde, no lançamento do programa Brasil Saudável (2024)

Fontes: Decreto que institui o Programa Brasil Saudável (2024); Agência Brasil e Agência Gov, coberturas do lançamento do programa (fevereiro de 2024).



VISÃO GERAL

Panorama Nacional das DTNs

O Brasil integra a lista de países prioritários da Organização Mundial da Saúde (OMS) para diversas doenças tropicais negligenciadas. É o segundo país do mundo em número de casos novos de hanseníase, atrás apenas da Índia, e está entre os poucos países das Américas classificados simultaneamente como de alta carga de tuberculose e de alta carga de coinfeção tuberculose-HIV. Ao mesmo tempo, o país alcançou, em 2024, a eliminação da filariose linfática como problema de saúde pública, tornando-se o vigésimo país do mundo a conquistar esse status, prova de que investimento sustentado ao longo de décadas produz resultado.

PANORAMA CONSOLIDADO, ÚLTIMOS DADOS OFICIAIS DISPONÍVEIS

22.129

Casos novos de hanseníase no Brasil em 2024 (Ministério da Saúde)

84.308

Casos novos de tuberculose em 2024, com 6.025 óbitos em 2023, maior patamar em 26 anos

1,9 a 4,6 mi

Brasileiros estimados como infectados pelo T. cruzi (doença de Chagas)

6,6 milhões

Casos prováveis de dengue em 2024, o pior ano já registrado

49 milhões

Brasileiros com esgotamento sanitário precário (Censo IBGE 2022)

2030

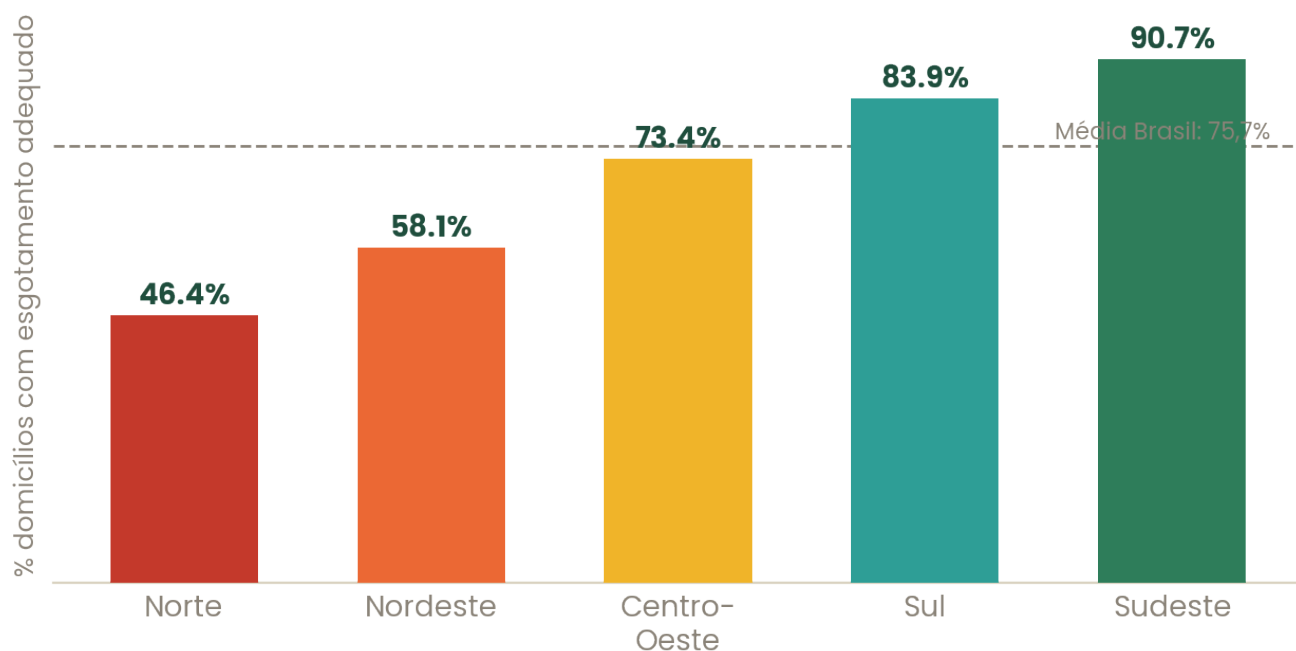
Ano-meta do programa Brasil Saudável para eliminar 14 doenças e infecções negligenciadas

Ranking dos estados mais críticos, por doença

Doença	Estados mais críticos (dato mais recente)
Hanseníase (taxa de detecção)	Mato Grosso (121,83/100 mil, hiperendêmico), Tocantins (57,76/100 mil, hiperendêmico)
Tuberculose (incidência)	Amazonas (94,7/100 mil), Rio de Janeiro (75,3/100 mil), Roraima (64,3/100 mil)
Chagas crônica (notificações)	Minas Gerais (2.355 casos), Bahia (1.697 casos)
Chagas aguda	Pará (79,5% dos casos agudos do Brasil concentrados no estado)
Leishmaniose visceral	Maranhão (líder histórico), seguido por Ceará, Piauí, Tocantins
Leishmaniose tegumentar	Pará, Mato Grosso, Bahia, Maranhão, Amazonas
Esquistossomose	Minas Gerais (maior número absoluto), Pernambuco, Bahia, Alagoas, Sergipe
Malária	99% dos casos concentrados em AC, AM, AP, MA, MT, PA, RO, RR e TO
Dengue (1º semestre 2024)	MG, RJ, PR, SC, GO e DF concentraram 87,5% dos casos
Filariose linfática	Último foco ativo na Região Metropolitana do Recife, hoje eliminado

O mapa da desigualdade: saneamento como determinante central

Quase todas as doenças reunidas nesta apostila compartilham um mesmo determinante estrutural: a ausência de saneamento básico adequado. Segundo o Censo Demográfico 2022 do IBGE, 62,5% da população brasileira tinha rede de coleta de esgoto, e 75,7% da população contava com esgotamento considerado adequado, seja por rede coletora, seja por fossa séptica. Ainda assim, **49 milhões de brasileiros**, o equivalente a 24,3% da população, seguiam dependendo de soluções precárias, como a fossa rudimentar, usada por 19,4% da população como destino do esgoto doméstico.



Percentual de domicílios com esgotamento sanitário adequado, por região (Censo Demográfico 2022, IBGE, divulgado pela Agência Brasil em 23 de fevereiro de 2024).

A desigualdade também aparece por cor ou raça no acesso conjunto a rede de esgoto, coleta de lixo e abastecimento de água adequados, segundo o IBGE: pessoas brancas, 83,5%; pessoas pretas, 75%; pessoas pardas, 68,9%; pessoas indígenas, apenas **29,9%**.

As políticas públicas federais em curso

Em fevereiro de 2024, o governo federal instituiu, por decreto, o programa Brasil Saudável, reunindo 14 ministérios com o compromisso de eliminar ou reduzir 14 doenças e infecções determinadas socialmente até 2030, entre elas hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, esquistossomose, geo-helminthíases, filariose linfática, malária e tracoma. O programa nasceu do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), criado em 2023. Em setembro de 2024, foi sancionada a Lei nº 14.977, que trata da soberania farmacêutica nacional, obrigando laboratórios públicos a produzir princípios ativos voltados a doenças determinadas socialmente, incluindo Chagas, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose e tuberculose.

UM RECONHECIMENTO OFICIAL QUE JUSTIFICA ESTA APOSTILA

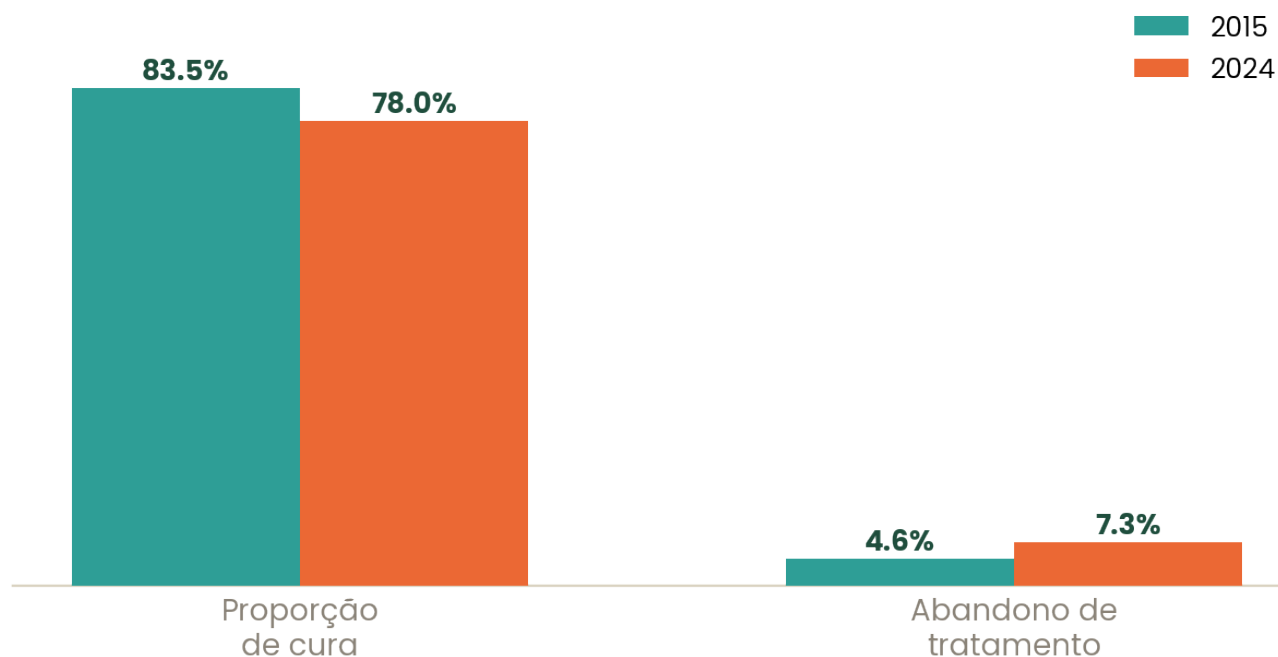
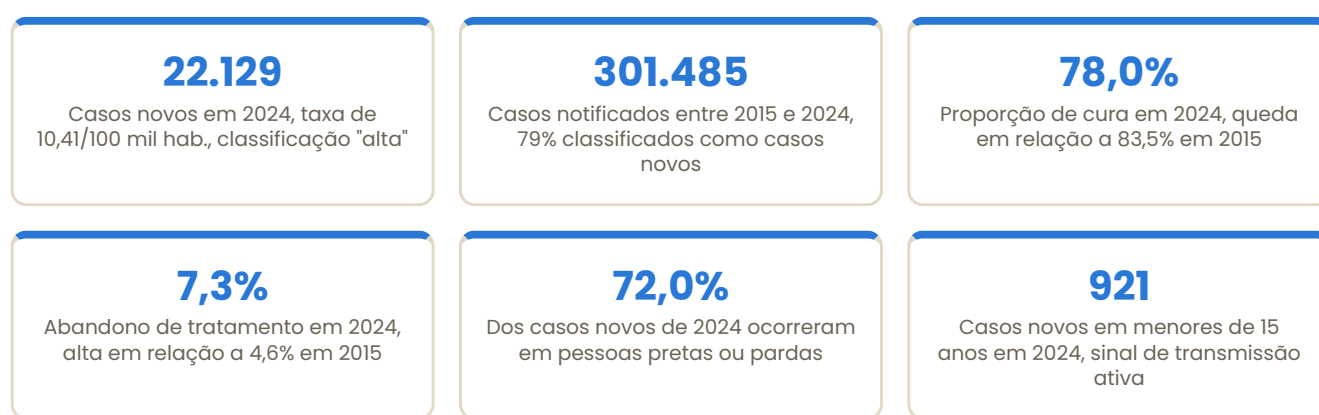
O próprio Ministério da Saúde reconhece que três das 11 doenças da lista brasileira dificilmente serão eliminadas até 2030: tuberculose, hanseníase e sífilis, justamente as mais antigas e mais ligadas a determinantes sociais profundos. É esse reconhecimento oficial de dificuldade, e não apenas os avanços, que justifica a existência desta apostila e da atuação contínua do MNDN.



Hanseníase

O Brasil é o segundo país do mundo em casos novos. A hanseníase é causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos. Quando não diagnosticada e tratada a tempo, pode causar incapacidades físicas permanentes. O tratamento é gratuito no SUS, por meio da poliquimioterapia, disponível há mais de quatro décadas. Ainda assim, o Brasil segue entre os países de maior carga da doença do mundo, ao lado de Índia e Indonésia.

NÚMEROS NACIONAIS, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HANSENÍASE, MINISTÉRIO DA SAÚDE



Proporção de cura e abandono de tratamento, Brasil, 2015 vs. 2024 (Boletim Epidemiológico de Hanseníase, Ministério da Saúde).

Onde a doença mais atinge o país

Mato Grosso (121,83 casos por 100 mil habitantes) e Tocantins (57,76 por 100 mil) são, em 2024, os únicos estados classificados como hiperendêmicos, patamar mais grave da escala do Ministério da Saúde. As regiões Norte e Centro-Oeste concentram as maiores taxas de detecção da série histórica, enquanto o Rio Grande do Sul tem a menor taxa do país. Ainda assim, o Acre e o próprio Rio Grande do Sul registraram, em 2024, as maiores proporções de diagnóstico tardio, medido pelo grau de incapacidade física 2 (GIF2) no momento do diagnóstico, sinal de que baixa incidência não significa, necessariamente, diagnóstico precoce.

Desafios enfrentados por quem convive com a doença

- **Diagnóstico tardio:** 11,5% dos casos novos de 2024 já apresentavam grau 2 de incapacidade física ao diagnóstico, o nível mais grave, e 36,5% já tinham grau 1.
- **Estigma social persistente,** associado historicamente ao isolamento e à discriminação de pessoas afetadas e de suas famílias.
- **Abandono crescente do tratamento,** que voltou a subir nos últimos anos, sinal de dificuldade de manter o paciente vinculado ao serviço de saúde ao longo dos meses de tratamento.
- **Cobertura insuficiente de exame de contatos,** ferramenta essencial para interromper a cadeia de transmissão: apenas a região Sul atingiu o parâmetro "bom" definido pelo Ministério da Saúde.

Um debate que o MNDN mantém em aberto: a SDR-PEP

Desde 2018, o Brasil não adota a quimioprevenção pós-exposição com dose única de rifampicina (SDR-PEP), estratégia recomendada pela OMS em sua Estratégia Global para Hanseníase 2021-2030 para contatos elegíveis de pessoas diagnosticadas. Em 2020, após avaliação da CONITEC, a estratégia foi mantida fora do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas nacional. O MNDN não defende a incorporação automática da tecnologia, mas pergunta publicamente se as evidências produzidas desde 2020, incluindo o estudo internacional PEP++, já foram formalmente reavaliadas pelo Ministério da Saúde e pela CONITEC.

O que o MNDN defende

- ✓ Transparência sobre os fundamentos técnicos que sustentam a manutenção da política atual sobre a SDR-PEP, com reavaliação periódica à luz de novas evidências;
- ✓ Fortalecimento da investigação de contatos, sobretudo fora da região Sul, para alcançar o parâmetro "bom" em todo o território nacional;
- ✓ Ações territorializadas nos estados hiperendêmicos, Mato Grosso e Tocantins, com prioridade para populações indígenas e rurais;
- ✓ Redução do diagnóstico tardio por meio de busca ativa e capacitação continuada de profissionais da Atenção Primária;
- ✓ Enfrentamento ativo do estigma, com resposta a 100% das manifestações de discriminação registradas nas Ouvidorias do SUS, meta já prevista na Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030.

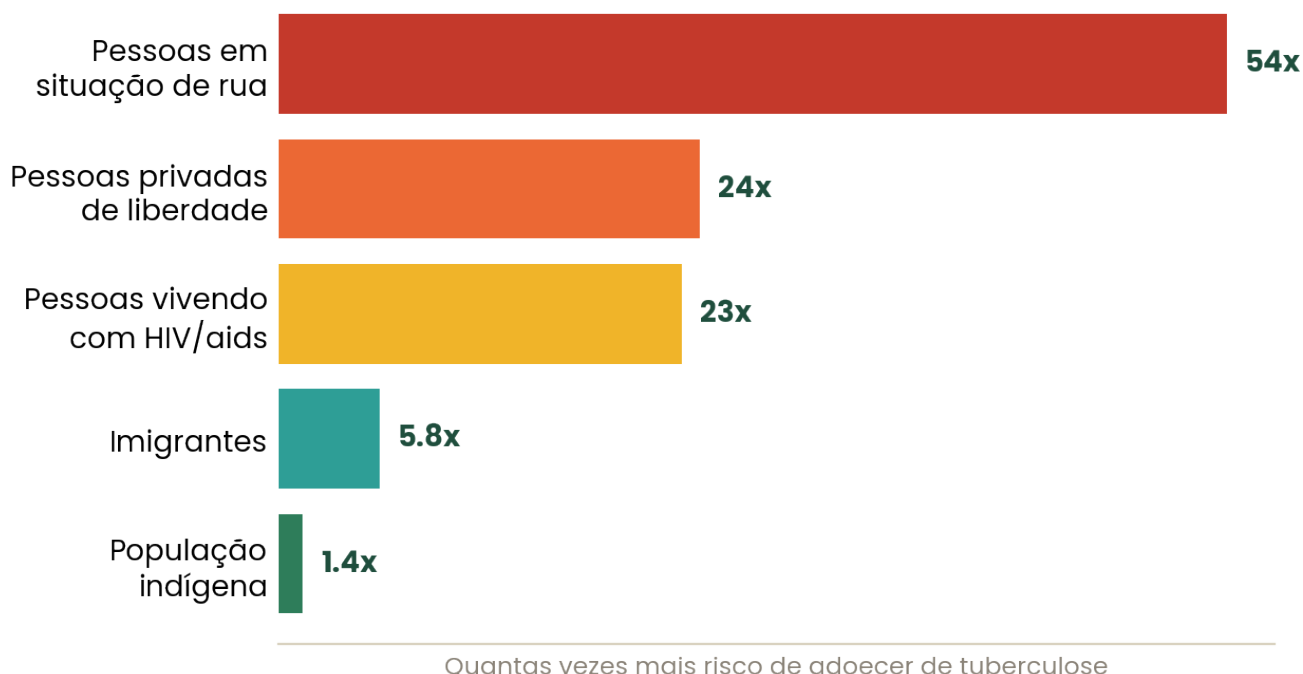
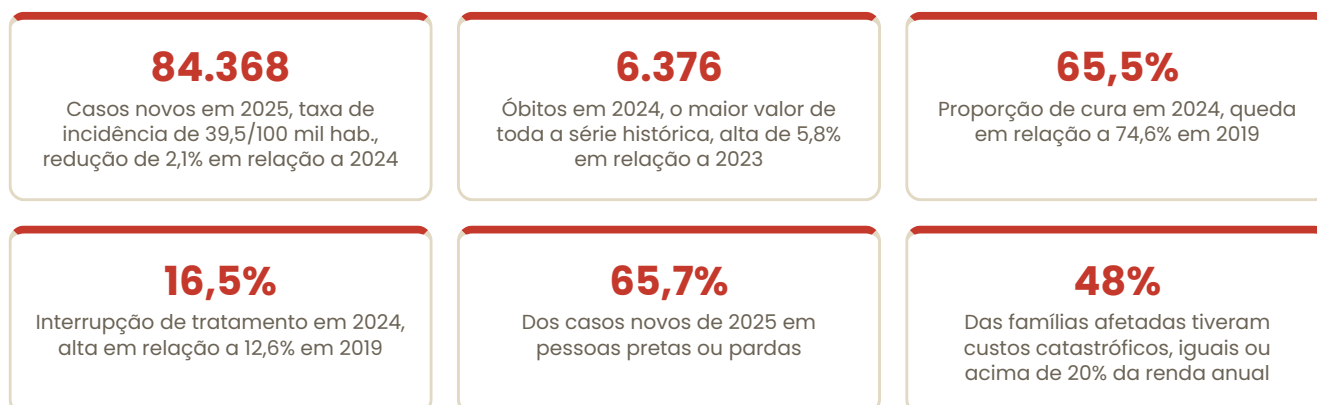


MORTES NO MAIOR PATAMAR DA SÉRIE HISTÓRICA

Tuberculose

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* e transmitida pelo ar, quando uma pessoa com a forma pulmonar ativa tosse, fala ou espirra. É uma doença antiga, tratável e curável pelo SUS, com diagnóstico e tratamento gratuitos. Ainda assim, o Brasil registrou em 2024 o maior número de mortes por tuberculose de toda a série histórica acompanhada pelo Ministério da Saúde.

NÚMEROS NACIONAIS, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSE 2026, MINISTÉRIO DA SAÚDE



Risco relativo de adoecer de tuberculose em populações específicas, comparado à população geral (Boletim Epidemiológico de Tuberculose, Ministério da Saúde, 2026).

Onde a doença mais atinge o país

Os maiores coeficientes de incidência em 2025 ocorreram no Amazonas (93,0 por 100 mil, 4.020 casos), no Rio de Janeiro (70,6 por 100 mil, 12.162 casos) e em Roraima (61,2 por 100 mil, 452 casos), seguidos por Pará e Amapá, ambos com 60,0. Embora o Sudeste concentre a maior carga absoluta, com 38.130 casos, é a região Norte que apresenta a maior incidência do país, com 61,9 casos por 100 mil habitantes.

Na mortalidade, os maiores coeficientes de 2024 foram registrados no Amazonas (6,2 óbitos por 100 mil, 266 óbitos), em Pernambuco (5,0 por 100 mil, 475 óbitos) e no Rio de Janeiro (4,8 por 100 mil, 829 óbitos). Doze estados ficaram acima do coeficiente nacional de 3,0. O Brasil e o Peru são os únicos países das Américas na lista de alta carga de tuberculose da OMS, mas apenas o Brasil está simultaneamente na lista de alta carga de coinfeção tuberculose-HIV.

Quem a doença encontra primeiro

- **Pessoas em situação de rua:** risco 54 vezes maior de adoecer. Em 2024, apenas 28,5% de cura, 41,9% de interrupção do tratamento e 15,4% de óbitos entre os diagnosticados. Foram 3.196 casos novos em 2025, o maior número de toda a série histórica.
- **Pessoas privadas de liberdade:** risco 24 vezes maior, respondendo por 7,9% dos casos novos de 2025, embora representem cerca de 0,4% da população brasileira. A cura chegou a 74,1% em 2024.
- **Pessoas vivendo com HIV ou aids:** risco 23 vezes maior. Em 2025, a coinfeção tuberculose-HIV atingiu 14,0% dos casos novos, a maior proporção da série histórica, alta de 47,4% em relação a 2023.
- **Imigrantes:** risco 5,8 vezes maior. **População indígena:** risco 1,4 vez maior.

UM DADO QUE MUDA A LEITURA DA POLÍTICA PÚBLICA

O próprio Ministério da Saúde reconhece associação entre o Programa Bolsa Família e o aumento da proporção de cura, com redução da mortalidade e da incidência de tuberculose, efeito mais expressivo entre pessoas em extrema pobreza e grupos étnico-raciais historicamente mais vulnerabilizados. Estudos citados no boletim oficial projetam que a ampliação da cobertura de proteção social poderia reduzir em até 76,1% a incidência acumulada de tuberculose até 2035. A tuberculose segue, ainda, entre as principais causas de morte em pessoas vivendo com HIV, com média de cinco óbitos por dia no país.

O que o MNDN defende

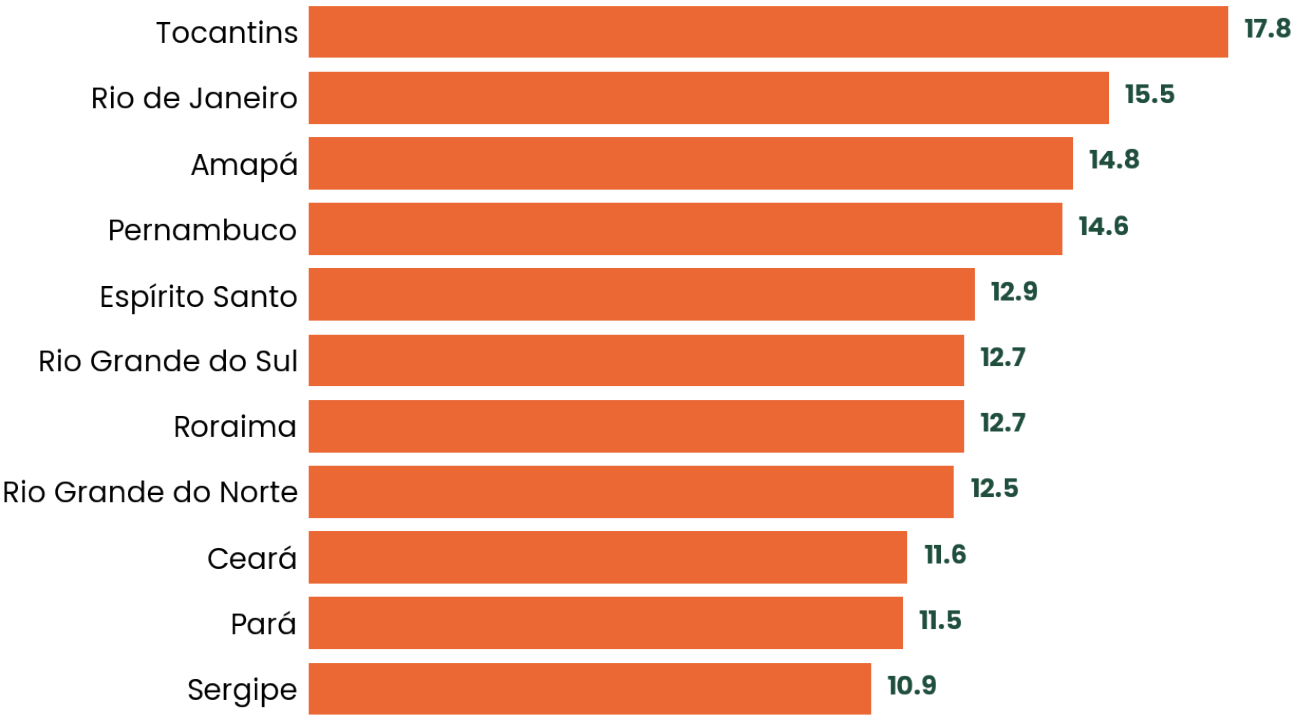
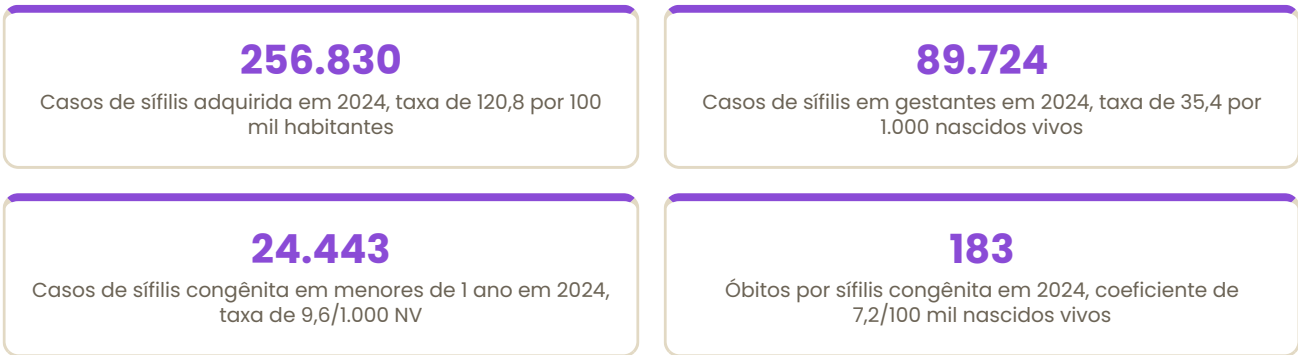
- ✓ Modelos de cuidado que não dependam de endereço fixo e horário comercial, incluindo consultório na rua e tratamento diretamente observado como regra, não exceção, para a população em situação de rua;
- ✓ Proteção social integrada ao tratamento, com vale-transporte, cesta básica e transferência de renda prescritos junto com o medicamento;
- ✓ Prioridade orçamentária absoluta para o sistema prisional, reconhecido oficialmente como ambiente que produz e devolve a doença à comunidade externa;
- ✓ Enfrentamento explícito do racismo estrutural no acesso à saúde, citado pelo próprio boletim do Ministério da Saúde como fator explicativo da maior carga em pessoas pretas e pardas;
- ✓ Transparência sobre a execução dos recursos de reforço orçamentário para os municípios habilitados, já que o próprio boletim de 2026 aponta dificuldades de implementação da Portaria de Incentivo Financeiro em diversos territórios, por questões operacionais e de capacidade de gestão.



Sífilis

A sífilis é causada pela bactéria *Treponema pallidum* e transmitida principalmente por via sexual, ou de mãe para filho durante a gestação (sífilis congênita). É uma das três doenças que o próprio Ministério da Saúde já reconheceu ser improvável eliminar até 2030, ao lado de tuberculose e hanseníase, mas é também uma das mais simples de tratar: uma única aplicação de penicilina benzatina, medicamento descoberto em 1928 e de baixíssimo custo, cura a maioria dos casos.

NÚMEROS NACIONAIS, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS 2025, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DADOS DE 2024



Casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos (2024)

Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, estados com as maiores taxas do país (Boletim Epidemiológico de Sífilis, Ministério da Saúde, 2025, dado-base 2024).

Onde a doença mais atinge o país

Em 2024, o Rio de Janeiro registrou a maior taxa de detecção de sífilis em gestantes do país, com 68,3 casos por 1.000 nascidos vivos, seguido por São Paulo (44,6) e Rio Grande do Sul (40,9). As menores taxas ficaram no Nordeste: Piauí (18,8), Maranhão (19,1) e Paraíba (19,4). Na sífilis congênita, a maior incidência passou a ser do Tocantins, com 17,8 casos por 1.000 nascidos vivos.

Regionalmente, o Sudeste concentrou 47,1% dos casos de sífilis em gestantes notificados em 2024, seguido pelo Nordeste (20,3%), Sul (13,8%), Norte (10,0%) e Centro-Oeste (8,7%). Entre as capitais, o Rio de Janeiro registrou 92,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Em sífilis congênita, as maiores taxas foram de Belém (27,9), Fortaleza (24,7) e Salvador (23,1).

Na sífilis adquirida, o Espírito Santo apresentou a maior taxa do país, com 212,5 casos por 100 mil habitantes, seguido por Santa Catarina (197,4) e Acre (166,6). Nenhum estado do Nordeste ficou acima da taxa nacional.

O PRÉ-NATAL ALCANÇA, O TRATAMENTO FALHA

Os dados de 2024 revelam onde exatamente a cadeia se rompe. Entre as mães de crianças com sífilis congênita, 82,8% fizeram pré-natal e 58,1% foram diagnosticadas ainda durante a gestação. Ainda assim, 85,7% delas tiveram tratamento inadequado ou não realizado. O sistema encontrou essas mulheres, testou essas mulheres, e mesmo assim não conseguiu tratá-las a tempo.

Outro dado explica parte da persistência: em 2024, apenas 34,6% das parcerias sexuais das gestantes com sífilis foram tratadas. Sem o tratamento do parceiro, a gestante tratada é reinfectada e o ciclo recomeça.

O Ministério da Saúde calcula ainda o percentual de evitabilidade da sífilis congênita, que em 2024 foi de 72,8% no Brasil. Ou seja, quase três em cada quatro casos poderiam ter sido evitados com diagnóstico e tratamento oportunos. No Nordeste, esse percentual cai para 61,6%.

Um problema que o Brasil já resolveu uma vez, e deixou voltar

Entre 2014 e 2017, o Brasil viveu uma grave crise de desabastecimento de penicilina benzatina, o medicamento de escolha para tratar sífilis em gestantes. Em 2016, um levantamento do próprio Ministério da Saúde indicou que **60,7% dos estados** relatavam falta do medicamento. A causa apontada por fabricantes foi a escassez mundial de matéria-prima, agravada pelo baixo interesse comercial da indústria farmacêutica em produzir um insumo tão barato. A crise só começou a ser controlada quando o Ministério da Saúde passou a centralizar as compras em 2016, entregando 2.175.000 frascos-ampola de penicilina benzatina entre 2016 e setembro de 2017.

POR QUE ISSO É RELEVANTE PARA AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

A crise da penicilina é, ao mesmo tempo, um caso de doença negligenciada e de insumo negligenciado: um medicamento descoberto há quase um século, barato e eficaz, ficou indisponível justamente por não gerar lucro suficiente para sustentar sua produção em escala. É o mesmo padrão econômico que atinge o benznidazol da doença de Chagas e outros medicamentos tratados nesta apostila. Do lado positivo, desde 2022 a sífilis congênita vem caindo no país, com 2.677 casos a menos em três anos, e os óbitos caíram 7,7% entre 2023 e 2024.

O que o MNDN defende

- ✓ Estoque estratégico permanente de penicilina benzatina, monitorado publicamente, para que uma nova crise de desabastecimento não se repita;
- ✓ Ampliação do rastreamento de sífilis no pré-natal, com teste rápido disponível em toda a Atenção Primária e tratamento no mesmo dia da testagem, já que 27,4% das gestantes ainda são diagnosticadas apenas no terceiro trimestre ou no momento do parto;
- ✓ Investigação e tratamento do parceiro sexual como parte obrigatória do protocolo, hoje uma das principais causas de reinfecção da gestante, com apenas 34,6% das parcerias tratadas em 2024;
- ✓ Inclusão explícita da sífilis nas metas de verticalização produtiva da Lei nº 14.977/2024, para reduzir a dependência de poucos fabricantes do insumo farmacêutico ativo da penicilina;
- ✓ Prioridade territorial para os estados com maior taxa de sífilis congênita, hoje liderados por Tocantins, Rio de Janeiro e Amapá.



PARASITA • TRYPANOSOMA CRUZI

Doença de Chagas

De 1,9 a 4,6 milhões de brasileiros infectados, a maioria sem saber. A doença de Chagas é causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, descrito em 1909 pelo médico sanitарista Carlos Chagas. Historicamente associada à picada do inseto triatomíneo, popularmente chamado de barbeiro, a doença mudou de perfil nas últimas décadas: hoje, a maior parte dos casos agudos confirmados no Brasil nasce da transmissão oral, por meio de açaí, caldo de cana e outros alimentos processados de forma artesanal sem vigilância sanitária adequada.

1,9 a 4,6 mi

Pessoas estimadas como infectadas pelo *T. cruzi* no Brasil

30%

Dos casos crônicos evoluem para comprometimento cardíaco (cardiomiopatia chagásica)

94,6%

Dos casos agudos notificados entre 2010 e 2023 ocorreram na Região Norte

79,5%

Dos casos agudos do país concentrados apenas no Pará

5.460

Casos de Chagas crônica notificados no primeiro ano de notificação (jan/2023 a jan/2024)

Onde a doença mais atinge o país

Na forma aguda, o Pará concentra a esmagadora maioria dos casos do país, associados à sazonalidade da safra do açaí. Na forma crônica, recém-incluída na notificação compulsória, Minas Gerais lidera com 2.355 casos notificados no primeiro ano, seguido pela Bahia, com 1.697 casos. A Bahia mantém, ainda, focos residuais do inseto *Triatoma infestans*, historicamente associado à transmissão domiciliar mais intensa da doença no país. Episódios recentes de transmissão oral fora da Amazônia, como o surto de caldo de cana em Ibititá, na Bahia, em 2025, mostram que o risco de transmissão alimentar não é exclusividade da região amazônica.

Desafios enfrentados por quem convive com a doença

- A maioria das pessoas infectadas não sabe que tem a doença, porque a infecção costuma ocorrer décadas antes de qualquer sintoma cardíaco aparecer.
- Baixo financiamento de pesquisa para novos medicamentos e dispositivos cardíacos para quem já desenvolveu cardiomiopatia chagásica, segundo cardiologistas brasileiros.
- O benznidazol, principal ferramenta terapêutica do país, é uma tecnologia de décadas, e o investimento em alternativas mais modernas não acompanhou a carga da doença.
- Vigilância sanitária insuficiente sobre o processamento artesanal de açaí, caldo de cana e outros alimentos de risco.

O que o MNDN defende

- ✓ Vigilância sanitária alimentar tratada como política de saúde infecciosa, e não apenas como fiscalização de rotina;
- ✓ Testagem ativa em gestantes de áreas de risco, para interromper a transmissão congênita;
- ✓ Financiamento de pesquisa em cardiomiopatia chagásica proporcional à carga real da doença;
- ✓ Transparência sobre os resultados da campanha nacional "Ajude-nos a saber quanto somos e aonde estamos", lançada em 2023;
- ✓ Continuidade da melhoria habitacional em áreas com foco residual de triatomíneos, sustentando a conquista histórica do controle vetorial doméstico.



PROTOZOÁRIO · LEISHMANIA SPP.

Leishmanioses

A letalidade sobe mesmo com queda no número de casos. As leishmanioses são causadas por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidos pela picada do mosquito-palha. No Brasil, existem duas formas principais: a leishmaniose tegumentar, que afeta pele e mucosas, e a leishmaniose visceral, ou calazar, forma grave que ataca órgãos internos e pode ser fatal sem tratamento. O cão doméstico funciona como reservatório urbano da doença, o que torna o tema, ao mesmo tempo, uma questão de saúde humana, animal e ambiental.

NÚMEROS NACIONAIS, 2007 A 2024

50.372

Casos de leishmaniose visceral registrados entre 2007 e 2024

3.944

Óbitos por leishmaniose visceral no mesmo período, letalidade média de 7,03%

9 a 10%

Letalidade em vários períodos recentes, mesmo com queda no número de casos desde 2017

13 mil

Casos de leishmaniose tegumentar em 2023, concentrados no Pará e no Amazonas

Onde a doença mais atinge o país

As regiões Nordeste e Norte concentram o maior número de casos de leishmaniose visceral, com o Maranhão como líder histórico das notificações desde 2013. Na forma tegumentar, entre 2013 e 2022, os estados com mais casos foram Pará (17,8%), Mato Grosso (11,6%), Bahia (11,0%), Maranhão (8,4%) e Amazonas (8,3%). A doença, historicamente rural, vem se urbanizando em cidades como São Luís, Fortaleza, Teresina, Petrolina, Juazeiro, Montes Claros e Campo Grande, acompanhando o desmatamento e a expansão urbana desordenada.

O debate sobre a eutanásia de cães

A Organização Mundial da Saúde recomenda três frentes de controle: eliminação do inseto vetor, tratamento dos casos humanos e eliminação dos reservatórios caninos soropositivos. O Brasil adota, há décadas, a eutanásia profilática de cães infectados como política sanitária oficial, prática que enfrenta contestação crescente da própria comunidade científica. Especialistas apontam que eliminar o cão não elimina o protozoário, que pode se adaptar a outros hospedeiros, e que, desde 2016, existe nota técnica federal autorizando o tratamento de cães infectados, embora a eutanásia continue sendo a prática mais comum nos municípios. Avanços recentes incluem a distribuição de coleiras impregnadas com inseticida e a chegada da miltefosina, primeiro medicamento oral para a forma tegumentar.

O que o MNDN defende

- ✓ Substituir a eutanásia por tratamento e prevenção como regra, não como exceção dependente de cada gestor municipal;
- ✓ Investir em vigilância ambiental integrada, cruzando dados de desmatamento e expansão urbana com o mapeamento de novos focos da doença;
- ✓ Fortalecer programas de posse responsável, castração e vacinação animal como política de saúde pública, e não apenas como pauta de bem-estar animal;
- ✓ Enfrentar os determinantes sociais, desnutrição, moradia precária e saneamento, que agravam a letalidade entre quem adoece;
- ✓ Investigar por que a letalidade subiu nos últimos anos mesmo com a queda no número absoluto de casos.



VERME · SCHISTOSOMA MANSONI

Esquistossomose

O mapa da doença é o mapa do esgoto. A esquistossomose é causada pelo verme *Schistosoma mansoni* e transmitida exclusivamente pelo contato com água doce contaminada por caramujos infectados. Não se transmite de pessoa para pessoa. O ciclo começa quando fezes humanas contaminadas chegam a rios, córregos ou lagoas sem tratamento de esgoto, o que faz da doença um indicador direto da qualidade do saneamento de um território.

1,5 milhão

Pessoas em áreas de risco no Brasil, segundo o Ministério da Saúde

19

Unidades federativas com transmissão registrada, sendo 8 com áreas endêmicas

423.117

Casos detectados pelo SISPCE entre 2009 e 2019

3,22%

Positividade média dos exames em 2019, queda em relação a 5,20% em 2009

Onde a doença mais atinge o país

As áreas endêmicas compreendem Alagoas, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Espírito Santo e Minas Gerais, este último com predominância no norte do estado. Minas Gerais concentra o maior número absoluto de casos do país, respondendo por 79,3% dos casos do Sudeste na última década. Em outros nove estados, incluindo Pará, Maranhão, Piauí, Ceará e São Paulo, a transmissão é focal, restrita a pontos específicos.

O retrato do saneamento por trás da doença

O Censo Demográfico 2022 do IBGE mostra que 49 milhões de brasileiros, 24,3% da população, ainda dependiam de soluções precárias de esgotamento sanitário. Só a fossa rudimentar era o destino do esgoto de 19,4% da população, e 3.505 municípios, mais da metade dos 5.570 do país, tinham menos da metade da população atendida por coleta de esgoto.

O que o MNDN defende

- ✓ Integrar metas de eliminação de doenças com metas de universalização do saneamento, hoje tratadas em ministérios e orçamentos separados;
- ✓ Fortalecer o Programa de Controle da Esquistossomose, com busca ativa e exames de rotina, para evitar que os casos só apareçam quando já graves;
- ✓ Priorizar investimento em saneamento pela vulnerabilidade indicada no Censo, e não por facilidade política;
- ✓ Valorizar Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, que conhecem os territórios e alcançam as famílias.



VERMES DE TRANSMISSÃO PELO SOLO

Geo-helmintíases

Uma meta de eliminação para 2030 sem sistema de vigilância. Geo-helmintíases são infecções causadas por vermes que passam parte do ciclo de vida no solo: a ascaridíase (lombriga), a ancilostomíase (amarelão) e a tricuriase. Transmitem-se pelo contato com solo contaminado por fezes humanas, seja por ingestão, seja por penetração pela pele, ao andar descalço. Afetam de forma desproporcional crianças em idade escolar, causando anemia, desnutrição e comprometimento do desenvolvimento cognitivo.

36,5%

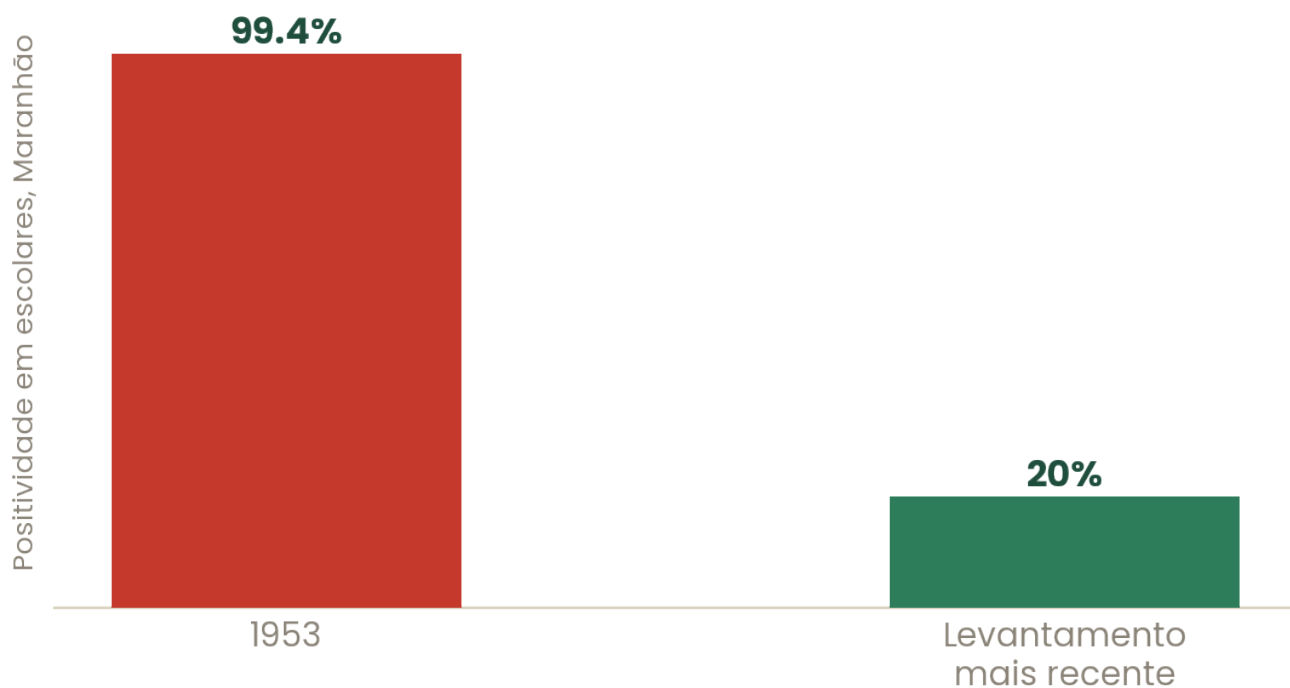
De crianças com um ou mais geo-helminthos em dez municípios de baixo IDH do Norte e Nordeste

45,7%

Positividade na zona rural desses municípios, contra 32,2% na zona urbana

49 milhões

Brasileiros com esgotamento sanitário precário (Censo 2022)



Queda histórica na positividade de geo-helminthiasis entre escolares no Maranhão, do primeiro levantamento (1953) ao inquérito nacional mais recente.

Um problema que o próprio país reconhece: a falta de vigilância

Diferente da esquistossomose, que conta com o SISPCE, ou da tuberculose e hanseníase, de notificação compulsória, as geo-helminthíases não têm sistema de vigilância de rotina no Brasil. O país assumiu, diante da OMS e da ONU, a meta de eliminá-las como problema de saúde pública até 2030, mas não dispõe de indicador nacional atualizado que permita medir se está se aproximando ou se afastando dessa meta. O estudo mais completo disponível, o Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose e Geo-helminthoses, da Fiocruz Minas, teve baixa adesão em Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul, entre 19% e 37% do previsto, comprometendo a representatividade nesses estados.

O que o MNDN defende

- ✓ Criação de vigilância de rotina para geo-helminthíases, com indicador nacional atualizado e desagregado por território;
- ✓ Retomada de inquéritos periódicos, com adesão garantida em todas as unidades da federação;
- ✓ Priorização do investimento em saneamento pela vulnerabilidade já identificada pelo Censo, sobretudo em municípios de baixo IDH;
- ✓ Integração entre desparasitação escolar e saneamento, para que tratar uma criança não signifique devolvê-la ao mesmo solo contaminado meses depois.



VERME • WUCHERERIA BANCROFTI

Filariose Linfática

Eliminada como problema de saúde pública, mas o esgoto continua a céu aberto. A filariose linfática, popularmente chamada de elefantíase, é causada pelo verme *Wuchereria bancrofti* e transmitida pelo mosquito *Culex quinquefasciatus*, que se reproduz especificamente em água parada e poluída, valas de esgoto exposto e fossas. Em setembro de 2024, a OMS reconheceu a eliminação da filariose linfática no Brasil como problema de saúde pública, com entrega oficial do certificado em cerimônia na OPAS, em Brasília, em novembro do mesmo ano. O Brasil tornou-se o vigésimo país do mundo a alcançar esse status, resultado de um trabalho iniciado em 1997.

2024

Ano da certificação internacional de eliminação da transmissão

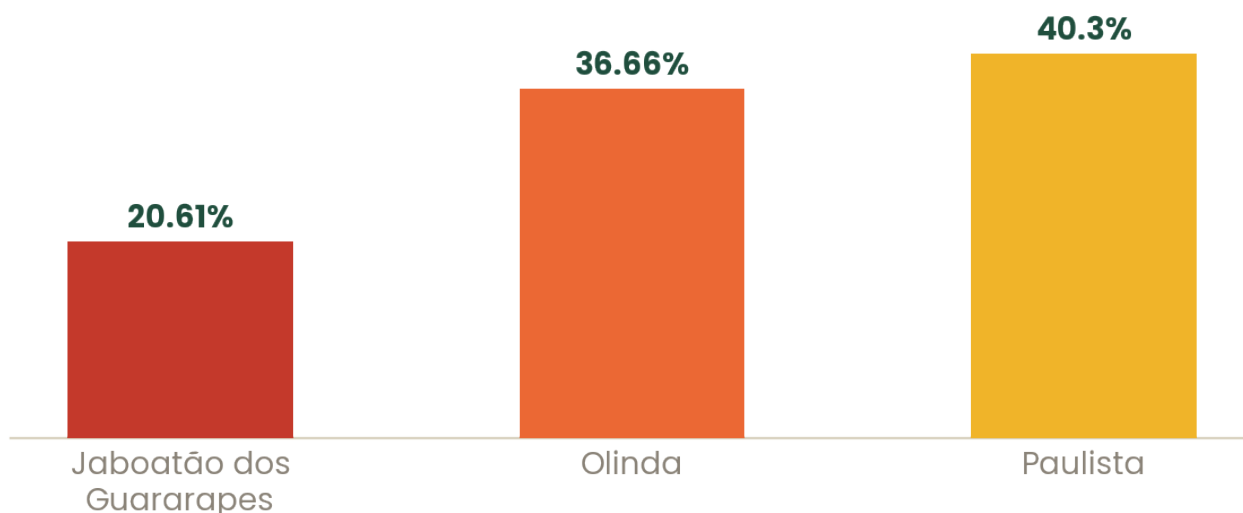
4

Cidades do último foco ativo: Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista

9

Municípios vizinhos classificados como de transmissão indeterminada

% de atendimento em esgotamento sanitário (20



Percentual de atendimento em esgotamento sanitário nos três municípios do último foco ativo de filariose linfática do país (Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico, 2024).

O que a certificação prova, e o que ela não prova

A certificação da OMS atesta a interrupção da cadeia de transmissão: ninguém mais está sendo infectado por outra pessoa infectada. Ela não atesta que o mosquito desapareceu, nem que as condições ambientais que o favorecem foram corrigidas. Dados do Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico mostram que, em 2024, Jaboatão dos Guararapes tinha apenas 20,61% de atendimento em esgotamento sanitário, Olinda 36,66% e Paulista 40,3%, os três municípios aparecendo entre os vinte piores do país no Ranking do Saneamento 2026, do Instituto Trata Brasil. Um estudo publicado na revista Pathogens, em novembro de 2024, confirmou que nove municípios vizinhos aos quatro focos históricos reúnem exatamente as condições socioambientais que favorecem o mosquito Culex, sendo classificados como área de transmissão indeterminada.

O que o MNDN defende

- ✓ Vigilância entomológica permanente e pública nos nove municípios classificados como de transmissão indeterminada;
- ✓ Investimento proporcional ao risco nesses territórios, sem esperar pela próxima estatística ruim;
- ✓ Cuidado continuado para pacientes com sequelas crônicas de filariose, mesmo após a eliminação da transmissão;
- ✓ Cumprimento do cronograma de universalização do saneamento previsto para 2033 na Região Metropolitana do Recife, com transparência pública sobre valores e prazos.



PARASITA · PLASMODIUM SPP.

Malária

Fora da Amazônia, a letalidade é 51 vezes maior. A malária é causada por parasitas do gênero Plasmodium, transmitidos pela picada da fêmea do mosquito Anopheles, que se reproduz em água parada. No Brasil, a espécie mais comum é o Plasmodium vivax, responsável por 80,3% dos casos em 2024. O Brasil registrou avanço real na região amazônica, onde a doença é endêmica, mas enfrenta um problema oficialmente reconhecido pelo Ministério da Saúde fora dela.

138.493

Casos registrados em 2024, número ligeiramente inferior a 2023

43

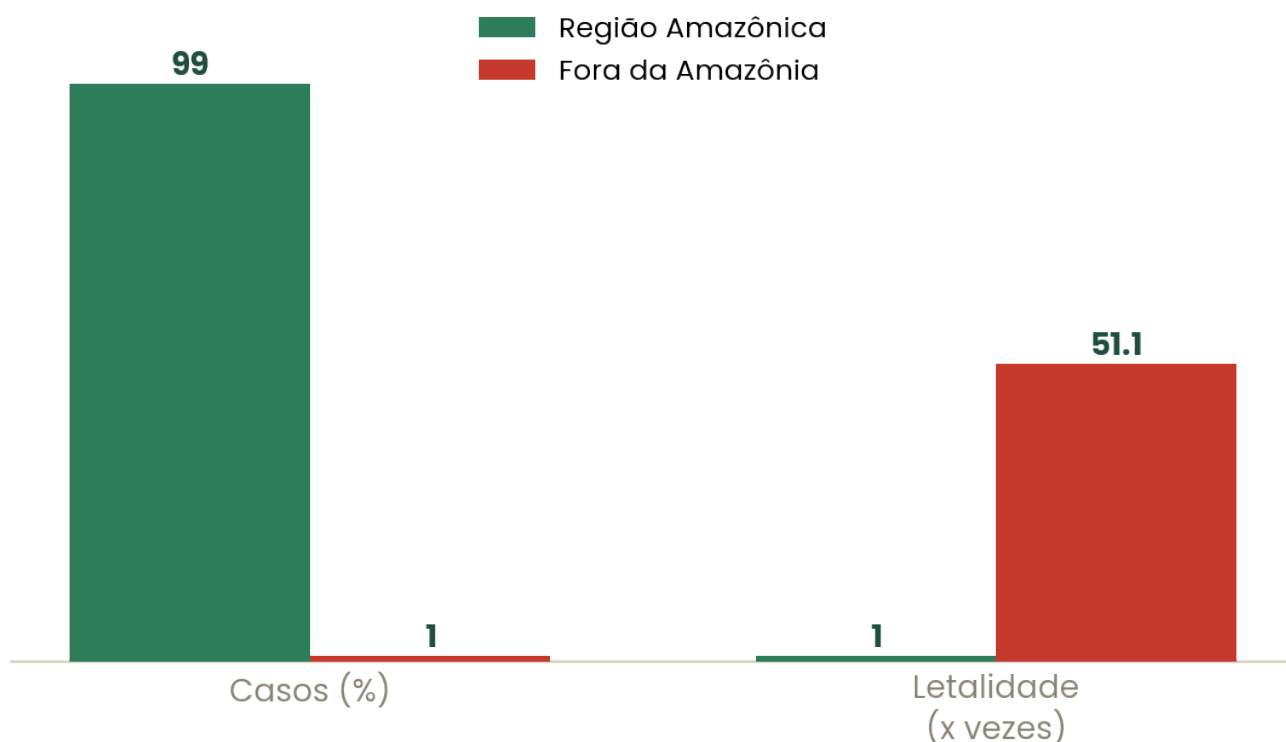
Óbitos em 2024, queda de 27% em relação a 2023

99%

Dos casos concentrados nos nove estados da Região Amazônica

51,1x

Letalidade na região extra-amazônica comparada à região amazônica



Distribuição de casos e letalidade da malária, Região Amazônica versus restante do país (dado preliminar do Ministério da Saúde, 2024).

Garimpo ilegal e desmatamento: o elo direto com o vetor

Na Terra Indígena Yanomami, os casos de malária chegaram a 404 em 2012, após ações de controle bem-sucedidas, e voltaram a subir conforme o garimpo ilegal se expandiu, chegando a mais de 25 mil casos notificados até outubro de 2023. Segundo o MapBiomás Brasil, a presença de garimpo ilegal no território Yanomami cresceu 3.350% entre 2016 e 2020. Estudos da Faculdade de Saúde Pública da USP identificaram que o maior risco de malária ocorre quando o desmatamento acumulado atinge cerca de 50% da cobertura florestal de uma área, o cenário exato que o garimpo ilegal produz: mata fragmentada, clareiras ensolaradas e água parada.

Uma resposta emergencial com resultado mensurável

Em janeiro de 2023, diante da crise humanitária na Terra Yanomami, o governo federal mobilizou um Centro de Operações de Emergência, com investimento superior a R\$ 220 milhões, 122% acima do ano anterior. A letalidade por malária entre os Yanomami caiu 35% após a ampliação da assistência, e os óbitos por desnutrição caíram 68% no primeiro semestre de 2024.

O que o MNDN defende

- ✓ Vigilância ativa em áreas não endêmicas, com protocolo claro de suspeição em viajantes e capacitação continuada de profissionais de saúde fora da Amazônia;
- ✓ Combate ao garimpo ilegal reconhecido como política de saúde pública, não apenas como pauta ambiental isolada;
- ✓ Continuidade orçamentária garantida para a resposta emergencial em territórios indígenas, sem depender de renovação política a cada governo;
- ✓ Ampliação acelerada da tafenoquina, tratamento de dose única, incluindo a versão pediátrica hoje em avaliação pela CONITEC, para todos os municípios endêmicos.



AEDES AEGYPTI · DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA, OROPOUCHE

Arboviroses

Um mosquito, quatro doenças, e a crise climática por trás de tudo. O mosquito *Aedes aegypti* transmite, sozinho, dengue, zika, chikungunya e, em contextos de reintrodução urbana, febre amarela urbana. Em 2024, o Brasil viveu o pior ano já registrado da história da dengue no país, com aumento expressivo tanto em casos quanto em óbitos em relação ao ano anterior.

6,6 milhões

Casos prováveis de dengue em 2024, alta de 300% em relação a 2023

6 mil

Óbitos confirmados em 2024, alta de 422% em relação a 2023

75%

Dos focos do *Aedes aegypti* são encontrados dentro das próprias residências

87,5%

Dos casos do 1º semestre de 2024 concentrados em MG, RJ, PR, SC, GO e DF

Casos prováveis de dengue

6.6M

1.65M

2023

2024

Óbitos confirmados por dengue

6.000

1.150

2023

2024

Casos prováveis e óbitos confirmados por dengue no Brasil, 2023 comparado a 2024 (Boletim Epidemiológico, Ministério da Saúde).

A crise climática redesenhando o mapa do mosquito

O Ministério da Saúde reconhece, em publicação técnica oficial, que as mudanças climáticas favorecem diretamente a expansão do *Aedes aegypti* pelo território brasileiro. Temperaturas mais altas aceleram o ciclo de vida do mosquito e ampliam sua sobrevivência em regiões antes consideradas frias demais para ele. O Sul do Brasil é o exemplo mais concreto dessa mudança em curso, com crescimento significativo de casos em áreas historicamente pouco afetadas. Segundo o Observatório do Clima, sem redução das emissões de gases-estufa, a densidade do *Aedes aegypti* pode crescer 31% até 2080; com ação climática efetiva, esse crescimento fica limitado a 11%.

O que mudou na resposta: vacina e Wolbachia

A vacina Qdenga (TAK-003) foi incorporada ao SUS em 21 de dezembro de 2023, e a vacinação começou de forma escalonada a partir de fevereiro de 2024, com aquisição inicial de cerca de 5,08 milhões de doses previstas para aplicação ao longo do ano, segundo o fabricante. O método Wolbachia, que substitui gradualmente a população selvagem de mosquitos por uma população que não transmite mais o vírus, é apontado como uma das medidas mais promissoras de resposta estrutural. Em 2024, a febre do Oropouche, transmitida por um vetor diferente, passou a ser testada sistematicamente, com quase 3 mil casos identificados até janeiro de 2025, 95% concentrados no Espírito Santo.

O que o MNDN defende

- ✓ Saneamento e abastecimento regular de água como política antivetorial, e não apenas como agenda de infraestrutura desconectada da saúde;
- ✓ Planejamento climático de longo prazo nas políticas de combate ao *Aedes*, incorporando as projeções científicas já disponíveis;
- ✓ Prioridade explícita para o Sul do país, região historicamente despreparada para arboviroses que agora enfrenta expansão real do vetor;
- ✓ Ampliação acelerada do método Wolbachia, com transparência sobre os critérios de priorização entre municípios;
- ✓ Vigilância multivetor, incluindo doenças emergentes como a febre do Oropouche, sem repetir anos de subnotificação.



A doença que cega em silêncio, e o Brasil não sabe dizer quantas pessoas ainda têm. O tracoma é uma infecção ocular crônica causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*, considerada pela OMS a principal causa infecciosa de cegueira evitável do planeta. A doença não cega de uma vez: cega devagar, por reinfecção repetida, geralmente entre os 30 e os 40 anos de idade, embora a infecção tenha começado na infância. A transmissão depende, em suas três formas, da ausência de água disponível para lavar o rosto.

5,1%

Prevalência de tracoma ativo entre escolares no inquérito nacional de 2002-2007, acima do limite de eliminação da OMS (5%)

119.531

Alunos examinados em 2.270 escolas de 1.156 municípios de baixo IDH

2018

Início do processo de validação da eliminação junto à OMS, ainda em curso

Uma lacuna de dado que a própria reportagem do MNDN aponta

Não existe, até o momento, um número nacional atualizado e de fonte primária que substitua o levantamento de 2002 a 2007. O processo de validação de eliminação, iniciado em 2018 seguindo o protocolo do Global Trachoma Mapping Project da OMS, já dura mais de sete anos e ainda não foi concluído em todos os territórios, especialmente entre populações indígenas, historicamente com alguns dos índices mais altos de tracoma do país. Em 2024, a OPAS e o governo do Canadá iniciaram projeto de eliminação do tracoma nas Américas, com primeira etapa no Distrito Sanitário Especial Indígena Tocantins, examinando 3.123 pessoas.

A estratégia SAFE: metade dela é obra pública

A OMS recomenda a estratégia SAFE: cirurgia para casos graves, antibióticos para casos ativos, higiene facial e melhoria ambiental. As duas últimas frentes não dependem de médico, remédio ou hospital: dependem de água encanada nas escolas e nas casas, e de saneamento básico.

O que o MNDN defende

- ✓ Água na escola tratada como política de saúde, e não apenas de educação, enquanto banheiros e pias escolares não tiverem água encanada regular;
- ✓ Prazo público e recursos garantidos para os territórios indígenas ainda não cobertos pelos inquéritos de validação;
- ✓ Divulgação de um número nacional atual de prevalência de tracoma, com a mesma transparência usada para tuberculose e hanseníase;
- ✓ Vigilância permanente mesmo após uma eventual certificação de eliminação, para que o tracoma não retorne pela via que sempre usou: a falta de água.



As doenças reunidas nesta apostila têm agentes causadores diferentes, bactérias, vírus, protozoários e vermes, mas compartilham a mesma raiz: infraestrutura que falta, renda que falta, e distância entre o remédio, que quase sempre é gratuito, e a pessoa que precisa dele. Com base no levantamento apresentado nos capítulos anteriores, o MNDN formula as seguintes recomendações às instâncias de governo responsáveis pela formulação e execução de políticas de saúde no Brasil.

Recomendações transversais

- Integração orçamentária real entre as metas de eliminação de doenças do programa Brasil Saudável e as metas de universalização do saneamento básico, hoje tratadas em ministérios separados sem coordenação territorial visível.
- Publicação de indicadores nacionais atualizados e desagregados por estado e por município para todas as doenças tratadas nesta apostila, incluindo aquelas hoje sem sistema de vigilância de rotina, como as geo-helminthiases e o tracoma.
- Priorização orçamentária por vulnerabilidade social, e não por conveniência política, usando os próprios dados do Censo, do IBGE e dos boletins do Ministério da Saúde já disponíveis.
- Fortalecimento de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, reconhecidamente a força de trabalho que alcança as famílias em territórios de difícil acesso.
- Enfrentamento explícito das desigualdades raciais no acesso à saúde e ao saneamento, documentadas pelo próprio Ministério da Saúde e pelo IBGE em praticamente todas as doenças desta apostila.
- Garantia de participação social efetiva das pessoas afetadas, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil na formulação, no monitoramento e na avaliação de todas as políticas aqui tratadas.

Recomendações por área prioritária

Área	Recomendação prioritária
Hanseníase	Reavaliação transparente da SDR-PEP pela CONITEC; ação territorializada em Mato Grosso e Tocantins
Tuberculose	Cuidado sem exigência de endereço fixo para pessoas em situação de rua; proteção social integrada ao tratamento
Sífilis	Estoque estratégico permanente de penicilina benzatina; rastreamento universal no pré-natal com tratamento no mesmo dia
Doença de Chagas	Vigilância sanitária do processamento artesanal de alimentos; testagem ativa em gestantes de áreas de risco
Leishmanioses	Substituição da eutanásia canina por tratamento e prevenção como regra nacional
Esquistossomose e geohelmintíases	Retomada de inquéritos nacionais periódicos e vigilância de rotina desagregada por território
Filariose linfática	Vigilância entomológica permanente nos nove municípios de transmissão indeterminada no Recife
Malária	Combate ao garimpo ilegal como política de saúde pública; continuidade orçamentária em territórios indígenas
Arboviroses	Planejamento climático de longo prazo; ampliação do método Wolbachia e da vacina Qdenga
Tracoma	Água encanada nas escolas como política de saúde; conclusão dos inquéritos em territórios indígenas



"As doenças negligenciadas não começam no consultório nem terminam no medicamento. Elas têm origem nas condições em que as pessoas vivem. Quando falamos em eliminar essas doenças, estamos falando de saneamento básico, água tratada, coleta de lixo, tratamento de esgoto, moradia digna, educação em saúde e redução das desigualdades."

Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas

O MNDN coloca esta apostila à disposição do Ministério da Saúde, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, das comissões de saúde da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, e dos conselhos estaduais e municipais de saúde, como subsídio técnico para o debate público e para a formulação de políticas capazes de transformar experiências de vida em justiça social e saúde para todos.



Glossário Epidemiológico

Esta apostila usa termos técnicos da vigilância epidemiológica ao longo de todos os capítulos. Para que gestores, lideranças comunitárias e qualquer pessoa leitora consigam interpretar os dados com precisão, reunimos aqui as definições dos termos mais recorrentes.

Incidência

Número de casos novos de uma doença que surgem numa população, em um período determinado. É a medida usada para saber se uma doença está crescendo ou diminuindo.

Prevalência

Número total de casos de uma doença numa população num dado momento, incluindo casos antigos e novos. Diferente da incidência, mostra o "estoque" de doença acumulado.

Letalidade

Proporção de pessoas que morrem entre as que adoecem de uma doença específica. Uma doença pode ter poucos casos e ainda assim alta letalidade, como mostra o capítulo de leishmanioses desta apostila.

Endemia / doença endêmica

Presença constante e esperada de uma doença numa determinada região, diferente de um surto ou epidemia, que é um aumento anormal e temporário de casos.

Notificação compulsória

Obrigação legal de médicos e serviços de saúde informarem ao governo a ocorrência de determinadas doenças, para permitir vigilância e resposta rápida.

Doença negligenciada

Doença que afeta principalmente populações pobres e que, por isso, recebe pouco investimento em pesquisa, diagnóstico e tratamento por parte do mercado privado.

Determinantes sociais da saúde

Condições de vida, moradia, renda, saneamento e educação que influenciam diretamente o risco de uma pessoa adoecer, independentemente de fatores biológicos.

Vigilância entomológica

Monitoramento contínuo da presença e do comportamento de insetos transmissores de doenças (vetores), como mosquitos e triatomíneos, numa região.



Boletins e páginas oficiais do Ministério da Saúde

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico de Hanseníase, Número Especial, janeiro de 2025 (dados 2014–2023) e janeiro de 2026 (dados 2015–2024). gov.br/saude.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVSA/DATHI. Boletim Epidemiológico de Tuberculose, Número Especial, março de 2024 e março de 2025. gov.br/saude e gov.br/aids.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVSA. Boletim Epidemiológico de Sífilis, Número Especial, outubro de 2024 e outubro de 2025. gov.br/saude e gov.br/aids.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVSA. Boletim Epidemiológico, Doenças Tropicais Negligenciadas no Brasil, Número Especial, janeiro de 2024 (morbimortalidade 2016–2020) e janeiro de 2025 (impacto em crianças, 2010–2023). gov.br/saude.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVSA. Boletim Epidemiológico, Volume 55, nº 8, doença de Chagas crônica, 16 de abril de 2024. gov.br/saude.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVSA. Boletim Epidemiológico, Volume 55, nº 11, monitoramento de arboviroses e balanço do COE Dengue 2024. gov.br/saude.

BRASIL. Ministério da Saúde, SVSA. Boletim Epidemiológico, Volume 55, nº 14, dados do Sivep-Malária, 2023–2024. gov.br/saude.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Chagas, Situação Epidemiológica; Leishmaniose Visceral, Situação Epidemiológica; Esquistossomose; Tracoma; Filariose Linfática (Elefantíase); páginas institucionais de dados epidemiológicos. gov.br/saude.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Leishmanioses, setembro de 2024. Nota Técnica nº 15/2024-CGHDE/DEDT/SVSA/MS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Especial de Doença de Chagas, Territorialização e Vulnerabilidade para Doença de Chagas Crônica, número especial, abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Como as Mudanças Climáticas Estão Favorecendo a Disseminação do *Aedes aegypti*, fevereiro de 2025; Brasil Reduz 26% dos Casos de Malária no Primeiro Trimestre de 2025, abril de 2025; A Malária Termina Conosco, Dia Mundial da Malária, 25 de abril de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 14/2025-CGFAM/DPNI/SVSA/MS, diretrizes para vacinação contra dengue (Qdenga/TAK-003), fevereiro de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Divulga Boletim Especial sobre Hanseníase no Brasil, janeiro de 2026; Brasil Recebe Certificado pela Eliminação da Filariose Linfática, novembro de 2024; Saúde Lança Painéis para Monitorar Leishmanioses no Brasil, setembro de 2024.

BRASIL. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024, institui o Programa Brasil Saudável. Decreto nº 11.494, de 2023, institui o CIEDDS. Lei nº 14.977, de 18 de setembro de 2024, soberania farmacêutica.

CONITEC. Relatório de Recomendação, Rifampicina para Quimioprofilaxia Pós-Exposição na Hanseníase, Brasília, 2020.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS, SENADO FEDERAL. Audiência Pública sobre o Desabastecimento de Penicilina no Sistema Único de Saúde, 2015.

ARAUJO, R. S.; SOUZA, A. S. S.; BRAGA, J. U. A Quem Afetou o Desabastecimento de Penicilina para Sífilis no Rio de Janeiro, 2013-2017? Revista de Saúde Pública, USP, v. 54, 2020.

IBGE e organizações internacionais

IBGE. Censo Demográfico 2022, Características dos Domicílios, resultados do universo, divulgado em 23 de fevereiro de 2024. Agência IBGE Notícias.

IBGE. PNAD Contínua 2022, Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores. Agência IBGE Notícias.

ABDALA, Vitor. Sistema de esgoto adequado é acessado por 3 em cada 4 brasileiros. Agência Brasil, 23 de fevereiro de 2024 (dados regionais de esgotamento adequado por Censo 2022, IBGE).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Report 2024; Global Leprosy (Hansen Disease) Strategy 2021-2030; Ending the Neglect to Attain the Sustainable Development Goals, A Road Map for Neglected Tropical Diseases 2021-2030. Genebra, WHO.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Roteiro para Doenças Tropicais Negligenciadas 2021-2030; comunicado de eliminação da filariose linfática no Brasil, 1º de outubro de 2024.

Estudos científicos e institucionais

LAPORTA, G. Z. et al. Estimation of Prevalence of Chronic Chagas Disease in Brazilian Municipalities. Revista Panamericana de Salud Pública, 2024.

NEVES, C. R. A. et al. Análise Epidemiológica da Doença de Chagas Aguda no Brasil (2010–2023). Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2025.

KATZ, N. (coord.). Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helminthoses. Fiocruz Minas, Instituto René Rachou.

XAVIER, A.; BONFIM, C.; CANTALICE, P. et al. Culex quinquefasciatus Density Associated with Socioenvironmental Conditions in a Municipality with Indeterminate Transmission of Lymphatic Filariasis in Northeastern Brazil. Pathogens, v. 13, n. 11, 2024.

CHAVES, L. S. M. Estudo de doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP, PLOS One, 2021; LAPORTA, G. Z. Scientific Reports, 2021, desmatamento e risco de malária.

GUIDONI, L. M. et al. Pesquisa Nacional de Custos Catastróficos de Pessoas com Tuberculose no Brasil. UFES, 2021.

SALDANHA, C.; SILVA, E. G.; VILANI, R. O Uso de um Instrumento de Política de Saúde Pública Controverso, a Eutanásia de Cães Contaminados por Leishmaniose no Brasil. Icti/Fiocruz.

Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Duas Décadas de Leishmaniose Visceral no Brasil; Novo Perfil da Doença de Chagas Coloca a Transmissão Oral no Centro da Resposta em Saúde Pública, 2025.

Instituto Trata Brasil, GO Associados. Ranking do Saneamento 2026, 18ª edição.

Observatório do Clima. Sem Ação Climática, Brasil Terá 30% a Mais de Mosquito da Dengue em 2080, 2025.

SciELO, Revista de Saúde Pública. Prevalência de Tracoma entre Escolares Brasileiros, v. 47, n. 3, 2013.

Reportagens do MNDN (mndnbrasil.org)

MOVIMENTO NACIONAL DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS. Série de reportagens sobre hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, leishmaniose, esquistossomose, geo-helminthoses, filariose, tracoma e arboviroses. MNDN, julho de 2026. Cada reportagem reúne, em sua própria seção de fontes, a relação completa de boletins e estudos consultados na produção original.



Vozes da Luta

*Há, são as doenças negligenciadas, aquelas tão faladas.
Vejo poucos que fazem alguma coisa, muitos não fazem nada,
mas mesmo assim os poucos que fazem, fazem uma diferença danada.*

*Dá trabalho, faz parte da escalada.
É o aprimoramento, abrimos fronteiras, estamos passando,
mas ninguém vai adiante sozinho, unindo forças e chamando
para remar no mesmo barco.*



*A hanseníase é esquisita, passa por problemas,
é algo que limita, mas não impossibilita.
Demos de cara com a doença esquisita.*



*Junto com ela tem suas amigas.
A tuberculose é algo que intriga, também amiga da doença esquisita.
Estão sempre juntas: uma passa fome, outra se mascara pelas ruas.
Visíveis apenas para aqueles que estão na luta pela sua sobrevivência.
Mas a vida continua. Invisível é a prima da esquisita e da intrigante.*



A dona Chagas vive por aí, aproveitando-se do conforto que o pessoal oferece ao senhor barbeiro.
No meio do adobe e do pau a pique, ele é o hospedeiro.
Mas que hotel é esse que está largado?
Precisa de uma boa moradia e saneamento básico.



Felizmente, para os descontentes, a família só aumenta.
Dona filariose, que só entende de dor, daquelas que o pessoal sofre.
O mosquitinho nem liga para isso. Se tem lixo, se tem esgoto, ele está no paraíso.
Chama todos os seus amigos, como um bando faminto.

Parece até uma realidade paralela, mas as doenças falam por elas mesmas.
O cenário da vulnerabilidade está escancarado.
Vaidade é não ver o invisível e achar que tudo flui com naturalidade.

JOÃO VICTOR PACHECO FÓS KERSUL DE CARVALHO

Autor da poesia, Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas



PARA CONTATO E VERIFICAÇÃO

Identificação Institucional

Campo	Informação
Nome	Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas, MNDN
CNPJ	59.935.301/0001-50
Fundação	30 de janeiro de 2024, em Brasília/DF
Sede	Rua Monte das Oliveiras, nº 104, Bairro Real Parque, Cuiabá, Mato Grosso
Autor deste documento	Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas (MNDN)
Coordenação do levantamento, organização de dados e montagem	João Victor Pacheco Fós Kersul de Carvalho
Site	www.mndnbrasil.org
Contato	mndn2024@gmail.com , (65) 98467-1194

Esta apostila é um documento vivo. Novas edições poderão incorporar dados mais recentes, novas doenças e atualizações de política pública, sempre com a mesma transparência metodológica descrita na abertura deste documento.



Movimento Nacional das Doenças Negligenciadas

Luta, Consciência e Ação por um Brasil sem Doenças Negligenciadas

- Participação social e controle social
- Educação popular em saúde
- Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Incidência política e advocacy
- Direitos humanos e enfrentamento das desigualdades sociais

CNPJ: 59.935.301/0001-50

Rua Monte das Oliveiras, nº 104, Bairro Real Parque, Cuiabá, Mato Grosso

mndn2024@gmail.com · (65) 98467-1194

www.mndnbrasil.org · Instagram: @mndn.2024