



Desigualdades em Saúde e Políticas Afirmativas: Análise das Estratégias Coletivas Voltadas à População Negra e Indígena

Gislleny Vidal¹, Dália Passos Sousa², Luan Cruz Barreto³, Jessica Cristina da Silva Lucas⁴, Barbara Silva Andrade⁵, Pamela Nascimento Simoa da Silva⁶, Raimara Gonçalves Pereira⁷, Andresa Barros Santos⁸, Aline Pacheco Eugênio⁹, Karina da Silva Vale Yagi¹⁰



<https://doi.org/10.36557/2009-3578.2025v11n2p2016-2031>

Artigo recebido em 21 de Julho e publicado em 1 de Setembro de 2025

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

As desigualdades em saúde no Brasil expressam heranças históricas de colonialidade e racismo estrutural, refletindo-se em piores condições de vida, maiores taxas de mortalidade materna e infantil, prevalência de doenças crônicas e acesso limitado a serviços de saúde para populações negras e indígenas. Nesse contexto, políticas afirmativas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), foram instituídas como estratégias para enfrentar essas disparidades e promover cuidados culturalmente sensíveis. O objetivo desse estudo é analisar as desigualdades em saúde e discutir as políticas afirmativas voltadas à população negra e indígena, com foco nas estratégias coletivas implementadas no Brasil. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa de literatura, fundamentada na análise crítica de artigos científicos, dissertações, teses e documentos institucionais. A busca foi realizada nas bases SciELO, PubMed, LILACS, BVS e Google Scholar, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde. Foram incluídas produções em português, inglês e espanhol, sem recorte temporal restritivo, priorizando publicações das últimas duas décadas. Por meio disso, a revisão evidenciou que, embora as políticas afirmativas representem avanços significativos na formulação de diretrizes específicas, sua implementação ainda enfrenta desafios relacionados ao financiamento, à institucionalização local, à logística em territórios indígenas e ao racismo institucional. Persistem desigualdades raciais e territoriais que comprometem o acesso equitativo à saúde. Conclui-se que o fortalecimento do SUS, aliado à valorização de saberes culturais, à formação de profissionais para práticas antirracistas e à consolidação de políticas públicas efetivas, é essencial para reduzir as iniquidades e assegurar o direito universal à saúde para populações historicamente marginalizadas.

Palavras-chave: Saúde da População Negra; Saúde de Populações Indígenas; Desigualdades em Saúde; Políticas Públicas; Racismo.



Health Inequalities and Affirmative Action Policies: Analysis of Collective Strategies Aimed at the Black and Indigenous Population

ABSTRACT

Health inequalities in Brazil reflect historical legacies of colonialism and structural racism, reflected in poorer living conditions, higher maternal and infant mortality rates, the prevalence of chronic diseases, and limited access to health services for Black and Indigenous populations. In this context, affirmative action policies, such as the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) and the National Policy for Health Care for Indigenous Peoples (PNASPI), were established as strategies to address these disparities and promote culturally sensitive care. The objective of this study is to analyze health inequalities and discuss affirmative action policies targeting the Black and Indigenous population, focusing on collective strategies implemented in Brazil. To this end, a narrative literature review was conducted, based on a critical analysis of scientific articles, dissertations, theses, and institutional documents. The search was conducted in SciELO, PubMed, LILACS, BVS, and Google Scholar databases, as well as official documents from the Ministry of Health. Productions in Portuguese, English, and Spanish were included, with no restrictive timeframe, prioritizing publications from the last two decades. Through this, the review highlighted that, although affirmative action policies represent significant advances in the formulation of specific guidelines, their implementation still faces challenges related to financing, local institutionalization, logistics in Indigenous territories, and institutional racism. Racial and territorial inequalities persist, compromising equitable access to health care. The conclusion is that strengthening the Unified Health System (SUS), combined with the appreciation of cultural knowledge, the training of professionals in anti-racist practices, and the consolidation of effective public policies, is essential to reduce inequities and ensure the universal right to health care for historically marginalized populations.

Keywords: Black Population Health; Health of Indigenous Populations; Health Inequalities; Public Policies; Racism.

Titulação e Instituição afiliada – Especialização em Epidemiologia e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Espírito Santo¹; Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado de Mato Grosso²; Graduando em Fisioterapia Pelo Centro Universitário de Excelência (Unex)³; Graduada em Psicologia pela Faculdades Estácio de Teresina⁴; Graduada em Enfermagem pela UNESC⁵; Mestre em biociências pela FACAPE⁶; Mestre em Desenvolvimento Social pela Unimontes⁷; Mestranda em Educação pela Universidade Federal do Maranhão⁸; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte⁹; Mestre pela CRER

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





1. INTRODUÇÃO

As desigualdades em saúde no Brasil expressam processos históricos de colonialidade e racismo estrutural que se traduzem em piores condições de vida, adoecimento e morte para pessoas negras e povos indígenas. A literatura recente enfatiza que “raça” é uma construção social com efeitos materiais na produção de risco, acesso e qualidade do cuidado, exigindo respostas institucionais antirracistas no sistema de saúde (Macias-Konstantopoulos *et al.*, 2023; Santos, 2020).

Sob a perspectiva empírica, as disparidades em saúde são percebidas por indicadores oficiais, como no caso da mortalidade materna. Dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2022, a razão foi de 100,4 por 100 mil nascidos vivos entre mulheres pretas, 50,4 entre pardas e 46,6 entre brancas, o que destaca uma sobremortalidade materna evitável que atinge de forma mais intensa as mulheres negras (Brasil, 2023). No caso da mortalidade infantil, a taxa nacional foi de 11,9 por mil nascidos vivos em 2019. Contudo, avaliações oficiais apontam que diversos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) registraram taxas superiores a 20 mil entre 2017 e 2021, permanecendo acima da média nacional e evidenciando a persistência de desigualdades que penalizam os povos indígenas (Brasil, 2019).

No que se refere às doenças crônicas, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE, 2019) aponta prevalência de hipertensão autorreferida mais elevada entre pretos (25,8%) do que entre brancos (24,4%), demonstrando a interseção entre raça/cor e perfis de risco à saúde (Malta *et al.*, 2022). O acesso aos serviços de saúde também reproduz essas disparidades. O IBGE evidencia piores indicadores de pré-natal entre mulheres pretas e pardas, tanto pelo início tardio quanto pelo menor número de consultas realizadas. Complementarmente, painéis do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC/TabNet) do Ministério da Saúde mostram diferenças na proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, segundo raça/cor, revelando desigualdades na atenção básica e nos cuidados maternos (IBGE, 2024).

No plano internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) destaca que povos indígenas apresentam menor expectativa de vida em comparação a não indígenas um marcador sintético de iniquidade que também se verifica nas



Américas. Essa realidade evidencia que, mesmo com avanços institucionais, persistem barreiras estruturais que dificultam a efetivação do direito universal à saúde para populações historicamente marginalizadas (OPAS, 2025).

Nesse cenário, o SUS acumulou respostas afirmativas para corrigir desigualdades históricas. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi instituída pela Portaria nº 992/2009, definindo diretrizes para reconhecer o racismo como determinante social e promover equidade em todas as funções do SUS (atenção, vigilância, gestão, formação) (Brasil, 2009). Já a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi aprovada pela Portaria nº 254/2002, ancorada na criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI-SUS pela Lei nº 9.836/1999 e na organização dos DSEIs como base do modelo diferenciado de atenção. Observação importante de datação: 1999 refere-se ao SASI-SUS (Lei 9.836); a PNASPI em si foi aprovada em 2002 (Brasil, 2002).

Essas políticas dialogam diretamente com os princípios do SUS. A PNSIPN reafirma a universalidade (“acesso garantido a toda a população”), a integralidade (articulação promoção-prevenção-cuidado em todos os níveis) e a equidade (distribuir recursos e esforços conforme necessidades), explicitando seu fundamento constitucional e sua coerência com a Lei nº 8.080/1990. A PNASPI, por sua vez, integra a Política Nacional de Saúde e compatibiliza as Leis Orgânicas da Saúde à diversidade sociocultural e particularidades epidemiológicas dos povos indígenas, assegurando atenção diferenciada e participação social (Brasil, 1990; Brasil, 2013).

Apesar dos avanços, a implementação enfrenta desafios persistentes: ausência de rubrica orçamentária específica, baixa institucionalização em grande parte dos municípios (estima-se que a PNSIPN não esteja implementada em ~70% deles), fragilidades de recursos humanos e logística em territórios indígenas, além da dificuldade de transformar práticas discriminatórias nos serviços (racismo institucional) (Mendes *et al.*, 2018).

Dessa forma, compreender a saúde das populações negra e indígena sob a ótica das desigualdades estruturais permite revelar como políticas universais podem ser insuficientes para corrigir disparidades enraizadas. A abordagem afirmativa surge, então, como um caminho necessário para equilibrar o acesso e fortalecer estratégias



coletivas que reconheçam especificidades culturais e territoriais. A efetividade dessas políticas dependerá da capacidade de integrar ações locais e nacionais, respeitando as singularidades de cada grupo. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar as desigualdades em saúde e discutir as políticas afirmativas voltadas à população negra e indígena, com foco nas estratégias coletivas implementadas no Brasil.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa de literatura, modalidade de pesquisa que tem por finalidade reunir, analisar criticamente e discutir produções científicas disponíveis sobre um tema específico, sem a necessidade de protocolos rígidos de busca e seleção, como ocorre nas revisões sistemáticas (Rother, 2007). Tal abordagem possibilita ao pesquisador construir um panorama abrangente da produção acadêmica, identificando avanços, lacunas e tendências relevantes ao objeto de estudo.

Para a construção desta revisão, foram seguidas as etapas recomendadas pela literatura metodológica: (i) definição da questão norteadora; (ii) delimitação do recorte temático e temporal; (iii) seleção de descritores e bases de dados; (iv) busca, leitura exploratória e seleção das obras; (v) organização e análise crítica do material encontrado; e (vi) síntese narrativa dos principais achados.

A questão norteadora estabelecida foi: Quais são as evidências disponíveis acerca das desigualdades em saúde e das políticas afirmativas voltadas à população negra e indígena no Brasil, considerando suas estratégias coletivas de enfrentamento e promoção da equidade?

A estratégia de busca contemplou a utilização de descritores controlados do DeCS/MeSH, selecionados de acordo com a especificidade do tema: “Saúde da População Negra”, “Saúde de Populações Indígenas”, “Desigualdades em Saúde”, “Políticas Públicas”, “Determinantes Sociais” e “Racismo”. Esses termos foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, adequando-se às exigências de cada base de dados consultada.

As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS), SciELO, PubMed/MEDLINE e Google Scholar, além de documentos institucionais de



órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Foram incluídas ainda políticas e portarias relevantes, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos originais, revisões, teses, dissertações e documentos técnicos publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, que abordassem diretamente as desigualdades em saúde da população negra e indígena, bem como políticas públicas afirmativas no contexto brasileiro. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos simples de anais de eventos e publicações que não dialogassem com a temática central da pesquisa.

Não foi estabelecido um recorte temporal restritivo, uma vez que o objetivo foi contemplar tanto as bases históricas das políticas afirmativas, instituídas a partir de 1999, quanto estudos recentes, de modo a oferecer uma análise longitudinal e contextualizada. No entanto, priorizou-se a utilização de estudos publicados nas últimas duas décadas, período em que houve maior consolidação de pesquisas sobre a saúde da população negra e indígena no Brasil.

Por se tratar de uma revisão narrativa, não houve aplicação de protocolos de avaliação da qualidade metodológica das pesquisas incluídas. O enfoque esteve na síntese crítica e interpretativa, de modo a possibilitar a construção de uma análise integradora do tema, considerando aspectos históricos, sociais, culturais e epidemiológicos.

O processo de elaboração da revisão respeitou os preceitos éticos da pesquisa científica, uma vez que se utilizou exclusivamente de dados secundários de acesso público, não envolvendo contato direto com seres humanos, animais ou informações sigilosas. Dessa forma, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconiza a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Os estudos selecionados para esta revisão serão sistematicamente organizados em tópicos específicos, de modo a favorecer a clareza e a coerência da análise. Essa



divisão temática possibilitará a identificação de aspectos centrais e recorrentes em cada conjunto de produções, permitindo uma compreensão mais aprofundada das evidências disponíveis.

3.1 Desigualdades em Saúde e Determinantes Sociais

As desigualdades em saúde no Brasil refletem um processo histórico que combina exclusões sociais, econômicas e raciais, manifestando-se em diferentes contextos regionais. Viana e Iozzi (2019) destaca que a reconfiguração territorial decorrente da globalização e do neoliberalismo impactou a gestão pública e a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo trouxe consigo desafios para reduzir as iniquidades, uma vez que a descentralização e a regionalização foram concebidas para aproximar os serviços da população, mas nem sempre resultaram em acesso equitativo.

Os determinantes sociais em saúde que compreende fatores econômicos, políticos, culturais e raciais, influencia diretamente as formas de viver, adoecer e morrer. Esse fato foi visto de forma mais profunda durante o período pandêmico da COVID-19, segundo Minayo e Freire (2020) essas desigualdades mostraram que trabalhadores da saúde em posições mais vulneráveis, principalmente mulheres e negros, foram os mais afetados pela doença e pelas consequências socioeconômicas dela. Nesse sentido, a crise sanitária aprofundou disparidades já existentes, revelando a insuficiência das políticas de proteção social em contextos de vulnerabilidade.

Quanto as desigualdades raciais, elas também são percebidas em indicadores epidemiológicos, como a maior prevalência de doenças crônicas, taxas elevadas de mortalidade materna e infantil entre mulheres negras e indígenas, e maior dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade. Coimbra Jr. e Santos (2000) ressaltam que, no caso dos povos indígenas, essa realidade é agravada pela “invisibilidade epidemiológica”, decorrente da ausência de informações precisas em bases de dados oficiais. Essa lacuna dificulta a formulação de políticas públicas direcionadas, reforçando a exclusão histórica dessas populações

Chor (2013) acrescenta que, embora o SUS tenha sido concebido com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, a prática ainda revela contradições. Enquanto a universalidade é um ideal constitucional, a realidade mostra



desigualdades persistentes no acesso aos serviços. Essa disparidade reflete a permanência do racismo estrutural e institucional no sistema, que impacta desproporcionalmente a população negra e indígena, levando a maiores taxas de mortalidade e piores condições de saúde.

Outro ponto é a desigualdade em saúde que não pode ser compreendida apenas pela perspectiva socioeconômica. Embora pobreza e baixa escolaridade sejam fatores determinantes, Araújo e Ribeiro (2025) sublinha que o racismo, em suas múltiplas dimensões, é também estruturador da exclusão social. Esse fenômeno se expressa na forma como políticas públicas são formuladas e implementadas, bem como na maneira em que profissionais de saúde conduzem o cuidado aos usuários do SUS.

A literatura demonstra ainda que as desigualdades em saúde assumem diferentes intensidades conforme a região do país. Viana e Iozzi (2019) observam que a regionalização da saúde buscou responder a essas disparidades, mas esbarrou em entraves políticos e financeiros que limitaram a efetividade das redes regionais. Assim, a promessa de corrigir desigualdades territoriais transformou-se, muitas vezes, em fragmentação de políticas e dificuldades de coordenação entre os entes federados.

No contexto da pandemia, essas desigualdades tornaram-se ainda mais evidentes. Minayo e Freire (2020) apontam que a escassez de leitos de UTI e respiradores nas regiões Norte e Nordeste exemplifica a desigualdade de distribuição de recursos em comparação ao eixo Sul-Sudeste. Essa concentração de infraestrutura reforça o ciclo de exclusão, no qual populações racializadas e periféricas são as mais penalizadas em momentos de crise sanitária.

3.2 Políticas de Saúde voltadas à População Negra e Indígena

A formulação de políticas específicas para populações vulnerabilizadas representou um marco no enfrentamento das desigualdades em saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992/2009, surgiu como resposta às demandas do movimento negro e reconhece o racismo como determinante social da saúde (Brasil, 2009). Silva *et al.* (2015) enfatiza que essa política define diretrizes, objetivos e responsabilidades de gestão voltadas à melhoria das condições de saúde da população negra, articulando princípios do SUS com estratégias de combate à discriminação racial.



A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 2002, também representou avanço significativo ao criar um modelo diferenciado de atenção com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Brasil, 2002). Coimbra Jr. e Santos (2000) destacam que a PNASPI busca compatibilizar as particularidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas com os princípios do SUS, garantindo atenção integral, participação social e respeito à diversidade étnica. Contudo, alertam para os desafios de financiamento e de articulação com os municípios.

Apesar desses avanços, a implementação das políticas enfrenta entraves. Mendes *et al.* (2018) apontam que a PNSIPN ainda não está efetivamente implantada em cerca de 70% dos municípios, refletindo a fragilidade institucional e a ausência de recursos específicos. Já no caso da saúde indígena, persistem problemas de logística, falta de profissionais capacitados e precariedade na infraestrutura dos DSEIs, comprometendo a efetividade da atenção diferenciada.

Araújo e Ribeiro (2025) reforça que as políticas afirmativas em saúde, como a PNSIPN, foram conquistas importantes do movimento negro, resultado de mobilizações históricas, como a Marcha Zumbi dos Palmares, em 1995, e a III Conferência Mundial contra o Racismo, em 2001. No entanto, a falta de prioridade política e o racismo institucional têm dificultado sua plena execução, o que mantém as disparidades raciais nos indicadores de saúde.

Outro aspecto relevante é que essas políticas não se limitam ao setor saúde, mas se articulam com o Estatuto da Igualdade Racial (2010) e com os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade. Silva *et al.* (2015) ressalta que compreender essas políticas é fundamental para garantir o acesso universal às ações e serviços de saúde, sobretudo para populações historicamente marginalizadas.

Além disso, a PNASPI e a PNSIPN evidenciam a necessidade de incorporar práticas culturais e saberes tradicionais no cuidado em saúde. Coimbra Jr. e Santos (2000) destaca que a invisibilidade epidemiológica dos povos indígenas pode ser combatida por meio da valorização de práticas comunitárias e da integração entre saberes biomédicos e tradicionais, promovendo uma atenção culturalmente sensível.

A literatura mostra, portanto, que as políticas específicas representam instrumentos fundamentais para enfrentar desigualdades históricas, mas seu alcance depende da vontade política e do fortalecimento do SUS. Sem financiamento adequado



e sem estratégias de monitoramento efetivas, essas iniciativas correm o risco de permanecer apenas no plano normativo.

3.3 Saúde da População Negra como Campo de Estudos

O campo da saúde da população negra (SPN) consolidou-se no Brasil a partir das demandas de movimentos sociais e de pesquisadores engajados na luta contra o racismo. Coelho e Campos (2024) mostram que, nas últimas três décadas, houve um aumento expressivo na produção científica sobre SPN, sobretudo em estudos interdisciplinares que articulam saúde coletiva, epidemiologia, ciências sociais e políticas públicas. Esse crescimento aponta para a consolidação de um campo de estudos ainda em desenvolvimento, mas de grande relevância social.

Apesar do avanço recente, a literatura destaca que, historicamente, a variável raça/cor foi negligenciada nas pesquisas em saúde. Chor (2013) observa que, por muito tempo, prevaleceu no Brasil uma visão de “democracia racial” que mascarava a existência de desigualdades. Essa postura resultou em escassez de investigações empíricas sobre os efeitos do racismo na saúde, dificultando a formulação de políticas públicas fundamentadas em evidência.

Coelho e Campos (2024) ressaltam que a emergência do campo SPN está vinculada à mobilização de mulheres negras, que tiveram papel central na formulação de reivindicações e na construção da PNSIPN. A produção científica sobre o tema, embora incipiente em décadas anteriores, cresceu em diversidade temática, abrangendo desde doenças crônicas não transmissíveis até violências estruturais que afetam a saúde da população negra

Araújo e Ribeiro (2025) reforçam que o movimento negro foi fundamental para articular saberes acadêmicos e práticas sociais, transformando a luta política em produção científica. A partir da Marcha Zumbi dos Palmares e de conferências internacionais, fortaleceu-se a ideia de que a saúde da população negra deveria constituir uma área específica de estudo e intervenção, culminando na aprovação da PNSIPN em 2009.

Além disso, a produção acadêmica tem buscado demonstrar como o racismo opera como determinante social da saúde. Nota-se que desigualdades raciais persistem mesmo quando controladas por variáveis socioeconômicas, evidenciando que a cor/raça



é um marcador independente de vulnerabilidade. Essa constatação reforça a necessidade de investir em pesquisas que articulem dimensões sociais, culturais e biológicas.

Outro ponto discutido é a intersecção entre saúde, cultura e ancestralidade afrodescendente. Werneck (2016, apud Coelho; Campos, 2024) destaca que o campo SPN não se limita à biomedicina, mas incorpora práticas culturais, visões de mundo e formas de cuidado tradicionais. Essa dimensão amplia a compreensão sobre saúde, incluindo saberes comunitários e estratégias coletivas de resistência ao racismo.

Ainda assim, persistem desafios. Chor (2013) chama atenção para a necessidade de superar o tabu em torno do debate racial na saúde pública, destacando que o silêncio acadêmico reforça a invisibilidade das iniquidades. A consolidação do campo exige, portanto, o engajamento contínuo de pesquisadores e gestores para incorporar a variável raça/cor em estudos e políticas.

Assim, pode-se afirmar que o campo da saúde da população negra constitui não apenas um objeto acadêmico, mas também um espaço de luta política e de afirmação cultural. A literatura evidencia que seu fortalecimento depende da articulação entre produção científica, movimentos sociais e formulação de políticas públicas.

3.4 Racismo Estrutural e Institucional na Saúde

O racismo estrutural e institucional permanece como um dos principais obstáculos para a equidade em saúde no Brasil. Anuniação *et al.* (2022) demonstram que práticas discriminatórias nos serviços de saúde produzem exclusão e negligência no atendimento a pessoas negras, influenciando desde o diagnóstico até a terapêutica. Esse fenômeno, associado ao racismo estrutural, reforça desigualdades históricas e impede a efetivação dos princípios do SUS.

A compreensão do racismo como determinante social da saúde exige considerar a interseccionalidade de raça, gênero e classe. Anuniação *et al.* (2022) argumentam que essas dimensões se entrelaçam, produzindo vulnerabilidades específicas, como no caso das mulheres negras, que apresentam maiores taxas de mortalidade materna, de feminicídio e de morbidades relacionadas a condições crônicas



Araújo e Ribeiro (2025) ressaltam que o racismo deve ser compreendido como estruturador das relações sociais e como um dos principais fatores que regulam o acesso e a qualidade do cuidado. No contexto da saúde, isso se traduz em desigualdades no diagnóstico precoce, no acesso a tecnologias e na oferta de serviços de alta complexidade. Tais barreiras reforçam a ideia de que a equidade só será possível com políticas explícitas de enfrentamento ao racismo.

Chor (2013) acrescenta que a resistência de parte da comunidade científica em reconhecer a raça como categoria relevante reforça a invisibilidade das desigualdades. Esse silenciamento, segundo a autora, cria um ambiente em que práticas discriminatórias são naturalizadas, perpetuando um ciclo de exclusão. Nesse sentido, ampliar a produção científica sobre raça e saúde é fundamental para dar visibilidade a esse determinante.

Outro exemplo refere-se às comunidades quilombolas, mencionadas por Anunciação *et al.* (2022), que enfrentaram maior vulnerabilidade durante a pandemia em virtude da falta de políticas específicas de proteção. Essas populações representam a interseção entre desigualdade racial, exclusão territorial e ausência de políticas efetivas, reforçando a necessidade de estratégias diferenciadas.

O enfrentamento ao racismo institucional na saúde passa também pela formação permanente de profissionais. Anunciação *et al.* (2022) defendem que conteúdos sobre racismo e equidade devem integrar a educação permanente em saúde, de modo a sensibilizar e capacitar trabalhadores do SUS para práticas antidiscriminatórias. Essa medida é essencial para transformar rotinas institucionais e reduzir as iniquidades.

Portanto, combater o racismo estrutural e institucional é condição indispensável para promover a equidade em saúde. A literatura aponta que, sem esse enfrentamento, políticas afirmativas como a PNSIPN e a PNASPI permanecem limitadas em seu alcance, já que as barreiras institucionais minam sua efetividade. O fortalecimento do SUS, aliado a práticas de gestão antirracistas, surge como caminho necessário para garantir direitos e reduzir desigualdades

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS



O presente estudo alcançou o objetivo de analisar as desigualdades em saúde e discutir as políticas afirmativas voltadas à população negra e indígena no Brasil. A revisão narrativa evidenciou que o racismo estrutural e institucional permanece como determinante central das iniquidades em saúde, refletindo-se em maiores taxas de mortalidade, menor acesso a serviços de qualidade e persistência de barreiras socioculturais.

A questão norteadora foi respondida ao demonstrar que, embora políticas como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) representem avanços significativos, sua implementação ainda enfrenta limitações estruturais, financeiras e políticas. Conclui-se, portanto, que o fortalecimento do SUS, aliado a práticas antirracistas e à valorização das especificidades culturais, é condição indispensável para efetivar a equidade e assegurar o direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

ANUNCIACÃO, Diana *et al.* (Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3917-3926, out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.08212022>

ARAÚJO, Iverson Luan Ferreira; RIBEIRO, Luiz Paulo. A saúde da população negra e as políticas no século XX: é nas encruzilhadas que encontramos resistências, emancipações e mortes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, e00080224, 11 abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT080224>
. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11996182>

BRASIL. Ministério da Saúde. Morte de mães negras é duas vezes maior que de brancas, aponta pesquisa. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 23 nov. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/morte-de-maes-negras-e-duas-vezes-maior-que-de-brancas-aponta-pesquisa>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2019. 520 p. ISBN 978-85-334-2744-0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 maio 2009.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2013. 36 p. ISBN 978-85-334-1968-1.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, **Fundação Nacional de Saúde**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 4 fev. 2002.

CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *coi Rio de Janeiro*, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700001>

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>

COELHO, Rony; CAMPOS, Gisele. O campo de estudos sobre saúde da população negra no Brasil: uma revisão sistemática das últimas três décadas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 1, e220754, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220754pt>

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: **IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais**, 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FREIRE, Neyson Pinheiro. Pandemia exacerba desigualdades na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3555-3560, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Arterial hypertension and associated factors: National Health Survey, 2019. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 122, 18 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004177>

MENDES, Ana paula Martins *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 42, e184, 27 nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386040/>

MACIAS-KONSTANTOPOULOS, Wendy L. *et al.* Race, healthcare, and health disparities: a critical review and recommendations for advancing health equity. *Western Journal of Emergency Medicine*, [s.l.], v. 24, n. 5, p. 906-918, 8 ago. 2023. DOI: <https://doi.org/10.5811/westjem.58408>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10527840>

OPAS, Organização Pan-americana da saúde. Relatório mundial sobre determinantes sociais da equidade em saúde. Genebra: **OMS**, 6 maio 2025.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>



SANTOS, José Alcides Figueiredo. Desigualdades e interações de classe social na saúde no Brasil. Dados – Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/001152582020203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/8CFM7dFny3WQK2BKrXH2cZP>

SILVA, Cosmo Helder Ferreira da et al. Relato sobre as políticas de saúde da população negra e indígena no Brasil. **Revista da ABPN**, Goiânia, v. 7, n. 16, p. 199-219, mar./jun. 2015

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl. 2, e00022519, 17 out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>