

O ACESSO DA POPULAÇÃO NEGRA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ACCESS OF THE BLACK POPULATION TO BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM

Recebido em: 08/08/2026

Aceito em: 09/09/2026

Publicado em: 12/09/2026

Débora Cajueiro de Mello Machado¹ 
Universidade Federal Fluminense

Resumo: As desigualdades raciais que marcam a história brasileira repercutem sobre o direito à saúde. Este estudo examina como a população negra utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e quais barreiras encontra nesse percurso. O método foi a revisão bibliográfica e documental de políticas públicas, legislação, jurisprudência do Supremo Tribunal Federal e indicadores epidemiológicos oficiais publicados até 2026. Verificou-se que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o Estatuto da Igualdade Racial existem no papel, mas que sua implementação esbarra em obstáculos de monta, visíveis nas diferenças de acesso a consultas médicas e odontológicas, na obtenção de medicamentos, na cobertura do pré-natal e na distribuição de agravos como a doença falciforme, a tuberculose e a infecção pelo HIV. A razão de mortalidade materna entre mulheres pretas ainda supera em mais do dobro a observada entre mulheres brancas; o risco de uma pessoa negra morrer por homicídio é 2,7 vezes maior do que o de uma pessoa não negra. Conclui-se que o racismo estrutural e o institucional pesam sobre a saúde da população negra e que a equidade no SUS exige ações mais efetivas, entre as quais o Observatório de Saúde da População Negra, inaugurado recentemente.

Palavras-chave: Acesso à Saúde; População Negra; SUS; Desigualdade Racial; Racismo Estrutural.

Abstract: The racial inequalities that have marked Brazilian history have repercussions on the right to health. This study examines how the Black population accesses and uses services provided by Brazil's Unified Health System (SUS) and the barriers encountered in this process. The method consisted of a bibliographic and documentary review of public policies, legislation, case law of the Federal Supreme Court, and official epidemiological indicators published up to 2026. The findings show that the National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN) and the Racial Equality Statute formally exist, but their implementation faces significant obstacles, reflected in disparities in access to medical and dental consultations, access to medicines, prenatal care coverage, and the distribution of health conditions such as sickle cell disease, tuberculosis, and HIV infection. The maternal mortality ratio among Black women remains more than twice that observed among White women; the risk of a Black person dying by homicide is 2.7 times higher than that of a non-Black person. The study concludes that structural and institutional racism adversely affect the health of the Black population and that achieving equity within the SUS requires more effective measures, including the recently established Observatory of Black Population Health.

Keywords: Access to Health Care; Black Population; Unified Health System (SUS); Racial Inequality; Structural Racism.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como direito fundamental. Seu artigo 196 dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil,

¹ Graduação em Administração pública. Universidade Federal Fluminense, 2027. E-mail: cajueirodebora@gmail.com

1988). A realidade, porém, ainda está distante do texto constitucional, e a distância cresce quando se observa o acesso da população negra ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A população negra não é um segmento minoritário no Brasil. Segundo o Censo Demográfico 2022, pela primeira vez desde 1991 a maior parte da população brasileira declarou-se parda (45,3%, ou 92,1 milhões de pessoas), seguida da população branca (43,5%, ou 88,2 milhões) e da população preta (10,2%, ou 20,6 milhões). Pretos e pardos, que o IBGE classifica como população negra, somam 55,5% dos habitantes do país (IBGE, 2023). São, portanto, a maioria dos usuários do SUS.

O Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288/2010, obriga o Estado a garantir igualdade de oportunidades e tratamento equitativo à população negra, e o acesso à saúde está entre as áreas alcançadas por essa obrigação. Os dados, contudo, mostram que as desigualdades persistem e que essa parcela da população continua a encontrar dificuldades para obter serviços de qualidade.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar o acesso da população negra ao SUS. Como objetivos específicos, propõe-se: (i) investigar os levantamentos referentes à população negra e ao SUS; (ii) examinar a prevalência de doenças e agravos nessa população; e (iii) descrever as políticas públicas que tratam do acesso da população negra aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. O problema de pesquisa pode ser enunciado assim: como as desigualdades raciais afetam o acesso da população negra aos serviços oferecidos pelo SUS no Brasil?

Justifica-se o estudo pela necessidade de complementar a literatura sobre desigualdades raciais no acesso à saúde com a sistematização de dados oficiais recentes, capazes de subsidiar políticas públicas mais inclusivas. Compreender as barreiras que a população negra encontra no SUS é condição para removê-las e para dar efetividade aos princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade.

METODOLOGIA

A pesquisa é uma revisão bibliográfica e documental. A fundamentação teórica parte da discussão dos conceitos de racismo e de racismo estrutural, apoiada sobretudo em Silvio Almeida e Djamila Ribeiro.

A revisão bibliográfica seguiu critérios definidos previamente. Foram incluídos estudos publicados entre 2017 e 2025 sobre o acesso da população negra ao SUS, o racismo e as desigualdades raciais em saúde, desde que disponíveis on-line, em língua portuguesa e na íntegra. As buscas foram feitas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na Scientific Electronic

Library Online (SciELO) e no Google Acadêmico, com os descritores acesso à saúde, desigualdade racial e Sistema Único de Saúde (SUS).

À revisão somou-se a análise de dados secundários de fontes oficiais: a Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE, 2020); o Censo Demográfico 2022 (IBGE, 2023); os dois volumes do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra (Brasil, 2023a; 2023b); o Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025 (Brasil, 2025b); o Boletim Epidemiológico de Tuberculose de março de 2026 (Brasil, 2026); o Boletim Çarê-IEPS nº 7, sobre mortalidade materna (IEPS, 2025); e o Atlas da Violência 2025 (Cerqueira; Bueno, 2025). Examinaram-se também leis, decretos, portarias, decisões do Supremo Tribunal Federal e outras publicações oficiais pertinentes. Todas as fontes eletrônicas foram conferidas em setembro de 2026.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O ENFRENTAMENTO JURÍDICO DO RACISMO NO BRASIL

Em 10 de janeiro de 2022, o Decreto nº 10.932 promulgou no Brasil a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância (Brasil, 2022). A Organização dos Estados Americanos havia adotado o tratado em 5 de junho de 2013, e o Brasil o assinara no mesmo ano; a vigência interna, porém, só veio em 2022, depois que o Congresso Nacional o aprovou pelo rito do artigo 5º, § 3º, da Constituição Federal, o que lhe deu status equivalente ao de emenda constitucional (Muniz, 2022). A Convenção impõe aos Estados obrigações voltadas à erradicação do racismo e de toda forma de discriminação e intolerância (OEA, 2013).

No plano interno, o racismo é crime desde a Lei nº 7.716/1989, que pune os atos resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional (Brasil, 1989). Por muito tempo distinguiu-se a injúria racial, então prevista no artigo 140, § 3º, do Código Penal e dirigida à ofensa individual, do crime de racismo, dirigido à coletividade. Essa distinção perdeu força em 28 de outubro de 2021, quando o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF), no Habeas Corpus nº 154.248/DF, relatado pelo Ministro Edson Fachin, assentou que a injúria racial é espécie do gênero racismo e, por isso, imprescritível, nos termos do artigo 5º, inciso XLII, da Constituição (Brasil, 2021). A Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023, converteu o entendimento em texto legal: inseriu o artigo 2º-A na Lei nº 7.716/1989 e tipificou como crime de racismo a conduta de injuriar alguém, ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro, em razão de raça, cor, etnia ou procedência nacional, com pena de reclusão de dois a cinco anos e multa (Brasil, 2023c).

Outros julgados do STF completam esse quadro. Em 2003, no Habeas Corpus nº 82.424/RS (caso Ellwanger), a Corte decidiu que a publicação de obras antissemitas configura crime de racismo, afastou a leitura estritamente biológica do conceito de raça e reconheceu que a liberdade de expressão não abriga o discurso de ódio (Brasil, 2003). Em 2012, na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 186, declarou por unanimidade a constitucionalidade das cotas étnico-raciais para ingresso na Universidade de Brasília, precedente que legitimou as ações afirmativas como instrumento de correção de desigualdades históricas (Brasil, 2012). Em 2019, na Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão nº 26, enquadrando as condutas homofóbicas e transfóbicas na Lei nº 7.716/1989 até que o Congresso Nacional edite lei específica (Brasil, 2019). Com esses precedentes, o conceito de racismo ganhou interpretação mais larga, e a proteção constitucional contra a discriminação, maior alcance.

No âmbito internacional, além da Convenção Interamericana, o Brasil é parte da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, adotada pela Organização das Nações Unidas em 1965 e internalizada pelo Decreto nº 65.810/1969 (Brasil, 1969). Foi esse texto que introduziu os conceitos de discriminação racial e de medidas especiais, as ações afirmativas, sobre os quais se assentam as políticas públicas brasileiras na matéria.

RACISMO ESTRUTURAL: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

O racismo no Brasil não é uma anomalia social; é consequência da própria estrutura da sociedade. Para Almeida (2019), ele está enraizado nas instituições e opera como uma “máquina produtora de desigualdade racial”. Sob essa perspectiva, o racismo dispensa a intenção individual: decorre do funcionamento “normal” da sociedade, e o silêncio diante dele implica responsabilidade ética e política.

Ribeiro (2019) acrescenta que o racismo estrutural se manifesta em práticas cotidianas que discriminam mesmo sem intenção explícita. É um sistema que associa características fenotípicas ou genotípicas a supostas superioridades ou inferioridades raciais e, assim, perpetua desigualdades. Analisá-lo exige considerar os fatores políticos, econômicos e históricos, do período colonial e escravocrata aos dias atuais, que sustentam a ordem social, moldam instituições e políticas e reafirmam privilégios em prejuízo de grupos historicamente explorados.

Foi essa compreensão que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra adotou ao reconhecer, em seu marco fundante, o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde (Brasil, 2009; 2017b).

DESIGUALDADES RACIAIS NO SUS: A LITERATURA REVISADA

A literatura revisada mostra que a PNSIPN existe, mas que sua efetivação encontra dificuldades consideráveis. Os conceitos de racismo estrutural e de racismo institucional reaparecem em quase todos os trabalhos, e o acesso da população negra ao SUS surge neles atravessado por barreiras históricas e institucionais. O Quadro 1 resume os estudos selecionados.

Quadro 1 – Estudos selecionados.

AUTOR	ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	O QUE FALAM SOBRE ACESSO AO SUS
Graziele Martins Corrêa	2023	Analisar a percepção da população negra sobre a qualidade da atenção fisioterapêutica.	Pesquisa qualitativa exploratória com entrevistas semiestruturadas com 7 usuários de serviços de fisioterapia.	A população negra enfrenta barreiras institucionais no acesso à fisioterapia, expressão do racismo estrutural.
Ana Paula da Silva Coutinho e Margarete Bernardo Tavares Silva	2024	Discutir a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na Atenção Primária.	Pesquisa descritiva-exploratória qualitativa com entrevistas a 50 profissionais de enfermagem.	A maioria dos profissionais desconhece a PNSIPN, o que dificulta sua implementação na Atenção Primária.
Noemi de Almeida Corrêa	2023	Conhecer os determinantes da saúde da população idosa negra no acesso ao serviço de emergência.	Estudo qualitativo exploratório com entrevistas semiestruturadas a 15 idosos negros.	Idosos negros encontram dificuldades no acesso à saúde, decorrentes de desigualdades estruturais.
Silvana Oliveira da Silva et al.	2022	Analisar como a PNSIPN tem sido implementada na atenção à saúde em três municípios da Bahia.	Estudo qualitativo (primeira etapa de pesquisa-ação) com entrevistas semiestruturadas a 27 profissionais de unidades de Saúde da Família, Atenção Básica e Distrito Sanitário.	Desconhecimento generalizado da PNSIPN e dos meios práticos para inseri-la no cotidiano do trabalho; a especificidade da saúde da população negra é desconsiderada sob o argumento de que “todos são iguais”.
Barbara Cobo, Claudia C. P. Cruz e Paulo Dick	2021	Avaliar, a partir da PNS 2019, as desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária.	Análise quantitativa dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE).	Pessoas pretas e pardas consultam médico em proporção menor que as brancas em ambos os sexos; as desigualdades raciais se combinam às de gênero e refletem as desigualdades socioeconômicas estruturantes.
Ingrit Medeiros Seehaber e Dagmar Elaine Kaiser	2020	Analisar ações estratégicas do SUS para populações vulneráveis em Cachoeirinha/RS.	Análise de documentos governamentais e ações interprofissionais na gestão municipal de saúde.	Ações de equidade na atenção à população negra ainda são insuficientes e enfrentam resistência institucional.

AUTOR	ANO	OBJETIVO	METODOLOGIA	O QUE FALAM SOBRE ACESSO AO SUS
Lidiane Dias Vieira	2020	Avaliar a efetividade do ensino em saúde sobre políticas públicas para a população negra.	Estudo de caso com entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo de Bardin.	O racismo estrutural é um determinante da saúde-doença e afeta o acesso da população negra ao SUS.
Dagmar Corrêa da Silva Bail	2023	Analisar a judicialização do acesso a medicamentos e sua relação com políticas públicas no Paraná.	Pesquisa qualitativa com análise de dados judiciais sobre acesso a medicamentos.	A judicialização do acesso a medicamentos revela falhas nas políticas de saúde pública.
Diego Francisco Lima da Silva <i>et al.</i>	2023	Analisar a incorporação do conceito de Racismo Institucional na Política de Saúde da População Negra.	Estudo de caso qualitativo com análise de documentos governamentais.	O conceito de Racismo Institucional é central para entender as barreiras de acesso à saúde da população negra.
Regina Celi dos Santos	2019	Verificar a importância do quesito cor/raça no cadastro dos usuários das UBS em Belo Horizonte.	Pesquisa qualitativa com observação de campo e entrevistas com usuários e gestores de UBS.	A ausência da coleta do quesito cor/raça prejudica o acesso da população negra a políticas específicas de saúde.
Jaciane Milanezi	2017	Investigar reações dos profissionais de saúde à focalização na população negra nas UBS do Rio de Janeiro.	Estudo qualitativo com observação de campo e entrevistas com profissionais de UBS.	Profissionais de UBS muitas vezes reagem com silêncio e resistência à focalização na população negra.

Fonte: elaborado pela autora.

Os estudos analisados convergem em um ponto: o racismo estrutural afeta diretamente a saúde da população negra, das condições de vida aos processos de adoecimento e morte (Vieira, 2020). A desigualdade racial figura entre os principais determinantes sociais da saúde, e daí a exigência de políticas públicas eficazes e efetivamente implementadas.

Silva *et al.* (2023) examinam a incorporação do conceito de racismo institucional à PNSIPN. Segundo os autores, o reconhecimento formal do problema não bastou: as medidas adotadas pelo Estado ainda não alteram, em sua estrutura, as práticas institucionais que perpetuam a segregação racial no acesso à saúde.

O desconhecimento da PNSIPN entre profissionais de saúde configura um problema central: muitos trabalhadores da Atenção Primária não conhecem a política, o que dificulta sua incorporação às práticas cotidianas (Ministério da Saúde, 2009). Estudos empíricos apontam que, em diferentes contextos municipais, profissionais relataram não saber como operacionalizar a PNSIPN no trabalho e chegaram a questionar a necessidade de uma atenção específica à população negra, frequentemente invocando a ideia de que “todos são iguais” para justificar a não adoção de ações focalizadas (Oliveira *et al.*, 2019; Santos & Pereira, 2021). Além disso, pesquisas têm documentado resistência e silêncio por parte dos profissionais diante da focalização racial, evidenciando a ausência de uma orientação estatal clara e de estratégias

efetivas de implementação voltadas à equidade racial no âmbito do SUS (Carvalho, 2017; Gomes *et al.*, 2020).

No plano quantitativo, Cobo, Cruz e Dick (2021), com base nos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, mostram que as desigualdades raciais no uso da atenção primária se somam às de gênero. Mulheres brancas consultaram médico no último ano em proporção maior (86,4%) do que mulheres pretas ou pardas (82,8%); entre os homens, a diferença se repete, com 75,8% entre brancos e 68,3% entre pretos ou pardos. Para os autores, essa sobreposição de vulnerabilidades espelha as desigualdades socioeconômicas que estruturam a sociedade brasileira.

A judicialização da saúde é tema recorrente. Bail (2023) mostra que o acesso a medicamentos pela via judicial tem servido de alternativa para garantir direitos básicos quando a oferta do SUS é insuficiente. O fenômeno expõe falhas nas políticas públicas e sugere a necessidade de rever os mecanismos de distribuição de medicamentos, em especial para a população negra.

A coleta do quesito raça/cor nos registros do SUS também recebe atenção da literatura. Santos (2019) observa que a falta desse dado nos cadastros das Unidades Básicas de Saúde compromete a implementação de políticas específicas e o planejamento de ações voltadas à equidade racial. Sem informação precisa, não há como avaliar a eficácia das políticas nem corrigir desigualdades de acesso.

No campo da atenção à saúde, Corrêa (2023a) descreve as barreiras que idosos negros encontram nos serviços de emergência, e Corrêa (2023b) aponta obstáculos institucionais no acesso à fisioterapia. Grupos distintos dentro da população negra enfrentam, portanto, dificuldades específicas, acumuladas ao longo da vida. Seehaber e Kaiser (2020), ao analisar ações estratégicas do SUS em Cachoeirinha/RS, concluem que as iniciativas voltadas à equidade existem, mas esbarram na resistência institucional e na falta de adesão dos gestores; daí a necessidade de capacitação contínua dos profissionais e de maior fiscalização da aplicação das diretrizes da PNSIPN.

DADOS NACIONAIS DE ACESSO AO SUS

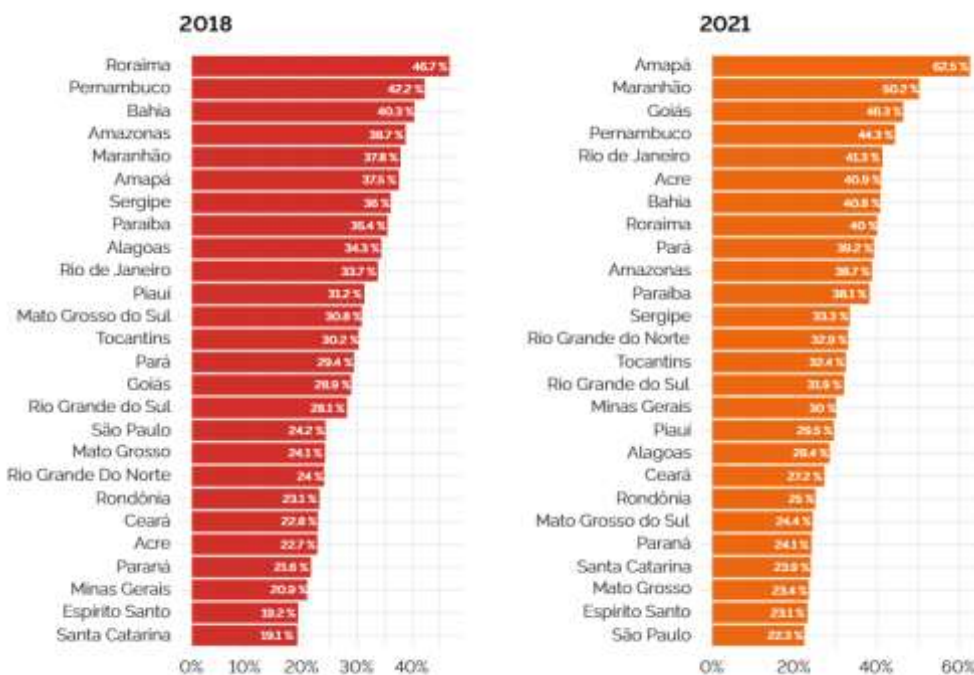
A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, é a fonte nacional mais recente sobre acesso e utilização de serviços de saúde com desagregação por cor ou raça. Seus resultados mostram desigualdades raciais em praticamente todos os indicadores (IBGE, 2020).

A cobertura por plano de saúde, médico ou odontológico, alcançava 38,8% das pessoas brancas, contra 21,4% das pretas e 20,1% das pardas. A população negra depende, por isso, muito mais do SUS: entre as pessoas internadas por 24 horas ou mais nos doze meses anteriores à entrevista, a internação ocorreu pelo SUS em 75,9% dos casos entre pretos e em 73,6% entre pardos, contra 53,6% entre brancos (IBGE, 2020; Fiocruz, 2020).

A proporção de pessoas que consultaram médico nos doze meses anteriores à entrevista subiu de 71,2% em 2013 para 76,2% em 2019 (159,6 milhões de pessoas), mas continuou mais alta entre as pessoas brancas (79,4%) do que na média nacional. No atendimento odontológico a diferença é mais nítida: consultaram dentista no período 55,0% das pessoas brancas, 43,8% das pretas e 45,3% das pardas, para uma média nacional de 49,4%. Quanto aos medicamentos, entre as pessoas que tiveram algum medicamento receitado no último atendimento, 87,1% das brancas obtiveram todos os fármacos prescritos, proporção que cai para 81,1% entre as pretas e 83,9% entre as pardas. Já a obtenção de pelo menos um dos medicamentos no serviço público foi mais frequente entre pessoas pretas (34,4%) do que entre brancas (27,9%), outro sinal da centralidade do SUS para a população negra (IBGE, 2020).

A Figura 1 mostra a proporção de municípios que dispõem de instância específica para conduzir, coordenar e monitorar ações de saúde voltadas à população negra em 2018 e em 2021. As diferenças entre os estados são grandes. Em 2018, Roraima tinha a maior proporção, com 46,7% dos municípios; em 2021, o Amapá passou à frente, com 62,5%. O segundo volume do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra registra, porém, que apenas 12,3% dos municípios com ações da PNSIPN declaradas em 2018 mantiveram a política em 2021, sinal de descontinuidade administrativa e de baixa institucionalização (Brasil, 2023b). Houve esforço para fortalecer a equidade racial no SUS, mas as disparidades regionais permanecem.

Figura 1 – Municípios com instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra.



Fonte: Brasil (2023b).

SAÚDE MATERNO-INFANTIL E DESIGUALDADES RACIAIS

Ampliar o acesso ao pré-natal é uma das principais estratégias de redução da mortalidade materno-infantil. O primeiro volume do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra registra que a proporção de gestantes com sete ou mais consultas cresceu de 60,6% em 2010 para 71,0% em 2020, com aumento proporcionalmente maior entre mães pretas (22,6%) e pardas (19,5%), que partiam de patamares mais baixos (Brasil, 2023a). Dados mais recentes mostram que a lacuna não se fechou. Entre 2010 e 2023, a proporção de gestantes com sete ou mais consultas passou de 62,1% para 74,8% entre mulheres pretas, de 61,3% para 74,4% entre pardas e de 75,2% para 83,8% entre brancas; no mesmo período, em média 2,4% das gestantes pretas e pardas não fizeram nenhuma consulta de pré-natal, o dobro do observado entre as brancas (1,1%) (IEPS, 2025).

O peso ao nascer é determinante para a saúde neonatal. Em 2010, 8,4% dos nascidos vivos tinham peso inferior a 2.500 g, proporção quase inalterada em 2020 (8,6%). Entre mães pretas, o aumento foi maior: de 8,0% para 10,1% (Brasil, 2023a). A diferença remete aos determinantes sociais da saúde, como o menor acesso a serviços de qualidade e a maior exposição a condições adversas durante a gestação.

A mortalidade materna atinge as mulheres negras de forma desproporcional. Entre 2010 e 2020, a mortalidade materna por hipertensão aumentou 5% entre mulheres pretas, enquanto

caiu entre brancas (6%), pardas (1,6%) e indígenas (cerca de 30%). A pandemia de covid-19 agravou o quadro: dos 1.965 óbitos maternos registrados em 2020, 430 (22%) decorreram da covid-19 e, destes, 63,4% ocorreram entre mulheres pretas e pardas (Brasil, 2023a). O Boletim Çarê-IEPS nº 7, elaborado com dados do SIM e do SINASC, mostra que, entre 2010 e 2023, a razão de mortalidade materna foi de 108,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos entre mães pretas, 56,6 entre pardas e 46,9 entre brancas, ou seja, um risco 2,3 vezes maior para as mulheres pretas. Em 2021, o ano mais crítico da emergência sanitária, as taxas chegaram a 179,4 entre pretas, 103,8 entre brancas e 94,4 entre pardas. Em 2023, passada a pandemia, a razão de mortalidade materna das mulheres pretas ainda era de 70,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, acima do limite de 70 preconizado pela Organização Mundial da Saúde (IEPS, 2025).

DOENÇA FALCIFORME E DESIGUALDADES RACIAIS

A doença falciforme é a enfermidade genética mais prevalente no Brasil e atinge sobretudo a população negra. Entre 2014 e 2020, a taxa de mortalidade associada foi de 0,22 por 100.000 habitantes; a Bahia teve a maior incidência, com 9,46 casos por 100.000 habitantes (Brasil, 2023a). Os óbitos concentram-se entre jovens adultos, sobretudo na faixa de 20 a 29 anos, e a distribuição racial confirma a vulnerabilidade da população negra: no Distrito Federal, 62,07% dos óbitos ocorreram entre pardos e 21,84% entre pretos; em Goiás, 60,67% entre pardos e 15,33% entre pretos (Brasil, 2023a).

Esse quadro motivou avanços normativos recentes. Em outubro de 2023, no lançamento do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra, o Ministério da Saúde anunciou a inclusão da doença na Lista Nacional de Notificação Compulsória, o que se concretizou com a Portaria GM/MS nº 2.010, de 27 de novembro de 2023, aplicável aos serviços públicos e privados (Brasil, 2023d). Em novembro de 2024, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença foi atualizado; em agosto de 2025, a Nota Técnica nº 2/2025 padronizou os procedimentos de notificação no e-SUS Sinan e estimou entre 60 mil e 100 mil o número de pessoas que vivem com a doença no país (Brasil, 2025a). Essas medidas somam-se à Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, de 2005, e são indispensáveis ao diagnóstico precoce, ao tratamento contínuo e ao acesso equitativo a medicamentos e transfusões.

DADOS DE VACINAÇÃO NA POPULAÇÃO NEGRA

A cobertura vacinal é um indicador direto de equidade no acesso à saúde. Entre 2021 e 2023, foram aplicadas 522,4 milhões de doses de vacinas contra a covid-19 no Brasil, mas 24,5% desses registros não traziam informação sobre raça/cor, o que limita a análise das desigualdades na vacinação (Brasil, 2023a). Mesmo depois de excluídos os registros sem identificação, apenas 6,0% das doses aplicadas couberam a pessoas pretas, e 36,0% a pretos e pardos em conjunto, proporção muito abaixo do peso demográfico desse grupo (Brasil, 2023a). Os números sugerem barreiras à imunização da população negra e mostram que a coleta de informações raciais nos sistemas de informação em saúde, obrigatória desde a Portaria GM/MS nº 344/2017, ainda falha.

MORTALIDADE POR RAÇA/COR E VIOLÊNCIA LETAL

A distribuição das principais causas de morte por raça/cor revela desigualdades marcantes. Em 2020, a principal causa de óbito em todos os grupos raciais foi classificada como “outras doenças por vírus”, categoria que inclui a covid-19. Entre as principais causas de mortalidade da população negra estavam ainda as doenças cerebrovasculares, as causas mal definidas, as doenças isquêmicas do coração, o diabetes mellitus e as agressões, que ocuparam a quinta posição entre as causas de óbito de pretos e pardos (Brasil, 2023a). O peso das doenças crônicas nesse conjunto remete aos determinantes sociais da saúde e à dificuldade de acesso a diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

A violência letal continua a ser um problema estrutural. De acordo com o Atlas da Violência 2025, dos 45,7 mil homicídios registrados no Brasil em 2023, 35.213 vitimaram pessoas negras, uma taxa de 28,9 mortes por 100 mil habitantes negros, contra 10,6 por 100 mil entre pessoas não negras. Em 2023, uma pessoa negra tinha risco 2,7 vezes maior de ser vítima de homicídio do que uma pessoa não negra; em 2013, esse risco relativo era de 2,4. Os homicídios caíram no total, mas a desigualdade racial da violência letal aumentou (Cerqueira; Bueno, 2025). O dado dialoga diretamente com a PNSIPN, cujo plano operativo já previa, em 2009, ações para reduzir a vulnerabilidade de jovens negros à morte por causas externas (Brasil, 2009).

HIV, AIDS E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infecções sexualmente transmissíveis distribuem-se de modo cada vez mais desigual. O segundo volume do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra registra que, entre 2011 e 2021, a proporção de casos de aids em pessoas negras subiu de 50,3% para 62,3%, e que

as gestantes negras foram afetadas pelo aumento das notificações de HIV (Brasil, 2023b). O Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025 confirma a tendência: até 2014, a população branca respondia pela maior parte dos casos de aids (49%); em 2024, os casos concentraram-se na população negra, com 59,7% dos registros (11,6% em pretos e 48,1% em pardos), enquanto a proporção entre brancos recuou para 36,8% (Brasil, 2025b). No mesmo ano, o país registrou 39.216 detecções de infecção pelo HIV, 36.955 casos de aids e 9.157 óbitos pela doença, com queda da mortalidade padronizada de 3,9 para 3,4 óbitos por 100 mil habitantes. O resultado é positivo no agregado, mas não se distribui de forma equânime entre os grupos raciais (Brasil, 2025b).

A incidência elevada dessas infecções na população negra tem várias causas, entre elas os determinantes sociais e o racismo estrutural. Barreiras no acesso à testagem, diagnóstico tardio, dificuldade de adesão ao tratamento antirretroviral, estigma e acesso desigual a preservativos e à profilaxia pré-exposição (PrEP) são os principais entraves à redução da vulnerabilidade desse grupo.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA MALÁRIA

A malária permanece um problema de saúde pública e recai de forma desproporcional sobre a população negra. Em 2022, foram registrados 128.991 casos autóctones da doença, dos quais 60,96% em pessoas negras (57,33% em pardos e 3,63% em pretos) (Brasil, 2023b). A maior incidência entre pardos liga-se à geografia da doença, concentrada na região amazônica, onde essa população é majoritária. O ano de 2012 teve o maior número de casos entre pessoas negras, com 157.526 registros (66,98% do total nacional); até março de 2023, foram notificados 17.676 novos casos na população negra, 55,69% do total (Brasil, 2023b). O enfrentamento da malária exige ação intersetorial: saneamento básico, distribuição de mosquiteiros impregnados com inseticida, vigilância reforçada e mais acesso a diagnóstico e tratamento na atenção primária.

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR E VULNERABILIDADES SOCIAIS

A leishmaniose tegumentar é uma doença negligenciada que atinge sobretudo populações em situação de vulnerabilidade social. Entre 2010 e 2021, foram registrados 218.429 novos casos no Brasil, 73,3% deles na população negra (9,1% em pessoas pretas e 64,2% em pardas). As regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores proporções de casos entre pessoas negras, com 83,9% e 78,6%, respectivamente (Brasil, 2023b). O cenário expressa

o peso das condições ambientais e sociais na disseminação da doença, ligada à presença de vetores em áreas de infraestrutura sanitária precária, e pede controle vetorial, diagnóstico e tratamento precoces e vigilância epidemiológica mais forte.

TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO NEGRA

A tuberculose segue como grave problema de saúde pública e atinge a população negra de forma desproporcional. O segundo volume do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra indica que 48% das pessoas em tratamento perdem mais de 20% da renda familiar, o que compromete a adesão terapêutica, e que, entre 2010 e 2022, as pessoas negras tiveram menos acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado (Brasil, 2023b).

Os dados mais recentes confirmam o padrão. Em 2025, o Brasil registrou 84.368 casos novos de tuberculose, um coeficiente de incidência de 39,5 casos por 100 mil habitantes; em 2024, foram 6.376 óbitos pela doença, o maior número da série recente. Desde 2021, mais da metade das notificações concentra-se em pessoas autodeclaradas pardas: em 2025, 52,1% dos casos novos (43.928) ocorreram nesse grupo, que, somado às pessoas pretas, respondeu por 65,7% dos registros (55.444). O próprio Ministério da Saúde reconhece que a doença se concentra em contextos de pobreza e de precariedade das condições de vida e de trabalho, nos quais o acesso oportuno aos serviços de saúde é mais difícil, “especialmente entre pessoas pretas e pardas e outros grupos historicamente marginalizados”. Como avanço, registre-se a redução da incompletude da variável raça/cor, que em 2025 atingiu apenas 4,8% dos casos novos (Brasil, 2026).

Enfrentar a tuberculose na população negra requer ação intersetorial, com melhoria das condições de moradia, garantia de acesso ao tratamento gratuito e suporte social aos pacientes em situação de vulnerabilidade, como prevê o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose.

MARCOS LEGAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A Constituição Federal de 1988 é o marco da garantia do direito à saúde no Brasil, ao dispor, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990, organiza o SUS segundo os princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990). Diante das desigualdades históricas que afetam a população negra,

porém, foi preciso instituir políticas específicas para assegurar equidade no acesso e enfrentar o racismo institucional no SUS.

A principal delas é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006 e instituída pela Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, que reconhece o racismo e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais da saúde (Brasil, 2009). A política busca garantir acesso equitativo aos serviços do SUS, reduzir desigualdades nos indicadores de morbimortalidade e capacitar os profissionais quanto ao impacto do racismo no atendimento (Brasil, 2017b).

O Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288/2010, é outro marco relevante: obriga o Estado a desenvolver políticas públicas de promoção da equidade racial no acesso à saúde. Segundo o Estatuto, o SUS deve garantir atendimento adequado às especificidades da população negra, com ações para reduzir as desigualdades na mortalidade materna e infantil e programas específicos para doenças prevalentes, como hipertensão, diabetes e doença falciforme (Brasil, 2010a).

Outros avanços merecem registro. A Portaria GM/MS nº 344/2017 tornou obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, pelo critério da autodeclaração, medida indispensável para mapear desigualdades e embasar políticas públicas (Brasil, 2017a). A Portaria GM/MS nº 4.279/2010 fixou diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2010b). A atenção à doença falciforme foi estruturada pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, de 2005, e reforçada pela notificação compulsória instituída em 2023 (Brasil, 2023d). O Decreto nº 6.040/2007, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, ampara a atenção às comunidades quilombolas (Brasil, 2007), às quais o Ministério da Saúde destinou, a partir de 2024, financiamento adicional para as Equipes de Saúde da Família (Brasil, 2024).

A agenda ganhou novo impulso com a Estratégia Saúde sem Racismo do Ministério da Saúde e com a Resolução nº 715/2023 do Conselho Nacional de Saúde, que definiu ações estruturantes para enfrentar o racismo e as desigualdades em saúde. Em 2024, o Ministério da Saúde, a Fiocruz e a Universidade Federal do Rio de Janeiro receberam respostas de 2.587 municípios ao Inquérito para Diagnóstico da Implementação da PNSIPN, que mapeou avanços, lacunas e desigualdades regionais (Brasil, 2024; Fiocruz, 2025). Em 18 de novembro de 2025, foi lançado o Observatório de Saúde da População Negra, sediado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), em parceria com a UFRJ e o Ministério da Saúde. O

Observatório funcionará como espaço de ciência aberta e reunirá dados do Ministério da Saúde, do IBGE e das secretarias estaduais para monitorar e avaliar a implementação da PNSIPN (Fiocruz, 2025). Sua efetividade dependerá, contudo, da continuidade administrativa que tem faltado à política nos municípios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o acesso da população negra ao Sistema Único de Saúde, identificou barreiras persistentes e avaliou as políticas públicas voltadas à equidade racial em saúde. Apesar dos avanços normativos e institucionais, as desigualdades continuam visíveis e mensuráveis. A população negra, majoritária no país segundo o Censo 2022, tem cobertura de plano de saúde quase duas vezes menor que a branca e depende do SUS em cerca de três quartos das internações. Consulta médico e dentista em proporções menores. Obtém com menos frequência todos os medicamentos prescritos. E concentra parcela desproporcional dos casos de tuberculose, de aids, de malária e de leishmaniose, assim como dos óbitos maternos e dos homicídios.

Essas desigualdades são expressão do racismo estrutural, tal como o define Almeida (2019) e como o incorporou a própria PNSIPN. Do ponto de vista jurídico, o país dispõe hoje de um arcabouço consistente (a Convenção Interamericana com status constitucional, a equiparação legal da injúria racial ao racismo, os precedentes do STF sobre ações afirmativas) e de políticas setoriais específicas. O problema central não está na falta de normas, e sim na sua implementação: a maioria dos profissionais desconhece a PNSIPN, apenas uma pequena parcela dos municípios mantém ações contínuas e a coleta do quesito raça/cor, obrigatória desde 2017, ainda tem lacunas que dificultam o próprio diagnóstico das iniquidades.

A contribuição do estudo está em sistematizar, a partir de fontes oficiais conferidas e publicadas até 2026, as informações que documentam as desigualdades raciais no SUS. Há limitações a reconhecer. A base bibliográfica e documental restringe a análise empírica da experiência dos usuários; a última pesquisa domiciliar nacional sobre acesso a serviços com recorte racial é de 2019; e parte dos boletins oficiais ainda não incorpora dados posteriores a 2023.

Para pesquisas futuras, recomendam-se estudos empíricos, com entrevistas e coleta de dados primários, capazes de aprofundar a compreensão das experiências da população negra no SUS, além do acompanhamento dos indicadores que o Observatório de Saúde da População Negra passará a publicar e dos efeitos da notificação compulsória da doença falciforme. O

direito constitucional à saúde não se realiza apenas com a existência de políticas públicas. Exige implementação contínua, formação mais sólida dos profissionais de saúde e indicadores que permitam acompanhar as desigualdades raciais. Sem isso, o SUS universal, integral e equânime que a Constituição promete continuará a ser, para a população negra, uma promessa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

BAIL, Dagmar Corrêa da Silva. **Judicialização do acesso a medicamentos e políticas públicas**: um estudo de caso do estado do Paraná de 2018 a 2020. 2023. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969**. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial. Brasília, DF: Presidência da República, 1969. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d65810.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989**. Define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. Brasília, DF: Presidência da República, 1989. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7716.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 82.424/RS** (caso Ellwanger). Relator originário: Min. Moreira Alves; Relator para o acórdão: Min. Maurício Corrêa. Plenário, julgado em 17 set. 2003. Brasília, DF: STF, 2003. Disponível em:
<https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2052452>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007**. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília, DF: Presidência da República, 2010a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 186/DF**. Relator: Min. Ricardo Lewandowski. Plenário, julgado em 26 abr. 2012; DJe 20 out. 2014. Brasília, DF: STF, 2012. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2691269>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade por Omissão nº 26/DF**. Relator: Min. Celso de Mello. Plenário, julgado em 13 jun. 2019. Brasília, DF: STF, 2019. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4515053>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus nº 154.248/DF**. Relator: Min. Edson Fachin. Plenário, julgado em 28 out. 2021; DJe 23 fev. 2022. Brasília, DF: STF, 2021. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5373453>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 10.932, de 10 de janeiro de 2022**. Promulga a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/decreto/d10932.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra**. Número especial, v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, out. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem->

racismo/boletins-epidemiologicos/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out-2023. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra**. Número especial, v. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, out. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/boletins-epidemiologicos/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-2-out-2023>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.532, de 11 de janeiro de 2023**. Altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar como crime de racismo a injúria racial. Brasília, DF: Presidência da República, 2023c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114532.htm. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença falciforme terá agora notificação obrigatória. **Portal Gov.br**, Brasília, DF, 29 nov. 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/doenca-falciforme-tera-agora-notificacao-obrigatoria>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento nos municípios e registro de dados raciais do SUS são avanços na política de saúde para os negros. **Portal Gov.br**, Brasília, DF, dez. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/levantamento-nos-municipios-e-registro-de-dados-raciais-do-sus-sao-avancos-na-politica-de-saude-para-os-negros>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença falciforme passa a ser de notificação compulsória em todo o país. **Agência Gov**, Brasília, DF, ago. 2025a. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202508/doenca-falciforme-passa-a-ser-de-notificacao-compulsoria-em-todo-o-pais>. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2025**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf/view. Acesso em: 2 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**. Número especial, mar. 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2026/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar-2026.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.). **Atlas da Violência 2025**. Brasília, DF: Ipea; FBSP, 2025. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>. Acesso em: 2 set. 2026.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia C. P.; DICK, Paulo. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>. Acesso em: 2 set. 2026.

CORRÊA, Noemi de Almeida. **Envelhecimento da população negra e acesso à saúde.** 2023a. Trabalho de Conclusão de Residência – Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2023.

CORRÊA, Grazielle Martins. **Atenção fisioterapêutica e saúde da população negra: percepção da qualidade do cuidado.** 2023b. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

COUTINHO, Ana Paula da Silva; SILVA, Margarete Bernardo Tavares. Políticas de saúde da população negra na atenção primária. **Revista Remecs**, São Paulo, v. 2, esp., p. 29-38, 2024.

FIOCRUZ. Observatório de Política e Gestão Hospitalar. Primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Saúde – 2019 relativos a internações hospitalares. Rio de Janeiro, 30 out. 2020. Disponível em: <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/conteudo-interno/primeiros-resultados-da-pesquisa-nacional-de-saude-2019-relativos-internacoes>. Acesso em: 2 set. 2026.

FIOCRUZ. Fiocruz, UFRJ e MS lançam Observatório de Saúde da População Negra. **Portal Fiocruz**, Rio de Janeiro, 3 nov. 2025. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2025/11/fiocruz-ufrj-e-ms-lancam-observatorio-de-saude-da-populacao-negra>. Acesso em: 2 set. 2026.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019:** informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 2 set. 2026.

IBGE. Censo 2022: pardos são maioria da população brasileira pela primeira vez, indica IBGE. **Portal Gov.br – Secretaria de Comunicação Social**, Brasília, DF, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/12/pardos-sao-maioria-da-populacao-brasileira-pela-primeira-vez-indica-ibge>. Acesso em: 2 set. 2026.

IEPS – INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. **Boletim Çarê-IEPS nº 7: mortalidade materna.** São Paulo: IEPS; Instituto Çarê, jul. 2025. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-care-ieps-07-2025/>. Acesso em: 2 set. 2026.

MILANEZI, Jaciane. Silêncio: reagindo à saúde da população negra em burocracias do SUS. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, DF, n. 13, p. 1-38, out. 2017.

MUNIZ, Izadora Nogueira dos Santos. A vigência da Convenção Interamericana contra o Racismo e a Lei de Cotas. **Consultor Jurídico**, 11 fev. 2022. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2022-fev-11/muniz-convencao-interamericana-racismo-lei-cotas>. Acesso em: 2 set. 2026.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia.** Guatemala, 5 jun. 2013. Disponível em: https://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-68_racismo.pdf. Acesso em: 2 set. 2026.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
SANTOS, Regina Celi dos. **A importância do quesito cor/raça no cadastro dos usuários das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte para acesso à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública no Setor da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

SEEHABER, Ingrid Medeiros; KAISER, Dagmar Elaine. Desafios, articulações e intervenções de atores estratégicos do SUS no empreendimento de ações com a população negra e imigrantes em Cachoeirinha/RS. In: DIAS, Míriam Thais Guterres (org.). **Desenvolvimento do trabalho e formação na saúde: diálogos e artesanias**. Porto Alegre: Evangraf, 2020.

SILVA, Diego Francisco Lima da et al. Para além do racismo institucional? Uma análise do conteúdo da política de saúde para a população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 2527-2539, 2023.

SILVA, Silvana Oliveira da et al. “Na verdade eu nunca participei e nem ouvi falar sobre”: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra na perspectiva de gestores e profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 4, e210969, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902022210969pt>. Acesso em: 2 set. 2026.

VIEIRA, Lidiane Dias. **Políticas públicas e negritude: efetividade do ensino na saúde?** Um estudo de caso sobre saúde da população negra. 2020. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.