

INIQUIDADES RACIAIS E DOENÇAS PREVALENTES NA POPULAÇÃO NEGRA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA COM ENFOQUE INTERSECCIONAL - UM PANORAMA DOS ÚLTIMOS 5 ANOS

João Victor Rêgo dos Santos¹, Wendell Reis Costa de Araújo Filho²,
Sara Yasmim Rodrigues Bonfim³, Ágda Assunção Oliveira Alves⁴,
Antonio Wellington Silva de Oliveira⁵, Ana Beatriz Dantas Pinto⁶,
Leidy Dayane Paiva de Abreu⁷

Resumo: Este estudo aborda as iniquidades raciais associadas às doenças mais prevalentes na população negra, considerando a influência dos determinantes sociais da saúde sob uma perspectiva interseccional. O objetivo geral foi analisar as evidências científicas disponíveis sobre as iniquidades raciais relacionadas às doenças mais prevalentes na população negra, identificando a influência do racismo estrutural, das condições socioeconômicas, do gênero e do território na produção das desigualdades em saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme as

-
- 1 Acadêmico do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE da Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús - FAEC.
 - 2 Acadêmico do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE da Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús - FAEC.
 - 3 Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE da Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús - FAEC.
 - 4 Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE da Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús - FAEC.
 - 5 Acadêmico do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE da Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús - FAEC.
 - 6 Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE da Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús - FAEC.
 - 7 Docente do curso de Medicina pela Universidade Estadual do Ceará - UECE da Faculdade de Educação e Ciências Integradas de Crateús - FAEC. Doutora do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS/UECE)

recomendações do PRISMA, com buscas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS/BVS, contemplando estudos publicados entre 2021 e 2025 em português, inglês e espanhol, além da utilização de dados epidemiológicos do DATASUS. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos dez estudos. Os resultados evidenciaram maior prevalência e piores desfechos de doenças cardiovasculares, metabólicas, infecciosas e reprodutivas na população negra, associados principalmente ao racismo estrutural e institucional, às barreiras de acesso aos serviços de saúde e às desigualdades socioeconômicas, e não a fatores biológicos. A abordagem interseccional demonstrou que raça, gênero, classe social e território ampliam as vulnerabilidades, sobretudo entre mulheres negras, adolescentes e idosos. Conclui-se que o enfrentamento dessas iniquidades requer políticas públicas equitativas, ações antirracistas e estratégias que promovam justiça social, fortalecimento dos determinantes sociais da saúde e efetivação do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: iniquidades raciais; população negra; racismo estrutural; determinantes sociais da saúde; saúde pública.

RACIAL INEQUITIES AND DISEASES PREVALENT IN THE BLACK POPULATION: AN INTEGRATIVE REVIEW WITH AN INTERSECTIONAL FOCUS - AN OVERVIEW OF THE LAST 5 YEARS

Abstract: This study addresses the racial inequities associated with the most prevalent diseases in the black population, considering the influence of social determinants of health from an intersectional perspective. The general objective was to analyze the available scientific evidence on racial inequities related to the most prevalent diseases in the black population, identifying the influence of structural racism, socioeconomic conditions, of gender and territory in the production of health inequalities. This is an integrative review of the literature, conducted according to PRISMA recommendations, with searches in the PubMed/MEDLINE, SciELO and LILACS/BVS databases, including studies published between 2021 and 2025 in Portuguese, English and Spanish, in addition to the use of epidemiological data from DATASUS. After application of the eligibility criteria, ten studies were included. The results showed higher prevalence and worse outcomes of cardiovascular, metabolic, infectious and reproductive diseases in the black population, mainly associated with structural and institutional racism, barriers to access health services and socioeconomic inequalities, and not to biological factors. The intersectional approach demonstrated that race, gender, social class and territory amplify vulnerabilities, especially among black women, adolescents and elderly. It is concluded that confronting these inequities requires equitable public policies, anti-racist actions and strategies that promote social justice, strengthening the social determinants of health and the realization of the principle of equity in the Unified Health System.

Keywords: Racial Inequities; Black Population; Structural Racism; Social Determinants of Health; Public Health.

1 INTRODUÇÃO

As iniquidades raciais em saúde permanecem como um dos principais desafios para o Sistema Único de Saúde, expressando a persistência do racismo estrutural e de desigualdades socioeconômicas que historicamente afetam a população negra no Brasil. Estudos recentes demonstram que a racialização das condições de vida, associada ao acesso desigual a serviços de saúde, influencia diretamente os padrões de adoecimento da população negra, que apresenta maior prevalência de agravos crônicos e infecciosos (Santos *et al.*, 2023).

Nos últimos anos, pesquisas nacionais e internacionais reforçam que doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, anemia falciforme, doenças renais crônicas e tuberculose continuam a impactar de maneira desproporcional pessoas negras, evidenciando determinantes sociais que produzem ciclos de vulnerabilização e piores desfechos clínicos (Almeida; Coelho; Batista, 2022). Além disso, desigualdades em saúde materna, mortalidade por causas evitáveis e acesso ao diagnóstico precoce revelam que o racismo institucional permanece como barreira significativa no cuidado em saúde (Brasil, 2023).

Nesse contexto, a abordagem interseccional ganha centralidade, uma vez que permite compreender como raça, gênero, classe social, território e outras dimensões de vulnerabilidade interagem na produção de desigualdades. A literatura mais recente reforça que a saúde da população negra só pode ser analisada a partir de um enfoque que considere múltiplos eixos de opressão simultaneamente, ampliando o entendimento do processo saúde-doença (Carneiro; Ferreira, 2022). Essa perspectiva possibilita identificar que mulheres negras, jovens periféricos e populações quilombolas vivenciam riscos diferenciados e acumulados devido às estruturas de desigualdade (Ramos; Lima, 2024).

Apesar do avanço nas discussões acadêmicas, ainda há carência de revisões integrativas que sistematizam estudos com foco simultâneo em iniquidades raciais, doenças prevalentes e interseccionalidade. Diante disso, esta revisão integrativa busca reunir e analisar criticamente produções recentes sobre saúde da população negra, destacando os impactos das desigualdades estruturais e a necessidade de políticas públicas equitativas, alinhadas às demandas específicas desse grupo populacional.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite sintetizar produções científicas sobre determinado fenômeno de forma ampla e sistemática, integrando resultados de pesquisas com diferentes abordagens metodológicas. Esse tipo de revisão possibilita

identificar lacunas, compreender o estado atual do conhecimento e orientar práticas e políticas de saúde, desde que conduzido com etapas rigorosamente definidas e apresentação clara dos resultados (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A revisão foi conduzida a partir da seguinte pergunta norteadora seguindo a estratégia PICO: “Quais evidências científicas descrevem as iniquidades raciais associadas às doenças mais prevalentes na população negra, considerando uma abordagem interseccional nos serviços e sistemas de saúde?” Essa pergunta orientou todas as etapas do processo de busca, seleção e análise, garantindo alinhamento entre objetivo, recorte metodológico e síntese dos achados.

Para responder ao questionamento proposto, foram consultadas as bases SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE, contemplando estudos publicados entre 2021 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol. Optou-se por um recorte temporal dos últimos cinco anos com o objetivo de assegurar a inclusão de evidências atualizadas, alinhadas às transformações recentes no campo das desigualdades raciais e da saúde pública. Esse intervalo permite captar tendências contemporâneas, mudanças nas políticas de saúde, avanços metodológicos e a incorporação de perspectivas interseccionais mais recentes, garantindo um panorama fiel ao estado atual da produção científica.

Optou-se por um recorte temporal de 2021 a 2025 para assegurar a inclusão de evidências científicas atualizadas, produzidas em um contexto de importantes avanços institucionais na vigilância epidemiológica com foco em raça/cor. Em março de 2025, o Ministério da Saúde lançou o Painel Epidemiologia e Desigualdades: Doenças e Agravos na População por Raça/Cor, consolidando pela primeira vez indicadores nacionais integrados sobre desigualdades raciais em agravos prioritários (Brasil, 2025).

Além disso, em novembro de 2023, houve a retomada do Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra, interrompido por anos e reativado como parte do fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2023). Esses marcos recentes reforçam a relevância de priorizar evidências dos últimos cinco anos, período no qual houve maior disponibilidade de dados desagregados por raça/cor, intensificação das análises interseccionais e renovação das diretrizes nacionais e internacionais sobre equidade em saúde. Assim, o recorte temporal adotado contribui para capturar tendências contemporâneas e garantir que a síntese produzida reflita fielmente o cenário científico e político atual.

Além das buscas nas bases científicas, realizou-se também uma investigação no DATASUS com o objetivo de identificar as doenças mais prevalentes na população negra no Brasil. Essa etapa complementa a revisão ao fornecer dados epidemiológicos atualizados, permitindo contextualizar os achados da literatura com informações oficiais do sistema de saúde e fortalecer a compreensão do impacto das iniquidades raciais no perfil de adoecimento.

O foco da revisão é identificar evidências científicas sobre iniquidades raciais e doenças prevalentes na população negra, com enfoque interseccional. A extração e sistematização dos dados seguiram a orientação metodológica proposta pelo PRISMA (Page *et al.*, 2022), incluindo identificação dos estudos, características metodológicas e síntese dos principais achados.

2.2 Descrição dos Critério de Inclusão, Exclusão e Seleção dos Estudos

Foram incluídos artigos que abordassem: desigualdades ou iniquidades raciais em saúde; doenças de maior prevalência em populações negras; determinantes sociais relacionados ao racismo; análises interseccionais envolvendo raça, gênero, classe ou território; e estudos empíricos (quantitativos, qualitativos ou mistos) publicados no período definido. Os artigos deveriam estar disponíveis na íntegra e enquadrar-se como estudos originais, conforme recomendações metodológicas de revisões integrativas indicadas pelo PRISMA (Page *et al.*, 2022).

Foram excluídos artigos duplicados, revisões, editoriais, cartas, comentários, preprints, textos incompletos, documentos não científicos, artigos de acesso pago e estudos que não correspondessem ao objetivo central desta revisão. A seleção seguiu as etapas: leitura dos títulos, leitura dos resumos da pré-seleção e leitura integral dos artigos elegíveis, aplicando em todas as fases os critérios de inclusão e exclusão. Os estudos finais foram organizados em categorias analíticas emergentes a partir dos temas mais recorrentes na literatura incluída.

2.3 Estratégias de Busca

Para garantir uma identificação sistemática e abrangente da literatura, foram elaboradas estratégias de busca específicas para cada base de dados, considerando descritores controlados e palavras-chave relacionadas ao tema. As combinações utilizadas, bem como os operadores booleanos aplicados, estão detalhadas na Tabela 1, observada a seguir.

Tabela 1. Estratégias de Busca separadas por Base de Dados

Base de dados	Estratégia de busca	Filtros
PubMed/ MEDLINE	("racial disparities" OR "racial inequities" OR racism) AND ("Black population" OR "African descent") AND ("chronic diseases" OR hypertension OR diabetes OR "kidney disease" OR "cardiovascular disease")	2021–2025; idiomas PT/EN/ES; humanos

Base de dados	Estratégia de busca	Filtros
SciELO	("iniquidades raciais" OR "desigualdades raciais" OR "racismo estrutural") AND ("população negra" OR afrodescendente) AND (hipertensão OR diabetes OR "doença cardiovascular" OR "doença renal crônica")	2021–2025; PT/ES
LILACS/BVS	("iniquidades raciais" OR "desigualdades raciais" OR "racismo estrutural") AND ("população negra" OR afrodescendente) AND (hipertensão OR diabetes OR "doença cardiovascular" OR "doença renal crônica")	2021–2025; PT/ES

Fonte: Autoria própria.

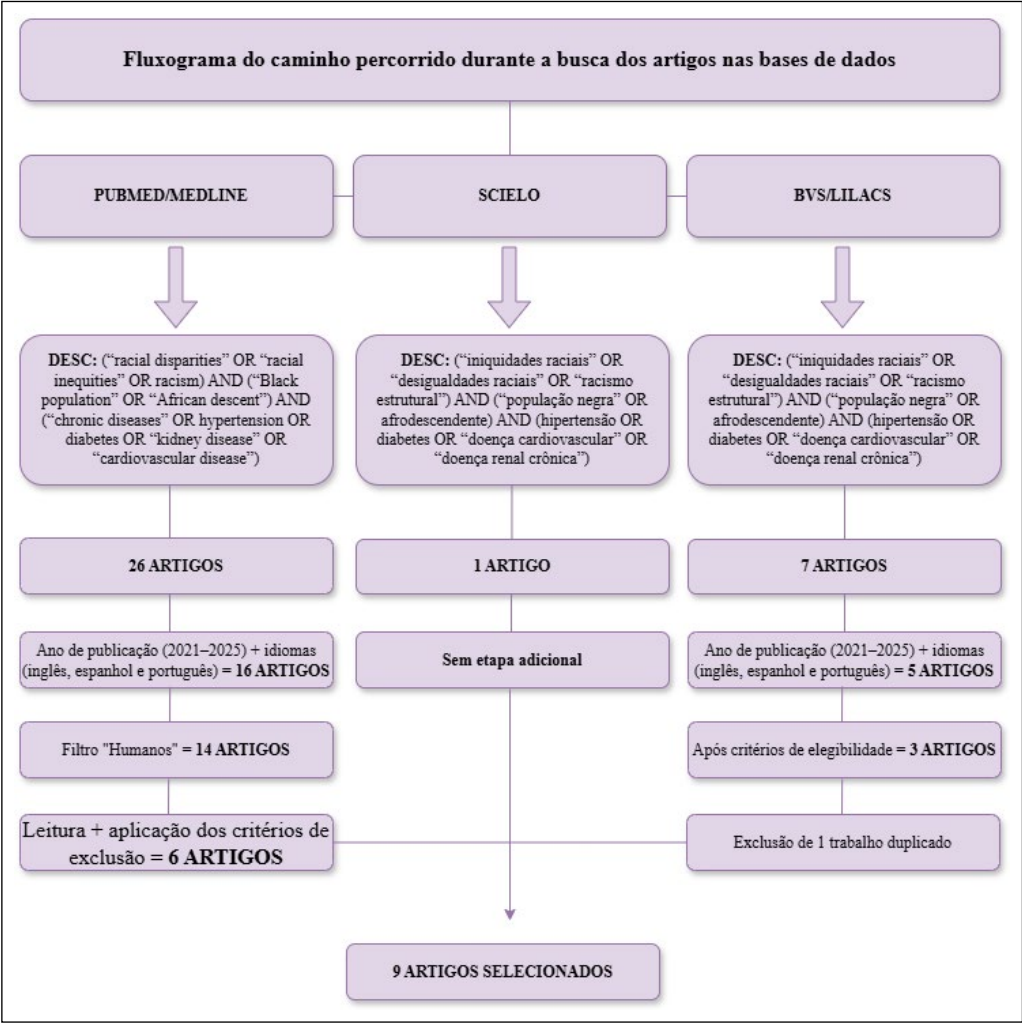
3 RESULTADOS

Foram identificados 26 artigos na base PubMed/MEDLINE a partir dos descritores definidos na metodologia. Aplicando-se os filtros de ano de publicação (2021–2025) e idiomas (inglês, espanhol e português), restaram 16 artigos. Com a aplicação do filtro para estudos envolvendo humanos, o total reduziu para 14 artigos. Após a leitura e aplicação dos critérios de exclusão, permaneceram 7 artigos.

Na base SciELO, a busca com os mesmos descritores resultou em 1 artigo, não sendo necessária a aplicação de etapas adicionais. Já na BVS/LILACS, a busca inicial resultou em 7 artigos. Após a aplicação do filtro de anos, permaneceram 5 artigos, dos quais 2 foram excluídos após a leitura dos critérios de elegibilidade, resultando em 3 artigos.

Identificou-se ainda 1 artigo duplicado entre as bases. Assim, o total final para a revisão integrativa foi composto por 7 artigos da PubMed/MEDLINE, 1 da SciELO e 2 da BVS/LILACS, totalizando 10 artigos incluídos.

Figura 1. Fluxograma do caminho percorrido durante a busca dos artigos nas bases de dados



Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 1. Descrição dos artigos

Título	Revista	Data de publicação	Objetivo do estudo	Tipo do estudo e nível de evidência	Principais resultados	Referência
Challenges in the gestational process of black women: a narrative review.	Femina	2021	Discutir aspectos concernentes ao processo gestacional de mulheres negras.	Revisão de literatura/ Nível de evidência: 4	Observaram-se diferenças claras entre mulheres brancas e negras quanto ao acesso à saúde, sendo as negras mais propensas a usar os sistemas públicos e ter menos consultas pré-natal. Também foi observado que as mulheres negras reportaram maus-tratos mais vezes, tinham maiores chances de serem proibidas de ter um acompanhante durante o parto e recebiam menos anestesia para episiotomias.	Carmo CB, Melo LC, Silva TF, Souza EM, Garcia CM. Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. Femina. v.49, n.12 p.690-8. 29 nov 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358206/femina-2021-4912-690-698.pdf .
Venous thromboembolism in Black COVID-19 patients in a minority context compared to White, Asian and other racialized patients: A systematic review and meta-analysis.	Thrombosis Research	2024	Resumir a prevalência e os fatores moderadores associados à tromboembolia venosa em pacientes negros com COVID-19 em contextos de minorias étnicas e comparar esses dados com os de pacientes brancos e asiáticos com COVID-19, considerando sexo, idade e comorbidades (insuficiência cardíaca, câncer, obesidade, hipertensão).	Revisão sistemática/ Nível de evidência: 1	Prevalência de TEV, incluindo trombose venosa profunda e embolia pulmonar. Dez estudos com 66.185 indivíduos negros, relatando a prevalência de tromboembolismo venoso associado à COVID-19, foram incluídos. Entre os indivíduos com infecção por SARS-CoV-2, a população negra apresentou maior risco de TEV em comparação com indivíduos brancos (OR = 1,79, [IC 95% 1,28–2,53], $p < 0,001$)	CÉNAT, Jude Mary <i>et al.</i> Venous thromboembolism in Black COVID-19 patients in a minority context compared to White, Asian and other racialized patients: A systematic review and meta-analysis. Thrombosis Research , v. 238, p. 197-205, jun. 2024. https://doi.org/10.1016/j.thromres.2024.05.007
Correlates of a southern diet pattern in a national cohort study of blacks and whites: the Reasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study.	British Journal of Nutrition	2021	Identificar características de indivíduos com alta adesão a esse padrão alimentar.	Coorte longitudinal/ Nível de evidência: 2	Destes, 34,6% eram negros, 45,6% do sexo masculino, 55,2% residiam na região conhecida como “cinturão do AVC” e a idade média era de 65 anos. A raça negra foi o fator com a maior magnitude de associação com o padrão alimentar do Sul ($\Delta = 0,76$ dp, $P < 0,0001$). Grandes diferenças na adesão ao padrão alimentar do Sul foram observadas entre participantes negros e brancos, tanto na região conhecida como “cinturão do AVC” quanto em regiões sem essa incidência (cinturão do AVC: $\Delta = 0,75$ dp; regiões sem essa incidência: $\Delta = 0,77$ dp).	COUCH, Catharine A. <i>et al.</i> Correlates of a southern diet pattern in a national cohort study of blacks and whites: the Reasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. British Journal of Nutrition , p. 1-7, 26 fev. 2021. https://doi.org/10.1017/s0007114521000696 .

Título	Revista	Data de publicação	Objetivo do estudo	Tipo do estudo e nível de evidência	Principais resultados	Referência
Influence of Racial Discrimination as a Chronic Stressor on Type 2 Diabetes Risk and Self-Management Behaviors among Black Adults: A Scoping Review.	Current Diabetes Reports	2024	Destacar os mecanismos comportamentais e biológicos que ligam a discriminação racial ao risco de diabetes tipo 2 (DM2), ao autocuidado e às complicações relacionadas na população negra dos Estados Unidos.	Revisão de literatura/ Nível de evidência: 4	Afro-americanos estão expostos a altos níveis de estresse, muitos dos quais enraizados na discriminação racial, um fator psicossocial que inibe mudanças positivas de comportamento e perturba os sistemas e o funcionamento do corpo. O diabetes tipo 2 é uma doença amplamente evitável, contudo, afro-americanos enfrentam barreiras estruturais e sistêmicas conhecidas que impactam profundamente o início e a progressão da doença. Embora os mecanismos causais que ligam a discriminação racial ao DM2 tenham se tornado um foco de estudo mais recente, ainda há uma escassez de pesquisas sobre o estresse relacionado à discriminação racial e o papel que ele desempenha no início e no autocuidado do DM2.	EWEN, Alana M. The Influence of Racial Discrimination as a Chronic Stressor on Type 2 Diabetes Risk and Self-Management Behaviors among Black Adults: A Scoping Review. Current Diabetes Reports , v. 25, n. 1, 16 dez. 2024. https://doi.org/10.1007/s11892-024-01570-2 .
Timing and Predictors of Incident Cardiovascular Disease in Systemic Lupus Erythematosus: Risk Occurs Early and Highlights Racial Disparities.	The Journal of Rheumatology	2022	Avaliar o momento e os preditores de DCV incidente em uma coorte de LES baseada na população predominantemente negra.	Coorte longitudinal/ Nível de evidência: 2	Entre 336 pessoas com LES, 253 (75%) eram negras e 56 (17%) apresentaram um evento cardiovascular incidente. A frequência de eventos cardiovasculares atingiu o pico no 2º e no 11º ano após o diagnóstico de LES. Houve um risco 7 vezes maior de eventos cardiovasculares incidentes ao longo de todo o período de 15 anos; esse risco foi 19 vezes maior nos primeiros 12 anos em pessoas negras em comparação com pessoas não negras com LES. Pessoas negras com LES ($p < 0,001$) e aquelas com erupção discóide (razão de risco 3,2, IC 95% 1,4-7,1) apresentaram maior risco de eventos cardiovasculares incidentes.	GARG, Shivani <i>et al.</i> Timing and Predictors of Incident Cardiovascular Disease in Systemic Lupus Erythematosus: Risk Occurs Early and Highlights Racial Disparities. The Journal of Rheumatology , p. jrheum.220279, 1 ago. 2022. https://doi.org/10.3899/jrheum.220279 .

Título	Revista	Data de publicação	Objetivo do estudo	Tipo do estudo e nível de evidência	Principais resultados	Referência
Racial Disparities in Mortality in the District of Columbia.	JAMA Network Open	2025	Analisar diferenças demográficas em mortalidade (todas as causas e causas específicas, como CVD e câncer) entre populações negras e brancas em Washington, D.C., entre os anos 2000 e 2020; e examinar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre essas populações ao longo do tempo.	Estudo transversal ("cross-sectional study") / série temporal entre 2000-2020/ Nível de evidência: 2	Entre 2000 e 2020, a mortalidade ajustada por idade caiu para brancos, mas estagnou e reverteu para negros – com mortalidade por CVD e câncer representando grande parte das mortes. As disparidades raciais aumentaram ao longo do tempo: a razão de risco (negros vs brancos) para mortalidade por doenças cardiovasculares praticamente dobrou no período analisado. Fatores de risco para doenças crônicas (hipertensão, obesidade, diabetes, tabagismo etc.) mostraram-se mais prevalentes entre negros em comparação com brancos.	HASHEMIAN, Maryam <i>et al.</i> Racial Disparities in Mortality in the District of Columbia. JAMA Network Open , v. 8, n. 3, p. e252290, 28 mar. 2025. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.2290 .
Social, Behavioral, and Metabolic Risk Factors and Racial Disparities in Cardiovascular Disease Mortality in U.S. Adults.	Annals of Internal Medicine	2023	Examinar até que ponto fatores sociais, comportamentais e metabólicos estão associados à mortalidade por doenças cardiovasculares (CVD) nos EUA – e até que ponto as diferenças raciais nessa mortalidade persistem após considerar esses fatores.	Estudo observacional prospectivo (coorte)/ Nível de evidência: 2	A mortalidade por CVD foi significativamente maior entre pessoas negras comparadas às brancas. Muitos dos fatores de risco – como pobreza, insegurança financeira, nível educacional, comportamento de saúde (atividade física, tabagismo, sono), e condições metabólicas (hipertensão, obesidade, diabetes) – estavam associados a maior risco de morte por CVD. Após ajustar para esses fatores (sociais, comportamentais e metabólicos), a disparidade racista na mortalidade por CVD diminuiu substancialmente – chegando a desaparecer em grande parte, o que sugere que essas variáveis explicam boa parte da diferença racial observada.	HE, Jiang <i>et al.</i> Social, Behavioral, and Metabolic Risk Factors and Racial Disparities in Cardiovascular Disease Mortality in U.S. Adults. Annals of Internal Medicine , 15 ago. 2023b. https://doi.org/10.7326/m23-0507 .
Autoavaliação de saúde dos idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo / Brasil sob a perspectiva da cor da pele / raça.	Cadernos Saúde Coletiva	2024	Analisar a autoavaliação negativa de saúde entre idosos, bem como as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, comportamentais e as condições de saúde.	Estudo transversal, de base populacional, com amostra probabilística por conglomerados/ Nível de evidência: 4	A autoavaliação negativa de saúde foi mais prevalente entre os idosos negros (pardos – 45,5% e pretos – 47,2%). Além disso, a autoavaliação negativa de saúde dos idosos associou-se com a cor da pele preta, menor escolaridade, ausência de plano de saúde privado, falta de prática de atividade física, hipertensão e outras doenças crônicas.	MOURA, Roudom Ferreira <i>et al.</i> Autoavaliação de saúde dos idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo / Brasil sob a perspectiva da cor da pele / raça. Cadernos Saúde Coletiva , v. 32, n. 3, 2024. https://doi.org/10.1590/1414-462x202432030536 .

Título	Revista	Data de publicação	Objetivo do estudo	Tipo do estudo e nível de evidência	Principais resultados	Referência
O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro.	Physis: Revista de Saúde Coletiva,	2024	Refletir sobre o impacto do racismo estrutural na saúde dos adolescentes afrodescendentes brasileiros, considerando o contexto político e social do período pós-abolição, quando foi iniciada uma nova configuração de exploração e manutenção das desigualdades sociais relacionadas aos escravizados libertos e seus descendentes.	Ensaio observacional/ Nível de evidência: 4	O racismo estrutural em nossa sociedade impacta na saúde dos adolescentes negros, com forte determinação no processo de saúde-doença. Por isso, é preciso combater as disparidades históricas, no sentido de se construir uma sociedade mais democrática e igualitária.	SANTOS, Iraneide Nascimento dos <i>et al.</i> O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. <i>Physis: Revista de Saúde Coletiva</i> , v. 34, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0103-7331202434025pt .

4 DISCUSSÃO

4.1 Panorama Histórico e Social das Iniquidades Raciais

É iniludível que as iniquidades raciais em saúde no Brasil estão enraizadas no sistema escravocrata que estruturou o país durante mais de três séculos. A vista disso, uma organização social estruturou-se de modo que a população negra fosse “historicamente submetida a condições de exclusão, exploração e marginalização que se perpetuam no tempo” (SANTOS *et al.*, 2023, p. 3). Nesse sentido, após a abolição a ausência de políticas reparatórias e a manutenção de hierarquias sociais racializadas impediram a plena inserção da população negra na educação, no mercado de trabalho e no acesso a direitos básicos, compondo um cenário de vulnerabilidades cumulativas que ainda hoje moldam desigualdades em saúde.

Ademais, o pensamento racialista e eugenista que ganhou força no início do século XX reforçou ideologias que justificaram desigualdades sociais. Como destaca Rodrigues (2021), “a crença na inferioridade biológica da população negra legitimou práticas institucionais discriminatórias que atravessaram décadas e estruturaram políticas públicas desiguais”. Esses processos históricos consolidaram o racismo estrutural como um princípio organizador da sociedade brasileira. Conforme Carneiro e Ferreira (2022), o racismo estrutural deve ser compreendido como um conjunto de práticas e instituições que, mesmo sem intencionalidade explícita, reproduzem desigualdades raciais por meio de mecanismos historicamente construídos.

Além disso, no que tange ao campo da saúde, os efeitos do racismo estrutural são nítidos. Nesse sentido, Um estudo epidemiológico clássico da literatura internacional já ressaltava que “diferenças sociais geracionais acumuladas constituem o principal determinante das desigualdades raciais em saúde no Brasil” e que tais desigualdades “não podem ser explicadas apenas por fatores biológicos” (Barata; Ribeiro, 2005, p. 205). Essa compreensão tem sido aprofundada por estudos recentes, indicando que raça atua como

marcador de risco não por determinismo biológico, mas porque expressa desigualdades sociais sistemáticas, precarização das condições de vida e barreiras institucionais de acesso aos serviços.

Outrossim, no que diz respeito aos serviços de saúde, o racismo institucional aparece como uma dimensão concreta dessas iniquidades. A revisão de Nascimento *et al.* (2024) evidencia que adolescentes negros enfrentam “discriminação explícita e implícita nos serviços, com subvalorização de queixas clínicas e dificuldade de acesso a cuidados adequados” (p. 6). De modo semelhante, a revisão integrativa de Rodrigues (2021) conclui que “a população negra experimenta maior negligência diagnóstica e terapêutica, tempos de espera prolongados e menor acesso a tecnologias de cuidado” (p. 4). Trata-se, portanto, de desigualdades que se reproduzem dentro das instituições, mesmo diante do princípio de universalidade do SUS.

No que tange a interseccionalidade, ao articular raça, gênero, território e classe social, é possível compreender a complexidade dessas desigualdades. Nesse contexto, mulheres negras, sobretudo, enfrentam riscos adicionais decorrentes da violência obstétrica e da falta de acolhimento adequado, por exemplo. Como afirma Carmo *et al.* (2021), “a experiência gestacional de mulheres negras está marcada por racismo institucional, desigualdades de acesso e práticas discriminatórias no serviços de saúde como um todo” (p. 693). Em paralelo, estudos sobre territórios periféricos mostram que populações negras convivem com maior exposição a ambientes insalubres, insegurança alimentar, escassez de serviços públicos e dificuldade de transporte, fatores que intensificam riscos de adoecimento.

Portanto, o panorama histórico-social das iniquidades raciais revela que as desigualdades em saúde da população negra não são eventos recentes, mas expressões contemporâneas de um processo histórico de exclusão, marginalização e desumanização. Como sintetiza Santos *et al.* (2023), “o racismo não é um episódio, mas um sistema que estrutura condições de vida e produz padrões persistentes de adoecimento” (p. 7). Nesse sentido, compreender o percurso histórico dessas desigualdades é essencial para analisar os resultados desta revisão e para fundamentar estratégias de cuidado culturalmente sensíveis e políticas públicas equitativas.

4.2 Doenças Mais Prevalentes na População Negra com Enfoque Interseccional

A prevalência de doenças na população negra não pode ser compreendida de forma isolada de seu contexto histórico e social. O processo saúde-doença é profundamente influenciado por determinantes estruturais que moldam desigualmente as condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde. Conforme argumentam Santos *et al.* (2023), os padrões de adoecimento observados na população negra resultam da interação entre racismo estrutural,

desigualdades socioeconômicas, barreiras institucionais e exposições ambientais desiguais. Sob essa perspectiva, a abordagem interseccional é fundamental, pois permite analisar como raça, gênero, classe social, território e idade operam de forma combinada na produção das desigualdades em saúde (Carneiro; Ferreira, 2022).

A partir dessa abordagem, os estudos incluídos nesta revisão, aliados aos dados epidemiológicos nacionais mais recentes (Brasil, 2023; Brasil, 2025), evidenciam que determinadas condições (cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, reprodutivas e psicossociais) acometem de maneira desproporcional a população negra. Esses padrões não decorrem de fatores biológicos, mas refletem desigualdades materiais historicamente construídas e mantidas ao longo do ciclo de vida.

As doenças cardiovasculares figuram entre os agravos mais relevantes nesse cenário. Garg *et al.* (2022) demonstraram que pessoas negras com lúpus eritematoso sistêmico apresentam risco significativamente aumentado de eventos cardiovasculares incidentes, chegando a ser sete vezes maior ao longo de 15 anos e até dezenove vezes maior nos primeiros anos após o diagnóstico. Tais achados evidenciam que o impacto das doenças crônicas é amplificado por fatores estruturais, como o atraso diagnóstico, menor acesso a acompanhamento especializado e barreiras institucionais no cuidado, elementos reconhecidos como expressões do racismo institucional em saúde (Santos *et al.*, 2023).

Corroborando essa interpretação, He *et al.* (2023) observaram que a mortalidade cardiovascular é substancialmente maior entre pessoas negras quando comparadas às brancas. Entretanto, após o ajuste para fatores sociais, comportamentais e metabólicos – incluindo escolaridade, condições de pobreza, tabagismo, nível de atividade física, hipertensão e obesidade – grande parte da disparidade racial desaparece. Esses resultados reforçam que as desigualdades raciais em mortalidade cardiovascular não possuem base biológica, mas refletem condições sociais desiguais produzidas ao longo de gerações, como já apontado por Barata e Ribeiro (2005) no contexto brasileiro.

No campo das doenças metabólicas, destaca-se o diabetes mellitus tipo 2, cuja prevalência é mais elevada na população negra. O estudo de Ewen (2024) demonstra que o estresse crônico decorrente da discriminação racial atua como fator psicobiológico determinante tanto no risco de adoecimento quanto nas dificuldades relacionadas ao autocuidado. Barreiras estruturais, como insegurança alimentar, menor acesso a espaços seguros para prática de atividade física e condições de trabalho precarizadas, limitam a adoção de comportamentos protetores à saúde, ampliando a carga de doenças crônicas, como também aponta o Ministério da Saúde (Brasil, 2023).

Associado a esse quadro, o padrão alimentar constitui importante determinante das doenças metabólicas e cardiovasculares. Couch *et al.* (2021) identificaram associação significativa entre raça negra e maior adesão ao padrão alimentar do sul dos Estados Unidos, caracterizado por elevado

consumo de alimentos ultraprocessados, gorduras saturadas e sódio. Esse padrão dietético, reconhecidamente aterogênico, relaciona-se ao aumento do risco de hipertensão, obesidade e doença cardiovascular. Para além de escolhas individuais, os autores enfatizam o papel de fatores estruturais – como desertos alimentares, acesso desigual a alimentos saudáveis e restrições socioeconômicas – na conformação desses hábitos, reafirmando a centralidade dos determinantes sociais do adoecimento (Ramos; Lima, 2024).

No âmbito das doenças infecciosas, as desigualdades raciais tornam-se particularmente evidentes. A meta-análise de Cénat *et al.* (2024) demonstrou que pessoas negras apresentam risco significativamente maior de tromboembolismo venoso associado à COVID-19 (OR = 1,79), resultado que reflete maior exposição ocupacional, maior prevalência de comorbidades prévias e desigualdades no acesso oportuno ao tratamento. Essas disparidades são agravadas em contextos de emergência sanitária, conforme documentado pelo Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra (Brasil, 2023).

No conjunto das doenças infecciosas analisadas, a tuberculose constitui um dos exemplos mais contundentes de racialização do adoecimento no Brasil. De acordo com os dados do Painel Epidemiologia e Desigualdades do Ministério da Saúde (Brasil, 2025), entre 2012 e 2024 observa-se redução progressiva da proporção de casos novos de tuberculose na população branca, que passa de aproximadamente 34% para 26%, ao passo que a população parda permanece como o grupo majoritário em toda a série histórica, com crescimento proporcional que ultrapassa 52% dos casos nos anos mais recentes.

A população preta, por sua vez, mantém participação relevante e relativamente estável, entre 12% e 14%, evidenciando persistente exposição a contextos de vulnerabilidade. Padrão semelhante é observado nos casos de coinfeção tuberculose-HIV, nos quais a população parda concentra a maior proporção dos diagnósticos e a população branca apresenta queda consistente ao longo do período analisado. Esses achados reforçam que a tuberculose permanece fortemente associada aos determinantes sociais da saúde – como pobreza, adensamento domiciliar, insegurança alimentar e acesso desigual aos serviços de saúde – afetando de forma desproporcional a população negra, conforme amplamente discutido por Santos *et al.* (2023) e evidenciado nos dados nacionais recentes.

As desigualdades tornam-se ainda mais evidentes no campo das doenças infecciosas, especialmente quando analisadas à luz dos dados nacionais. Segundo o Painel Epidemiologia e Desigualdades (Brasil, 2025), os casos de hepatite C apresentaram, entre 2012 e 2023, redução progressiva da proporção na população branca, de 55,9% para 46,0%, ao passo que a população parda apresentou crescimento expressivo, de 23,1% para 33,7%. A população preta também demonstrou aumento, alcançando 11,1% dos casos em 2023. Esse padrão sugere não apenas ampliação da testagem, mas também maior

exposição a contextos de vulnerabilidade estrutural e possível subdiagnóstico histórico em populações negras.

Situação semelhante é observada na hepatite B. Conforme os dados do painel (Brasil, 2025), a participação da população branca caiu de 47,7% em 2012 para 37,1% em 2023, enquanto a população parda aumentou de 31,7% para 41,7%, configurando o maior crescimento proporcional. A população preta passou de 7,06% para 11,3% no mesmo período. Esses achados evidenciam um processo de racialização da vulnerabilidade às hepatites virais, associado à desigualdade no acesso à vacinação, à prevenção e ao acompanhamento nos serviços de saúde.

No que diz respeito à sífilis adquirida, os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2025) indicam que a população parda constitui o grupo mais afetado em toda a série histórica, com crescimento de 32,6% em 2012 para 43,1% em 2023. Em contrapartida, a população branca apresentou redução proporcional, enquanto a população preta manteve percentuais entre 6% e 8%, com leve aumento ao longo dos anos. Esses dados refletem a persistência de determinantes sociais que ampliam a exposição, dificultam o diagnóstico precoce e limitam a adesão ao tratamento.

A sífilis em gestantes expressa de forma ainda mais contundente a intersecção entre raça e gênero. Segundo o Painel Epidemiologia e Desigualdades (Brasil, 2025), mulheres pardas concentraram entre 46% e 51% dos casos ao longo do período analisado, enquanto a proporção de mulheres pretas aumentou progressivamente, atingindo 12,7% em 2023. Esses achados evidenciam falhas estruturais no acesso à assistência pré-natal, a persistência do racismo institucional e o aumento do risco de sífilis congênita, conforme discutido por Carmo *et al.* (2021).

No campo psicossocial, Moura *et al.* (2024) demonstram que idosos negros apresentam maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde, associada à menor escolaridade, ausência de plano de saúde e maior carga de doenças crônicas. Esse padrão reflete um envelhecimento marcado por desigualdades cumulativas ao longo da vida (Santos *et al.*, 2023). Ademais, o impacto do racismo estrutural manifesta-se precocemente, como evidenciado por Santos *et al.* (2024), ao afetar adolescentes negros por meio de discriminação nos serviços e menor acolhimento, reforçando a natureza cumulativa das iniquidades em saúde.

Dessa forma, o conjunto de evidências empíricas e epidemiológicas analisadas demonstra que as doenças mais prevalentes na população negra (cardiovasculares, metabólicas, infecciosas e reprodutivas) constituem expressão direta da ação simultânea dos determinantes sociais da saúde e das discriminações institucionais. Conforme afirmam Santos *et al.* (2023), o racismo atua como determinante central do processo saúde-doença, estruturando condições de vida, produzindo padrões persistentes de adoecimento e limitando o acesso ao cuidado adequado. A abordagem interseccional, nesse

sentido, não apenas amplia a compreensão dos agravos, mas evidencia que o enfrentamento das desigualdades em saúde exige transformações estruturais e políticas públicas equitativas, orientadas pela justiça social e racial.

4.3 Análise dos Resultados e Implicações Para a Saúde da População Negra

Os achados deste estudo reforçam, de forma contundente, que as desigualdades em saúde que afetam a população negra não são fenômenos isolados ou acidentais, mas expressões concretas do racismo estrutural e institucional que permeia o cuidado em saúde no Brasil e em outros contextos globais. As diferenças identificadas na prevalência de doenças crônicas, nos desfechos de saúde e no modo como pessoas negras são tratadas dentro dos serviços revelam um padrão sistemático de exclusão, negligência e violência (Moura *et al.*, 2024).

Inicialmente, as disparidades observadas no cuidado obstétrico ilustram de maneira exemplar como o racismo institucional atua no cotidiano dos serviços. Mulheres negras foram proporcionalmente mais usuárias do sistema público, tiveram menos consultas de pré-natal, relataram maus-tratos com maior frequência e foram, significativamente, mais privadas do direito a um acompanhante durante o parto, sendo uma violação direta à legislação brasileira. Além disso, receberam menos anestesia durante episiotomias, revelando uma naturalização perversa de que seus corpos suportariam mais dor, uma herança direta do imaginário colonial e eugenista. Esses dados corroboram estudos que evidenciam que o cuidado obstétrico dispensado a mulheres negras é atravessado por violências simbólicas e materiais, reforçando a necessidade de abordagens interseccionais que reconheçam a sobreposição de raça e gênero na produção dessas vulnerabilidades (Carmo *et al.*, 2021).

No campo das doenças crônicas e infecciosas, os resultados igualmente expõem um padrão de risco ampliado. A prevalência aumentada de tromboembolismo venoso associada à infecção por SARS-CoV-2 entre indivíduos negros (OR = 1,79) demonstra que, mesmo em contextos emergenciais, como a pandemia de COVID-19, antigas desigualdades são reatualizadas. O maior risco de TEV pode ser parcialmente explicado pela maior exposição a fatores de risco sociais e clínicos, mas também por barreiras de acesso, subdiagnóstico e manejo tardio, elementos historicamente descritos como manifestações do racismo institucional (Cénat *et al.*, 2021).

Além disso, os dados relacionados ao padrão alimentar do Sul dos Estados Unidos, altamente aterogênico, revelam que a raça negra é o fator com maior magnitude na associação a esse padrão, independentemente do território. O fato de que populações negras aderem mais intensamente a um padrão alimentar sabidamente associado ao risco cardiovascular reflete condicionantes sociais como pobreza, insegurança alimentar, menor acesso a alimentos

saudáveis e exposição a ambientes obesogênicos, o que se configuram como fatores inseparáveis das desigualdades estruturais (Couch *et al.*, 2021).

As evidências referentes ao diabetes tipo 2 aprofundam essa compreensão ao mostrarem que afro-americanos enfrentam barreiras sistêmicas que dificultam tanto a prevenção quanto o controle da doença. O estresse crônico decorrente da discriminação racial, apontado como um mecanismo psicossocial relevante, reforça que a experiência de racismo produz efeitos biológicos concretos, atuando na fisiologia do estresse, na inflamação crônica e na regulação metabólica. Assim, o DM2 emerge não apenas como uma doença metabólica, mas como um marcador da exposição contínua a contextos de opressão (Ewen, 2024).

O lúpus eritematoso sistêmico, por sua vez, também apresentou desigualdades expressivas: pessoas negras tiveram risco sete vezes maior de eventos cardiovasculares incidentes, chegando a ser dezenove vezes maior nos primeiros anos após o diagnóstico. Esses achados sugerem interações complexas entre vulnerabilidades biológicas, atraso no diagnóstico, menor acesso a terapias avançadas e menor adesão ao cuidado, aspectos influenciados, direta ou indiretamente, por desigualdades sociais e institucionais (Garg *et al.*, 2022).

No que diz respeito à mortalidade, as tendências observadas entre 2000 e 2020 são particularmente alarmantes. Enquanto a mortalidade ajustada por idade diminuiu entre brancos, ela permaneceu estagnada e até chegou a aumentar entre negros, especialmente devido às doenças cardiovasculares e ao câncer. O fato de a razão de risco para mortalidade cardiovascular entre negros e brancos ter dobrado ao longo do período revela um aprofundamento das desigualdades. Entretanto, a queda significativa dessas diferenças após ajuste para fatores sociais, comportamentais e metabólicos indica que tais disparidades decorrem fundamentalmente das condições estruturais de vida e não de diferenças biológicas entre grupos raciais (Hashemian *et al.*, 2025; He *et al.*, 2023).

Por fim, a autoavaliação negativa de saúde, mais prevalente entre idosos negros, reforça a percepção subjetiva, porém profundamente reveladora, de que a saúde é vivida de forma desigual. A associação entre cor da pele, menor escolaridade, ausência de plano de saúde e maior carga de doenças crônicas ilustra como as desigualdades acumuladas ao longo da vida produzem um envelhecimento mais vulnerável e precarizado. Entre adolescentes negros, os efeitos do racismo estrutural emergem precocemente, influenciando trajetórias de saúde muito antes da vida adulta (Moura *et al.*, 2024).

Nesse conjunto, os achados deste estudo não apenas confirmam desigualdades já descritas na literatura, mas evidenciam que tais disparidades são multifatoriais, interseccionais e profundamente enraizadas no tecido social. Fica evidente que o combate às iniquidades em saúde requer não apenas intervenções clínicas, mas transformações estruturais que enfrentem

a discriminação racial, ampliem o acesso ao cuidado qualificado e promovam ambientes sociais mais justos, inclusivos e equitativos. Somente uma abordagem que reconheça o racismo como determinante central do processo saúde-doença será capaz de produzir mudanças duradouras e significativas para a população negra (Hashemian *et al.*, 2025).

5 CONCLUSÃO

As evidências analisadas nesta revisão integrativa demonstram de forma consistente que as iniquidades raciais em saúde são expressões diretas do racismo estrutural e institucional, que atuam como determinantes centrais do processo saúde-doença da população negra.

Os estudos e dados epidemiológicos recentes confirmam a maior prevalência e piores desfechos em condições cardiovasculares, metabólicas, infecciosas e reprodutivas nesse grupo, fruto não de fatores biológicos, mas de desigualdades históricas, exclusão social, barreiras de acesso e discriminação nos serviços de saúde. A abordagem interseccional revela como raça, gênero, classe e território se combinam, ampliando vulnerabilidades, especialmente entre mulheres negras, idosos e adolescentes.

Portanto, enfrentar essas iniquidades exige políticas públicas equitativas, ações antirracistas no cuidado em saúde e a promoção de determinantes sociais justos, garantindo efetividade ao princípio da equidade no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. R.; COELHO, V. A.; BATISTA, L. E. Determinantes sociais e raciais das doenças crônicas na população negra brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 1–12, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Saúde da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Epidemiologia e Desigualdades: doenças e agravos na população segundo raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/epidemiologia-e-desigualdades>. Acesso em: 7 dez. 2025.

CARMO, CB *et al.* Desafios do processo gestacional de mulheres negras: uma revisão narrativa. *Femina*. v.49, n.12 p.690-8. 29 nov 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358206/femina-2021-4912-690-698.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2025. CARNEIRO, S.; FERREIRA, P. M. Interseccionalidade e saúde: impactos das desigualdades estruturais na população negra. **Revista Brasileira de Saúde e Equidade**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 45–59, 2022.

CÉNAT, Jude Mary *et al.* Venous thromboembolism in Black COVID-19 patients in a minority context compared to White, Asian and other racialized patients: A systematic review and meta-analysis. **Thrombosis Research**, v. 238, p. 197-205, jun. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2024.05.007>. Acesso em: 7 dez. 2025.

COUCH, Catharine A. *et al.* Correlates of a southern diet pattern in a national cohort study of blacks and whites: the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. **British Journal of Nutrition**, p. 1-7, 26 fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0007114521000696>. Acesso em: 7 dez. 2025.

EWEN, Alana M. The Influence of Racial Discrimination as a Chronic Stressor on Type 2 Diabetes Risk and Self-Management Behaviors among Black Adults: A Scoping Review. **Current Diabetes Reports**, v. 25, n. 1, 16 dez. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11892-024-01570-2>. Acesso em: 7 dez. 2025.

GARG, Shivani *et al.* Timing and Predictors of Incident Cardiovascular Disease in Systemic Lupus Erythematosus: Risk Occurs Early and Highlights Racial Disparities. **The Journal of Rheumatology**, p. jrheum.220279, 1 ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3899/jrheum.220279>. Acesso em: 7 dez. 2025.

HASHEMIAN, Maryam *et al.* Racial Disparities in Mortality in the District of Columbia. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 3, p. e252290, 28 mar. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.2290>. Acesso em: 7 dez. 2025.

HE, Jiang *et al.* Social, Behavioral, and Metabolic Risk Factors and Racial Disparities in Cardiovascular Disease Mortality in U.S. Adults. **Annals of Internal Medicine**, 15 ago. 2023b. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m23-0507>. Acesso em: 7 dez. 2025.

MOURA, Roudom Ferreira *et al.* Autoavaliação de saúde dos idosos não institucionalizados da cidade de São Paulo / Brasil sob a perspectiva da cor da pele / raça. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 32, n. 3, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x202432030536>. Acesso em: 7 dez. 2025.

PAGE, M. J.; *et al.* A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 2, p. e2021422, 2022. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742022000201700. Acesso em: 05 dez. 2025.

RAMOS, J. S.; LIMA, F. T. Território, raça e saúde: desafios contemporâneos da população negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 89–103, 2024.

SANTOS, Iraneide Nascimento dos *et al.* O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-7331202434025pt>. Acesso em: 7 dez. 2025.

SANTOS, K. A. *et al.* Racismo estrutural e padrões de adoecimento da população negra no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 1–15, 2023.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.