

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE**

**JOÃO LUCAS BIANCARDI GOULART**

**Os desafios para a efetivação do direito humano à saúde da  
população negra: uma revisão da literatura**

**Porto Alegre  
2022**

**JOÃO LUCAS BIANCARDI GOULART**

**Os desafios para a efetivação do direito humano à saúde da  
população negra: uma revisão da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao curso de Gestão em Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Paulo Gilberto Cogo Leivas

Co-Orientadora: Profa. Aline Aver Vanin

**Porto Alegre**

**2022**

### Catálogo na Publicação

Goulart, João Lucas Biancardi

Os desafios para a efetivação do direito humano à saúde da população negra: uma revisão da literatura / João Lucas Biancardi Goulart. -- 2022.

36 p. : tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Gestão em Saúde, 2022.

Orientador(a): Prof. Dr. Paulo Gilberto Cogo Leivas ;  
coorientador(a): Profa. Dra. Aline Aver Vanin.

1. Saúde da População Negra. 2. Direitos Humanos. 3. Desigualdade Racial em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

## RESUMO

O Brasil é um país composto por mais da metade da população negra. Apesar disso, ainda é palco de um enorme abismo racial quando se trata de Saúde Pública. A parcela majoritária desta população ocupa posições menos favorecidas entre as classes e dentro do mercado de trabalho, além de residir em bairros e áreas que carecem de infraestrutura básica para disponibilização de serviços essenciais, como, por exemplo, os serviços de saúde. Assim sendo, o objetivo deste estudo é discutir como se configura a efetivação ao direito humano à saúde da população negra no Brasil. A pesquisa teve abordagem qualitativa para a identificação de produções sobre o tema escolhido entre 2016 e 2021. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, Google Scholar, SCIELO e BVS. Os resultados apontam para as restrições que impedem a garantia do direito humano, como o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, salientando as mazelas que afetam o Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, que interferem no pleno gozo de direitos humanos e constitucionais à saúde por parte da comunidade negra, principalmente. A superação das disparidades raciais na saúde e a produção efetiva de mecanismos adequados para a garantia do direito humano à saúde para a população negra no Brasil requer o desenvolvimento de ações concretas baseadas nos conceitos e elementos essenciais propostos pelas Nações Unidas e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da População Negra; Direitos Humanos; Desigualdade Racial em Saúde; Sistema Único de Saúde

## ABSTRACT

Brazil is a country made up of more than half of the black population. Despite this, it is still the scene of a huge racial abyss when it comes to public health. The majority of this population occupies less favored positions among classes and in the labor market, in addition to living in neighborhoods and areas that lack basic infrastructure for the provision of essential services, such as health services. Thus, the objective of this study is to discuss the realization of the human right to health for the black population in Brazil is configured. The research had a qualitative approach for the identification of productions on the chosen theme between 2016 and 2021. The search for studies was conducted in electronic databases LILACS, Google Scholar, SCIELO and BVS. The results point to the restrictions that hinder the guarantee of the human rights, such as full access to public health services and quality, highlighting the shortcomings that affect the Unified Health System and, consequently, that interfere with the full enjoyment of human and constitutional rights to health by the black community, especially. The overcoming racial disparities in health and the effective production of adequate mechanisms to guarantee the human right to health for the black population in Brazil require the development of concrete actions based on the concepts and essential elements proposed by the United Nations and the guidelines of the Unified Health System.

**Keywords:** Health of Ethnic Minorities; Human Rights; Racism; Unified Health System

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar de ser um país com cerca de 55,7% da sua população composta por negros (IBGE, 2021), o Brasil ainda é palco de um enorme abismo racial quando se trata de Saúde Pública. A parcela majoritária desta população acaba por ocupar posições menos favorecidas entre as classes e dentro do mercado de trabalho, por conseguinte residindo em bairros e áreas que carecem de uma infraestrutura básica para disponibilização de serviços essenciais, como, por exemplo, os serviços de saúde, os quais, quando disponíveis, podem ser de menor qualidade e resolutividade (ARAÚJO, 2009). Sob esse contexto, buscou-se analisar e discutir como se configura a efetivação ao direito humano à saúde da população negra no Brasil de acordo com a literatura nos últimos cinco anos.

O direito humano à saúde é universal e indivisível, reconhecido em numerosos instrumentos internacionais. O artigo 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos afirma:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (ONU, 1948)

Esse direito é universal pois a condição de pessoa deve ser o único e exclusivo requisito para titularidade desses direitos, sendo a dignidade da pessoa humana o fundamento de toda e qualquer medida. É também indivisível porque os direitos civis e políticos devem ser conjugados aos direitos econômicos, sociais e culturais, de forma que possibilite o exercício da liberdade e da convivência com justiça social, eliminando os obstáculos normalmente estabelecidos pelo tratamento desassociado desses direitos e a sua complementaridade obrigatória (VENTURA, 2010).

Adotado pela XXI Sessão da Assembléia-Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966, e em vigor no âmbito internacional desde 1976, porém, adotado pelo Brasil somente em 1992, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (BRASIL, 1992) vai além e prevê em seu 12º artigo o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental,

sendo o Estado o responsável por adotar medidas necessárias que assegurem o pleno exercício do direito, como, por exemplo: a diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças; a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente; a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças e a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade (BRASIL, 1992).

Posteriormente, com o intuito de proporcionar uma maior precisão ao conteúdo do direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR, 2000) ao tecer seus Comentários Gerais discorre sobre quatro elementos indispensáveis aos sistemas de saúde: a disponibilidade, a acessibilidade e suas dimensões, a aceitabilidade e a qualidade, os quais serão descritos a seguir.

a) Disponibilidade. Preconiza que os Estados Parte devem contar com um número suficiente de instalações, bens e serviços públicos de saúde, assim como de políticas e programas. Os serviços referidos também abrangem aqueles que se ocupam dos determinantes básicos da saúde, como água tratada e potável, e condições sanitárias adequadas. Neste elemento, importa também o número de hospitais, clínicas e demais instalações relacionados à saúde, médicos e profissionais de saúde, bem como a disponibilização de medicamentos essenciais, definidos no Programa de Ação sobre medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde, disponibilizados pelo Estado Parte (CESCR, 2000).

b) Acessibilidade. É definida como o dever assumido pelos Estados Parte de que as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação alguma, subdividindo-se em: (I) não discriminação: instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis de fato e de direito aos setores mais marginalizados e vulneráveis da população; (II) acessibilidade física: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial dos grupos vulneráveis ou marginalizados, das minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças e adolescentes. Neste elemento, incluem-se as pessoas que vivem nas zonas rurais ou de acesso geograficamente remoto; (III) acessibilidade econômica: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos e o pagamento pelos serviços de atenção à saúde deve atender ao princípio da equidade; (IV) acesso à informação:



compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias (CESCR, 2000).

c) Aceitabilidade. Define que todas as instalações, bens e serviços de saúde respeitem a ética médica e a cultura de cada indivíduo, principalmente as minorias. Devem respeitar também a confidencialidade e sempre buscar melhorar o estado de saúde das pessoas em questão (CESCR, 2000).

d) Qualidade. Entende que as instalações, bens e serviços de saúde devem ser apropriados e de qualidade sob o ponto de vista médico e científico. Exige, assim, profissionais capacitados, equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e em bom estado de funcionamento, condições sanitárias adequadas, entre outras coisas (CESCR, 2000).

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente do Movimento Negro – pela garantia ao Direito Humano à saúde participaram da esfera pública ao longo do período recente das mobilizações negras no Brasil, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, desde 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, o SUS garante pelo seu Marco Legal (Lei 8.080/90), que todos os habitantes em território nacional têm direito ao acesso universal. Outro princípio do SUS que entra nessa questão é o da Equidade, que busca tratar desigualmente as desigualdades, de forma que os menos favorecidos tenham uma melhor e mais duradoura atenção.

Por último, a Integralidade que em sua natureza tem como objetivo maior o de integrar a saúde propriamente dita com políticas sociais dos estados e municípios da Federação, como a prevenção e a promoção em saúde, a fim de ter uma atuação intersetorial eficiente repercutindo de maneira positiva e eficaz na qualidade de vida de todos, principalmente das populações que mais necessitam.

As motivações para a escolha do tema e a produção deste trabalho são oriundas das vivências do autor como homem negro e nordestino, estudante de uma universidade da saúde na qual há poucos estudantes e professores negros, e na qual a temática da saúde da população negra, apesar de estar numa crescente, ainda não atingiu um nível de debate científico público satisfatório.

Sob esse pretexto, é essencial entender e debater as publicações científicas acerca do direito humano à saúde e suas dimensões e como elas retratam o processo de consolidação da saúde da população negra como política de saúde pública. Conseqüentemente, essa produção também abre caminhos dentro do universo acadêmico para discussões sobre racismo, vulnerabilidade social e determinantes de saúde e seus impactos na saúde e suas formas de enfrentamento através de políticas públicas. Portanto, o objetivo desta pesquisa é discutir como se configura a efetivação ao direito humano à saúde da população negra no Brasil de acordo com a literatura dos últimos cinco anos.

Além disso, de acordo com o que preconizam os diversos instrumentos normativos internacionais de direitos humanos e com as possibilidades dadas pelos documentos e materiais disponíveis, pretende-se avaliar o grau de disponibilidade aos serviços de saúde à população negra; examinar a acessibilidade e suas dimensões (não-discriminação, acessibilidade física, econômica e de acesso à informação); verificar a aceitabilidade desses serviços e avaliar a qualidade das prestações de serviço de saúde de acordo com a literatura.

Em consonância, alguns conceitos que serão explicados adiante nos auxiliam a compreender melhor esse cenário de saúde da população negra no Brasil, como vulnerabilidade, determinantes sociais em saúde, interseccionalidade, racismo institucional, necropolítica e o acesso aos serviços de saúde em conjunto com o que preconiza e como atua a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Parte-se do princípio de que os direitos humanos devem ser assegurados para todos os seres humanos, sem distinção de raça, classe, etnia, nacionalidade, faixa etária, gênero, orientação sexual, condição física ou mental. Porém, isso não ocorre na prática: há quem considere humanos apenas uma parcela da humanidade de fato, negando assim a plena humanidade do Outro. A filósofa Sueli Carneiro explica que:

A negação da plena humanidade do Outro, a sua apropriação em categorias que lhe são estranhas, a demonstração de sua incapacidade inata para o desenvolvimento e aperfeiçoamento humano, a sua destituição da capacidade de produzir cultura e civilização prestam-se a afirmar uma razão racializada, que hegemoniza e naturaliza a superioridade européia (CARNEIRO, 2005).

Ou seja, o negro assim construído (Não-ser) afirma o branco (Ser). O Ser constrói o Não-ser, subtraindo-lhe o conjunto de características definidoras do Ser

pleno, como: autocontrole, cultura, desenvolvimento, progresso e civilização. Isso se realiza no contexto da relação de dominação e objetificação do outro, instalada historicamente pelo processo colonial (CARNEIRO, 2005). Nesse sentido, por sua condição racial, o negro é colocado em um lugar social que o expõe a uma série de vulnerabilidades.

O conceito de vulnerabilidade, segundo Ayres (2003), abarca uma série de determinantes individuais e coletivos diretamente relacionados a certa situação de exposição. De modo indissociável, também está relacionado ao grau de acesso a recursos adequados para proteger-se dos agravos e também de suas consequências indesejáveis provenientes da exposição sofrida. Werneck (2016), por sua vez, elenca três diferentes dimensões – individual, social e política –, que julga como principais e que atuam concomitantemente entre si, no fortalecimento da proteção ou na manutenção de sua vulnerabilidade como indivíduo ou população a determinadas condições.

Os determinantes sociais de saúde (DSS) estão diretamente atrelados à noção de vulnerabilidade. Para esses existem diversas definições. Conforme a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam sobre a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), adota consigo um conceito mais superficial, no qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007). Por outro lado, Nancy Krieger (2001) inova ao introduzir um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação.

A vulnerabilidade é consequência também do racismo, além de um conjunto de fatores associados, como classe social, nacionalidade, gênero e orientação sexual. O racismo, por sua vez, é uma mazela estrutural e estruturante da sociedade brasileira, do capitalismo e da sociedade de classes (DA SILVA E BERTOLDO, 2010). Por conta dessa arma ideológica, inúmeras iniquidades foram produzidas e perduram nas raízes do país até os dias atuais. O filósofo e jurista Silvio Almeida (2019), autor do livro “Racismo Estrutural”, define raça a partir de dois registros básicos que se entrecruzam e complementam: como característica biológica e como

característica étnico-cultural. Ele ressalta que não existem diferenças biológicas ou culturais que justifiquem um tratamento discriminatório entre seres humanos, tornando assim a noção de raça um fator político relevante, utilizado para naturalizar desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente minoritários (ALMEIDA, 2019, p.13).

Para compreender adequadamente as desigualdades e a sobreposição de opressões e discriminações existentes em nossa sociedade, é necessário introduzir um conceito essencial hoje em dia: a interseccionalidade.

Originalmente cunhado pela advogada Kimberlé Crenshaw em 1989, o termo sugere que, em contextos específicos, diferentes categorias sociais e biológicas, como sexo, gênero, raça, sexualidade, religião e classe se intersectam e interagem, gerando um sistema de opressão que revela a interseção de múltiplas formas de discriminação (CRENSHAW, 1989).

Angela Davis, professora e ex-militante dos Panteras Negras e do Partido Comunista dos EUA, apresentou a seguinte visão sobre a temática em um evento dedicado à memória da brasileira e também professora e militante Lélia Gonzalez em São Luís, no Maranhão em 1997:

[...] Claro que classe é importante. É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida. A gente precisa refletir bastante para perceber as intersecções entre raça, classe e gênero, de forma a perceber que entre essas categorias existem relações que são mútuas e outras que são cruzadas. Ninguém pode assumir a primazia de uma categoria sobre as outras. (DAVIS, 1997)

Já Carla Akotirene, em seu livro “Interseccionalidade”, define esse conceito como “[...] uma ferramenta teórica e metodológica usada para pensar a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, e as articulações decorrentes daí, que imbricadas repetidas vezes colocam as mulheres negras mais expostas e vulneráveis aos trânsitos destas estruturas.” (AKOTIRENE, 2018).

A partir disso, os direitos fundamentais devem ser observados sob a ótica do pensamento interseccional para que sua aplicação e garantia sejam efetivas. Não é possível construirmos políticas públicas sociais concretas sem um diagnóstico correto e aprofundado do tempo em que se vive. Quanto mais atravessamentos uma

pessoa tiver – sejam esses de raça, de classe, de gênero e até por suas condições físicas, por exemplo –, maiores serão os impactos de saúde. Note-se que, sob essa ótica, as pessoas com deficiência em especial são um grupo que deve ser visualizado, pois é o que enfrenta maiores dificuldades em circular e conviver em uma sociedade excludente e para o qual muitas vezes não planeja políticas públicas efetivas. Tal invisibilização pode ser percebida, inclusive, na pesquisa deste texto, que não encontrou estudos específicos agregados a essa temática.

Atualmente, os conceitos de interseccionalidade e de racismo institucional caminham juntos, mas esse nem sempre foi o caso. “A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas” (COLLINS, 2021, p. 16). Essa definição prática, desenvolvida por Patricia Hill Collins, descreve o principal entendimento da interseccionalidade, a saber, que, em determinada sociedade, em determinado período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por exemplo, não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes. De fato, essas categorias se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. Além disso, apesar de geralmente invisíveis, essas relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social.

A produção e o uso do conceito de racismo institucional para a promoção de políticas de igualdade racial teve início no final da década de 1960, vinculados principalmente a contextos pós-coloniais de empoderamento e (re)definição de sujeitos políticos negros em âmbito transnacional. Porém, o conceito de racismo institucional só começou a se difundir robustamente no Brasil cerca de 30 anos depois, em meados dos anos 1990 e 2000, tendo relação direta com o movimento negro e a mobilização que existia em prol da elaboração de políticas públicas de promoção da igualdade racial (LÓPEZ, 2012).

A utilização do conceito busca dar visibilidade a processos de discriminação indireta e de maneira oportuna permite não só a observação e a compreensão de maneira integral a respeito da produção e reprodução das desigualdades raciais em solo brasileiro, manifestando-se de forma explícita bastante difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações de diversos setores, que operam de forma desigual na distribuição e no acesso de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial. Ele vai além das relações interpessoais e se instaura na rotina das instituições, inclusive na

implementação efetiva de políticas públicas, gerando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades. A essa modalidade de racismo convencionou-se chamar de racismo institucional, em referência às formas como as instituições funcionam, contribuindo para a naturalização e reprodução da desigualdade racial. (LÓPEZ, 2012). Como, também, busca trazer o debate para a dimensão política e social, e de certa forma aumentar as possibilidades de efetividade das políticas públicas e organizacionais que têm como objetivo desconstruir o racismo e promover a igualdade racial (SILVA ET AL., 2009).

Ao ampliarmos a visão a partir do racismo institucional, emerge o conceito recente da necropolítica. Utilizado pela primeira vez em 2003 pelo filósofo e teórico político camaronês Achille Mbembe em seu livro homônimo.

O autor discute a atuação do Estado na construção e na gestão de uma política excludente unicamente baseada na ideia de um inimigo social e posteriormente elege os grupos "úteis", a serem preservados, e os grupos "descartáveis". Assim, o Estado controla quem pode viver e quem deve morrer (MBEMBE, 2011). Em consonância, o autor destaca o papel do racismo, sendo ele o motor do princípio necropolítico:

[...] racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, "este velho direito soberano de matar". Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado. Segundo Foucault, essa é "a condição para aceitabilidade do fazer morrer. (MBEMBE, 2018)

Atrelada a esse último trecho sobre a atuação do Estado, podemos destacar que só em Janeiro de 2022 foi promulgada no Brasil a Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância (BRASIL, 2022). Esta convenção, que no Brasil tem hierarquia constitucional, elenca diversos direitos e deveres, ações, definições e mecanismos de proteção e acompanhamento que visam à erradicação total e incondicional do racismo, da discriminação racial e de todas as formas de intolerância e dos propósitos e princípios e o dever de se adotarem medidas nacionais e regionais para promover e incentivar o respeito e a observância dos direitos humanos.

Uma prática de exclusão decorrente de discriminação racial é a forma como ocorre o acesso aos serviços de saúde.<sup>1</sup> Sob o ponto de vista do direitos humanos expressos no PIDESC (BRASIL, 1992) e nos Comentários Gerais do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR, 2000), a acessibilidade é um elemento essencial para a garantia do Direito Humano à saúde em todas as suas formas e em todos os níveis abarca os seguintes elementos essenciais e inter-relacionados, como disponibilidade plena, acessibilidade e suas dimensões (não-discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica e acesso à informação), aceitabilidade e qualidade, sendo todos de responsabilidade de aplicação do Estado.

Em Starfield (2006), o acesso não faz sentido ao possuir instalações, equipamentos e pessoal se essa estrutura não puder ser utilizada por pessoas que dela necessitam. Existem, portanto, segundo Donabedian (1988), a distinção entre o acesso socio-organizacional e acesso geográfico. Dessa maneira, temos os tipos de acessibilidade a serem consideradas, como: a de tempo, referente ao horário de disponibilidade; geográfica, referente a distância a ser percorrida pelo usuário e os meios disponíveis que viabilizam esse deslocamento; psicossocial, cujos fatores culturais e de linguagem (comunicação) são considerados para a avaliação de possíveis barreiras entre profissionais e usuários (STARFIELD, 2006).

Andersen (1995), em seu modelo de utilização de serviço de saúde, aponta que o acesso é apresentado como um dos elementos da estrutura dos sistemas de saúde, referindo-se à entrada no serviço de saúde mediante a necessidade e à continuidade do tratamento. O autor explica ainda que a influência do acesso no uso de serviços de saúde é ditada por fatores individuais ou predisponentes — que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde. Por fim, Donabedian (1973) complementa que a acessibilidade não pode ser restringida apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas que também inclua a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes.

---

<sup>1</sup> Existem definições acerca da acessibilidade como uma das facetas do acesso; sendo assim, de caráter ou qualidade do que é acessível, se refere à distância geográfica, tempo e custo, por exemplo. Porém, há outras que definem esse conceito de maneira correlacional, em que a acessibilidade reúne as características do sistema de saúde e da população usuária do mesmo. (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Ações importantes já foram adotadas para mitigar os impactos dos fatores apresentados acima, como, por exemplo, a PNSIPN, instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 992, é resultado da luta e mobilização da sociedade civil, e tem como finalidade promover a saúde da população negra de forma integral, reconhecendo o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, fatores que corroboram a morbimortalidade das populações negras brasileiras. Especificamente sobre o acesso aos serviços de saúde, a PNSIPN busca, em suas diretrizes, garantir e ampliar o acesso da população residente em áreas urbanas, principalmente regiões periféricas e residentes também de regiões de campo e floresta, principalmente as comunidades quilombolas.

Em seu último relatório do Ministério da Saúde acerca da PNSIPN (BRASIL, 2017), foram apresentados dados que discorrem sobre o acesso aos serviços de saúde pela população negra e ajudam a entender o conceito de acesso entendido pela própria política, baseado em seus objetivos, diretrizes e ações realizadas. Entre eles estão presentes dados sobre a periodicidade de consultas médicas e odontológicas e o acesso parcial e integral a medicamentos receitados no serviço público de saúde ou pelo programa Farmácia Popular e internações em hospitais do SUS.

Especificamente a respeito da saúde da mulher, apresentam-se dados acerca da realização de exames de mamografia, realização de consultas pré-natal, orientações para gravidez de risco e partos normais realizados pelo SUS, além de indicadores sobre a detecção de sífilis em gestantes e a taxa de mortalidade materna entre as mulheres negras. É apresentado ainda um panorama geral sobre a taxa de mortalidade entre homens e mulheres negras referente aos três grandes grupos de carga de doença: as doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais, as doenças não transmissíveis e as causas externas. Alguns exemplos que são tratados com mais profundidade pelo relatório são: o infarto de miocárdio, a diabetes mellitus, a hanseníase, a dengue, a doença de Chagas, o HIV/aids e as hepatites virais. Além disso, há enfoque sobre as estratégias que buscam oferecer transplante de células-tronco hematopoiéticas, tratamento e qualidade de vida para portadores da doença falciforme (BRASIL, 2017)



Por fim, o relatório discute os aspectos que interferem de alguma maneira no acesso aos serviços de saúde por parte dessa população, como a violência e a discriminação que negros e negras sofrem de profissionais de saúde ao procurarem os serviços de saúde. Com isso, é possível chegar ao entendimento de que todos esses fatores somados dizem respeito ao conceito de acesso aos serviços de saúde sob o olhar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017).

As motivações para a escolha do tema e a produção deste trabalho são oriundas das vivências do autor como homem negro e nordestino, estudante de uma universidade da saúde na qual há poucos estudantes e professores negros, e na qual a temática da saúde da população negra, apesar de estar numa crescente, ainda não atingiu um nível de debate científico público satisfatório.

## 2 METODOLOGIA

A revisão da literatura é um tipo de estudo que permite que o conhecimento sobre um determinado assunto seja identificado, analisado e sintetizado de forma sucinta, ressaltando sua relevância para o campo que lhe pertence. A síntese do conhecimento a partir dos estudos se faz indispensável para a compreensão do tema e a sua aplicabilidade no campo da prática (CLARO, 2013). Portanto, trata-se de estudo de abordagem qualitativa para a identificação de produções sobre o tema acesso da população negra aos serviços de saúde, entre 2016 e 2021.

A questão norteadora desta pesquisa foi: “O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, produziu a respeito da efetivação do direito humano à saúde da população negra?”. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scholar, a Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram utilizados os seguintes descritores, padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “acesso aos serviços de saúde”, “saúde da população negra”, “grupo com ancestrais do continente africano”, “população negra”, combinados com o operador booleano “AND”. Foram incluídos artigos disponibilizados na íntegra (free full text), nos últimos 05 anos (2016 a 2021), nos idiomas espanhol, inglês e português.

Definiram-se como critérios de inclusão dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência, entre outros); artigos com resumos e textos completos disponíveis para análise; artigos publicados no idioma português entre os anos de 2016 e 2021 e que respondessem à questão norteadora.

Os critérios de exclusão foram: artigos indisponíveis no período do estudo, produções repetidas (entre as bases de dados) e que não respondessem expressivamente à questão norteadora.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos selecionados. Pode-se constatar que 100% (16) dos artigos foram publicados em periódicos nacionais. Os artigos foram categorizados quanto ao paradigma metodológico que definiu o estudo, sendo distribuídos da seguinte forma: 50% (8) são estudos qualitativos, 6,25% (1) são estudos quantitativos e 43,75% (7) são artigos de revisão. Já em relação ao referencial teórico utilizado nos estudos, 100% (16) adotaram um referencial teórico. Na classificação dos estudos quanto ao contexto em que se realizaram na área de interesse, 100% (16) eram de cuidados hospitalares e/ou saúde pública/coletiva. A análise dos dados buscou identificar e capturar as informações de cada estudo a fim de analisar como e se ocorre a efetivação do direito humano à saúde da população negra.

Quadro 1 - Artigos selecionados para o estudo

<b>Título/Autor(a) Ano/País</b>	<b>Delineamen to</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais Resultados</b>
Vulnerabilidade da população negra brasileira frente à evolução da pandemia por COVID-19 Ferreira e Camargo, 2020 Brasil	Estudo documental descritivo e quantitativo	Analisar a vulnerabilidade da população negra brasileira frente à evolução da pandemia por COVID-19.	Com base nos dados dos boletins epidemiológicos foi possível constatar que pessoas negras têm maiores chances de internação por SRAG e morte por COVID-19 no Brasil, o que implica maior situação de vulnerabilidade.
Saúde das mulheres	Revisão	Realizar um	Identificou-se limitações

<p>quilombolas: diálogo com a literatura</p> <p>Durand e Heidmann, 2020</p> <p>Brasil</p>	<p>integrativa da literatura</p>	<p>mapeamento na literatura sobre os estudos que abordam a saúde das mulheres quilombolas.</p>	<p>frente a determinação social com foco em pesquisas de cunho biológico e com ênfase na doença, destacando a necessidade imperiosa de estudos voltados à promoção da saúde desta população</p>
<p>Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental</p> <p>Jesus, 2020</p> <p>Brasil</p>	<p>Pesquisa bibliográfica de nível exploratório</p>	<p>Racializar a discussão sobre saneamento e saúde (ambiental) a partir de uma perspectiva político-histórica</p>	<p>A pesquisa revelou que a cada uma hora e meia uma pessoa negra morre por não ter saneamento adequado no Brasil, uma realidade que resulta da relação entre Estado, racismo institucional e racismo ambiental e contribui para o genocídio da população negra brasileira. Urge, portanto, olhares e ações que coloquem esse tema nas agendas políticas e de pesquisa.</p>
<p>Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa</p> <p>Silva et al., 2020</p> <p>Brasil</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Evidenciar e discutir como ocorre o acesso da população negra aos serviços de saúde.</p>	<p>Os estudos demonstraram que a dificuldade de acesso é um fator fundamental para a qualidade de vida das pessoas, comprometendo diretamente serviços preventivos, principalmente para a saúde da mulher e, ainda, é impactante para o processo de adoecimento da população negra dentro de suas particularidades. Diversos fatores limitantes comprometem o acesso da população negra aos serviços de saúde, desde institucionais a estruturais.</p>
<p>Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em Comunidades Quilombolas do Estado de Sergipe, Brasil</p> <p>Santos et al., 2019</p> <p>Brasil</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Avaliar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica e sua associação a fatores de risco cardiovasculares na população quilombola do Estado de Sergipe, Brasil.</p>	<p>A prevalência de hipertensão arterial nas comunidades quilombolas apresentou um número elevado. Sua associação a fatores de risco cardiovasculares aponta a necessidade de melhoria do acesso aos serviços de saúde.</p>

<p>O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde</p> <p>Durand e Heidmann, 2019</p> <p>Brasil</p>	<p>Pesquisa de abordagem qualitativa</p>	<p>Discutir o acesso de mulheres quilombolas em vulnerabilidade social para o alcance da equidade em saúde.</p>	<p>Como temas relevantes do acesso são desvelados o transporte, a mobilidade urbana, a informação em saúde e o racismo. O empoderamento comunitário é imprescindível para o alcance da equidade em saúde. Instiga-se um aprofundamento desta temática, pois se percebe que o constrangimento, a insegurança e a culpabilidade das mulheres ao relatarem algumas omissões sobre sua saúde ainda se mantém presente. É visível o alcance do empoderamento ao terem atitudes perante a sua saúde e autocuidado.</p>
<p>Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa</p> <p>Paulista et al., 2019</p> <p>Brasil</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Analisar os fatores que impactam a acessibilidade da população negra ao cuidado oncológico no Brasil.</p>	<p>As desigualdades raciais e socioeconômicas refletem nas ações de acessibilidade ao cuidado oncológico, maioritariamente na detecção precoce. Independentemente do tipo de câncer e das formas de diagnóstico e de tratamento, é inegável a dificuldade do paciente negro aos cuidados oncológicos por razões de natureza social e econômica. Os profissionais de saúde deveriam assegurar o atendimento à população negra ao mesmo nível prestado aos demais grupos sociais para garantir e superar as barreiras de acesso aos bens e serviços de saúde.</p>
<p>Racismo institucional e saúde da população negra</p> <p>Werneck, 2016</p> <p>Brasil</p>	<p>Revisão da literatura</p>	<p>Apresentar algumas informações acerca dos processos de formulação desse campo conceitual a partir das demandas dos movimentos sociais organizados e das formulações de especialistas.</p>	<p>Foram apresentadas informações com o objetivo de subsidiar pesquisas e contribuir para a formulação e gestão de políticas públicas adequadas às necessidades expressas nos indicadores sociais e de saúde das mulheres negras brasileiras.</p>

<p>Implementação da política nacional de atenção integral à saúde da população negra na Bahia</p> <p>Gomes et al., 2017</p> <p>Brasil</p>	<p>Estudo documental</p>	<p>Descrever a implantação e operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra no estado da Bahia, Brasil.</p>	<p>Foram evidentes os avanços das ações de atenção à saúde da população negra na Bahia durante o período estudado, porém o ciclo da política ainda está longe de acabar, o que exige ações que promovam maior alcance das atividades nos municípios baianos.</p>
<p>Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil</p> <p>Bezerra et al., 2017</p> <p>Brasil</p>	<p>Estudo transversal de base populacional</p>	<p>Estimar a prevalência de pré-hipertensão em quilombolas e avaliar fatores associados.</p>	<p>A prevalência de pré-hipertensão nas comunidades quilombolas foi elevada, e sua identificação pode permitir o rastreamento e a sensibilização de um grupo com maior risco cardiovascular e de progressão para a hipertensão arterial. Observa-se a necessidade de amplo acesso a serviços de saúde e ações específicas voltadas à orientação, prevenção e promoção da saúde nessa população.</p>
<p>O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola</p> <p>Matos et al., 2020</p> <p>Brasil</p>	<p>Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica</p>	<p>Desvelar os significados do cuidar de si das mulheres quilombolas frente aos determinantes sociais presentes em seu território.</p>	<p>Os quilombolas enfrentam desafios cotidianos influenciados pelos determinantes sociais que são acentuados pela desigualdade do acesso aos serviços e às ações vinculadas ao seu direito à saúde, e, nesse sentido, o Diretório de Mulheres aparece como estratégia para continuarem a resistir.</p>
<p>Aspectos associados com a ocorrência da violência na população negra</p> <p>Nascimento et al., 2017</p> <p>Brasil</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Verificar os aspectos que estão envolvidos na violência contra a população negra.</p>	<p>Foram obtidas considerações que a população negra, quando comparada aos demais da população, apresenta maiores chances de morte-materno infantil, sofre mais com a violência, e a qualidade e expectativa de vida são mais baixas. As barreiras socioeconômicas e étnico-raciais contribuem para a vulnerabilidade social dessa classe. Os negros são as maiores vítimas de homicídio, devido as desigualdades e discriminações vividas por eles. Em suma, o preconceito</p>

			e a discriminação ainda são muito presentes no Brasil, afetando a saúde, escolaridade, condições sociais e econômicas.
<p>Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana</p> <p>Rosa e Araújo, 2020</p> <p>Brasil</p>	<p>Pesquisa de abordagem qualitativa</p>	<p>Compreender a percepção de saúde por uma população remanescente de quilombolas do município de Canoas/RS.</p>	<p>Constatou-se a existência da percepção distorcida de saúde, doença e autocuidado, além de determinantes sociais de saúde relacionados ao ambiente urbano, desinteresse social e ineficiência do setor saúde para o atendimento do grupo étnico e desconhecimento dos quilombolas em relação à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra com reduzida participação em espaços de controle social.</p>
<p>Política Pública de Saúde à População Quilombola: a realidade de Sertão/RS</p> <p>Figueiredo, 2021</p> <p>Brasil</p>	<p>Pesquisa diagnóstica de campo</p>	<p>Analisar a aplicação da Política Pública da Saúde da População Quilombola no Interior do Município de Sertão /RS</p>	<p>Apoiado num referencial teórico significativo, no depoimento dos usuários e dos técnicos da saúde do município, o resultado da investigação mostrou que a população quilombola do município de Sertão tem seus acessos aos serviços de saúde limitados. Tais limitações, bem como, os atrasos nos repasses de recursos à saúde direcionados à população específica consideram a inexistência de dados de atendimentos e situações de adoecimentos, o que inviabiliza planos de ação dos promotores de saúde.</p>
<p>Promoção da saúde das mulheres quilombolas: a relação com os determinantes sociais</p> <p>Durand, 2016</p> <p>Brasil</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Compreender a relação entre os Determinantes Sociais e a Promoção da Saúde de mulheres que vivem em uma comunidade quilombola de Garopaba, estado de Santa Catarina.</p>	<p>Concluiu-se a forte relação dos Determinantes Sociais na Promoção da Saúde das mulheres quilombolas revelada por meio da acentuada correlação das questões raciais versus a fragilidade junto à assistência, à educação, a informação em saúde e principalmente, o distanciamento de comunidades vulneráveis ao alcance de uma saúde</p>

			<p>integral e equânime. Percebe-se ainda a importância de estudos futuros ancorados em pesquisas participativas e dialógicas propulsoras de momentos de reflexão/discussão. Afirma-se a relevância do alcance da ação-reflexão-ação no transcorrer dos Círculos de Cultura, ratificando a importância iminente da abordagem de questões sociais atreladas à Promoção da Saúde e qualidade de vida de comunidades em vulnerabilidade social.</p>
<p>Mulheres negras vivendo com HIV: políticas públicas</p> <p>Silva et al., 2019</p> <p>Brasil</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Identificar os avanços e desafios das políticas públicas destinadas às mulheres negras vivendo com HIV.</p>	<p>Evidenciaram-se fragilidades no aspecto das contribuições das políticas públicas na mudança de paradigmas sociais antigos atrelados ao HIV, fato confirmado pelo papel de destaque da vulnerabilidade como protagonista da realidade vivenciada pelas mulheres negras.</p>

Fonte: elaboração própria (2022)

Com base nas informações presentes nos artigos selecionados, faz-se necessária a abordagem sobre a população negra e como se configura a efetivação do Direito Humano à saúde e os diferentes elementos que o compõem para essa parcela da sociedade brasileira. A análise preliminar dos dados e das informações dos estudos selecionados permitiu identificá-los e categorizá-los a partir das quatro premissas que formam a base do direito à saúde atualmente: I – Disponibilidade; II – Acessibilidade e suas dimensões; III – Aceitabilidade; e IV - Qualidade.

### 3.1 Disponibilidade

A disponibilidade de estabelecimentos, bens, serviços de saúde e profissionais de saúde em número suficiente, alocados geograficamente onde são necessários, providos de recursos, com competências relevantes, motivados, envolvidos e apoiados é essencial para o gerenciamento e a prestação dos serviços de saúde em todo o país (CESCR, 2000).

Silva et al. (2020), ao se debruçar sobre dados do IBGE (2004), IPEA (2003) e DIEESE (2000), sintetizaram que a maioria da população negra ocupa posições menos qualificadas e de pior remuneração no mercado de trabalho; reside em áreas com ausência ou baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica; sofre maiores restrições no acesso a serviços de saúde e estes, quando disponibilizados, são de pior qualidade e menor resolutividade. Apontam, também, que há uma insuficiência latente na área da saúde desde a estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, somada à baixa disponibilidade de insumos e equipamentos, ao número reduzido de profissionais, barreiras geográficas e da depreciação dos conhecimentos medicinais tradicionais da cultura de determinada região. Explicam, ainda, que fatores como racismo e sexismo, atrelados aos já citados anteriormente, atuam de forma articulada com o objetivo de afetar a garantia de acesso universal e equitativo à saúde (SILVA ET AL., 2020). A disponibilidade de serviços e insumos de saúde, embora não seja o único fator responsável por uma qualidade de vida satisfatória e saudável, é determinante para um bom estado de saúde e/ou para seu restabelecimento, pois refere-se também à utilização plena e integral dos serviços e insumos (SILVA ET AL., 2020). Nascimento et al. (2017), com base em outros autores e no Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil (PAIXÃO ET AL., 2010), constataram que a população negra apresenta maiores chances de morte materno-infantil, violência de forma intensa e expectativa e qualidade de vida menores quando comparadas ao restante da população não negra.

Em um estudo de Durand e Heidmann (2020), destaca-se que o SUS obteve, em um recorte temporal não especificado, certo avanço no cumprimento dos seus princípios e na produção de serviços, porém ainda pode se observar a existência de desigualdades geográficas e sociais a respeito da disponibilidade e do acesso, principalmente em análises sob a ótica da raça/ cor e etnia. A seguir, o estudo avalia os serviços de saúde destinados especificamente à população quilombola, e



constata que boa parte dos atributos da Atenção Primária não são contemplados adequadamente ou sequer estão presentes no processo assistencial. Relata ainda que inexistente a adesão dos serviços de saúde ao novo modelo assistencial de saúde proposto em questão, perpetuando e centralizando as ações somente nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, o que não contempla o princípio da disponibilidade e em maior dimensão, retrata a iniquidade a que estão sujeitos os quilombolas da comunidade estudada, e não observa o conceito ampliado de saúde. Esses fatores, somados a uma crescente dependência do sistema público de saúde por parte dessa população e à intensificação do subfinanciamento proposital por intermédio da Emenda Constitucional 95/2016, apontam para piores condições a respeito da disponibilidade dos serviços de saúde que prestem assistência para esse grupo racial (FERREIRA E CAMARGO, 2021).

Jesus (2020) e Matos et al. (2020) ressaltam e evidenciam uma estreita relação entre saúde e saneamento básico no contexto brasileiro, porém essa interação não chegou ao campo prático, como no planejamento e execução de políticas e programas da área. Matos et al. (2020) concluíram que fatores socioeconômicos e políticos, como a falta de saneamento básico, o não abastecimento de água e a ausência de profissionais de saúde atuando regularmente em uma região/município interferem diretamente na disponibilidade dos serviços de saúde. Ao extrair dados do último Censo Demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, Jesus (2020) expõe os indicadores mais pertinentes e desiguais baseadas em raça/cor/etnia, como por exemplo a porcentagem de pessoas com abastecimento de água, 49 % são negros e 51% brancos; sem abastecimento de água são 62% negros e 38% brancos; com esgoto sanitário são 44% negros e 56% brancos; sem esgoto sanitário são 59% negros e 41% brancos; sem acesso a banheiro são 79% negros e 21% brancos; e sem coleta de resíduos sólidos são 69% negros e 31% brancos. O Estado, como provedor responsável, pratica um entrave à promoção da equidade na medida em que influencia o processo saúde-doença-cuidado-morte, favorece um quadro de morbimortalidade por doenças injustas e evitáveis relacionadas ao saneamento básico e estimula a violação do direito à saúde e seus diferentes aspectos (JESUS, 2020).

Dado esse panorama, a não disponibilização do saneamento, atrelada à mortalidade por doenças relacionadas com o saneamento ambiental inadequado

(DRSAI) concretizam indicadores de desigualdade social e racial que devem ser explorados e priorizados em análises, programas e políticas públicas, visto que historicamente o saneamento básico no país é constituído como privilégio, e não como um direito, e mecanismo de controle social e racial. Dessa forma, é imprescindível que a PNSIPN inclua as DRSAI em suas diretrizes de atuação, de tal modo que esse indicador seja determinante no planejamento e execução de políticas de saúde e saneamento básico de áreas que necessitem (JESUS, 2020).

Gomes et al. (2017) investigaram a implantação da PNSIPN no Estado da Bahia, programa que preconiza um modelo de gestão, em consonância com o SUS, no qual os grupos étnicos em foco têm direito à promoção da saúde na atenção e no cuidado, priorizando a diminuição das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços do SUS. Os autores concluíram que, apesar dos avanços e de toda a discussão e implementação de legislação e das medidas para esse fim, o ciclo ainda não se concretizou, sendo de suma importância investir em ações para a concretização de sua implementação e a plena garantia do Direito à Saúde para a população alvo.

Constatou-se, além disso, que de fato as ações desenvolvidas nos municípios das diversas regiões do estado são frequentemente citadas no Relatório Anual de Gestão desde 2008; no entanto, a maior parte das atividades é centralizada na capital baiana. Em um estado com território geograficamente vasto, dada a quantidade de municípios e a constatação de que é constituído de população majoritariamente negra, as atividades podem chegar com mais facilidade a polos próximos da capital durante os primeiros anos de implantação. No entanto, após esse período, os municípios da macro e microrregião podem e devem ser inseridos na estratégia ao mesmo tempo em que acrescentam os objetivos da PNSIPN nos Planos Municipais de Saúde.

### 3.2 Acessibilidade e suas dimensões

A Acessibilidade é definida como o dever assumido pelo Estado de que as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação alguma, subdividindo-se em quatro dimensões: (I) não discriminação; (II)

acessibilidade física; (III) acessibilidade econômica; (IV) acesso à informação (CESCR, 2000).

Figueiredo (2021), ao investigar o acesso à saúde como direito constitucional às populações rurais, retrata que nessas áreas a dificuldade de acesso aos serviços de saúde se dá pela escassez de transporte coletivo, o que impacta também a qualidade e a acessibilidade aos serviços, e até mesmo a busca por medicamentos. O autor complementa que a assistência nessas comunidades rurais, em especial a que foi alvo de seu estudo, é direcionada às Unidades Básicas de Saúde da Família, nas quais atuam normalmente as equipes multiprofissionais. Porém, esse tipo de assistência é comumente pontual e de certa forma curativista, em que o foco está apenas nos aspectos biológicos do processo saúde-doença. Outros fatores que contribuem para o agravamento desses entraves é a rotatividade dos profissionais e a infraestrutura inadequada, aspectos primordiais que embasam o Direito à Saúde.

Ao estudar as políticas públicas destinadas às mulheres com HIV-Aids, Silva et al. (2019) puderam constatar que a vulnerabilidade dessas mulheres é atribuída também pela baixa possibilidade de acesso aos serviços de saúde e também ao acesso às informações em saúde de forma didática e compreensível, duas facetas que compõem a acessibilidade no Direito à saúde. Dessa forma, torna-se evidente como a vulnerabilidade social vivenciada diariamente pelas mulheres negras permeia as desvantagens em saúde e as restringe do Direito à Saúde, elevando o risco para desenvolvimento e agravamento de doenças. Sendo assim, a população negra, especialmente as mulheres, vem encontrando barreiras de acesso determinadas pelo racismo institucional dos serviços, com fundo histórico, definido pela discriminação enfrentada ao longo dos anos, responsável pela formação de disparidades de acesso a bens e serviços, assim como entraves ao exercício de direitos (ROSA E ARAUJO, 2020).

Ao explorar a discriminação sobre essa parcela da população, Durand e Heidmann (2020) enfatizam que o Ministério da Saúde reconhece a existência de um potencial patogênico decorrente das discriminações. No caso das mulheres negras submetidas à discriminação racial, de gênero e de classe, é maior o risco de comprometimento de sua identidade, da imagem corporal, de seu autoconceito e autoestima, entre outros aspectos. Dessa forma, é percebida a presença de práticas e comportamentos discriminatórios na atenção à saúde, o que resulta no cerceamento da acessibilidade e inviabilizada o atendimento e o cuidado adequado,

refletindo negativamente na forma de nascer, viver e morrer não só das mulheres negras, mas da população negra em geral (DURAND E HEIDMANN, 2020).

Ao investigar o desvelar do cuidar de si da mulher quilombola, ou seja o processo de descobrimento sobre como ocorre o autocuidado dessas mulheres frente às iniquidades sociais presentes em seu território, Matos et al. (2020) sintetizam os relatos de mulheres quilombolas acerca de suas dificuldades frente aos serviços de saúde, como a não disponibilidade de serviços especializados clínicos e laboratoriais e atendimentos de urgência-emergência. Segundo elas, para terem acesso ao serviço de saúde, precisam se deslocar para as cidades vizinhas. Contudo, essas mulheres esbarram na dependência de terceiros para fazer tal traslado, uma vez que o SAMU não chega até suas residências. Essa situação onera o orçamento familiar, pois essas pacientes se vêem obrigadas a custear sua estadia para o local de encaminhamento, além de outros gastos (MATOS ET AL., 2020)

Há, também, o desconhecimento, por parte das comunidades quilombolas estudadas, sobre as políticas públicas que lhes são direcionadas (quando são direcionadas) e que constituem seu direito à saúde – ou seja, o princípio do acesso à informação não é garantido para essa população (MATOS ET AL., 2020). Dessa forma, enfrentam desnecessariamente no seu cotidiano dificuldades decorrentes das condições estruturais do serviço de saúde, como também problemas de garantia do acesso ao serviço público, o que se revela como uma forma de exclusão. Em Nascimento et al. (2017), evidenciou-se que mais de 90% da população citada em seus estudos desconhece a PNSIPN, e mais de 50% dos entrevistados, sendo esses profissionais da saúde, se referiram a tal política como ruim e que reforça a discriminação contra a população negra.

Bezerra et al. (2017) investigaram a prevalência de hipertensão arterial e as vulnerabilidades que as populações negra e quilombola sofrem, as dificuldades quanto ao seu acesso e os agravamentos que fatores ligados aos DSS causam. Os autores concluem que a escolaridade é um fator determinante para esse cenário, ao passo que a população com pouca ou nenhuma escolaridade é parcialmente ou integralmente privada do acesso à informação, conseqüentemente sendo um fator de discriminação para essas pessoas.

Sob o cenário recente de pandemia de Covid-19, Ferreira e Camargo (2021) relacionam a baixa qualidade de vida geral da população negra e o baixo grau de

escolaridade à falta de acessibilidade aos serviços de saúde e informações acerca do vírus para justificar a identificação tardia de sinais e sintomas da doença, acarretando assim um agravamento do quadro que muitas vezes progrediu fatalmente, evidenciado nos boletins epidemiológicos. Acrescentou-se ainda que a pandemia possa ter limitado o acesso à assistência de outras comorbidades, como o HIV e também à própria vacina contra o Coronavírus.

Por fim, os estudos de Paulista et al. (2019) revelam que durante o ciclo gravídico-puerperal também não existe a garantia integral do direito à saúde devido à discriminação, visto que mulheres negras e pardas têm menor acesso ao pré-natal, dificuldades no atendimento em maternidades e menor grau de analgesia durante o parto. Segundo dados utilizados pelos autores, extraídos de Amorim et. al (2006), a não realização do exame Papanicolau foi significativamente mais frequente nas mulheres com escolaridade de menor grau, que se autodeclaram negras e estão na faixa etária entre 40 e 59 anos. A maior prevalência de não realização do exame de Papanicolau relacionada à raça persistiu mesmo após ajuste para idade e escolaridade, apontando a existência de desigualdade racial quanto ao acesso aos exames e aos cuidados necessários.

Werneck (2016) propõe neste campo do acesso a criação de iniciativas de aproximação que impliquem não apenas a eliminação de entraves, fator esse que impede o agente público de alcançar as mulheres negras, como também a maior disponibilização de infraestrutura acessível à população negra. Ou seja, deve-se envolver esforços institucionais em deslocar-se – fisicamente e em relação à cultura institucional – em direção a esse grupo excluído ou sub-representado (WERNECK, 2016).

### 3.3 Aceitabilidade

A Aceitabilidade preconiza o respeito à ética médica e à cultura de cada indivíduo, principalmente as minorias, em todas as instalações, bens e serviços de saúde. Deve-se respeitar ainda a confidencialidade e sempre estar disposto a buscar melhorar o estado de saúde dos pacientes e usuários em questão (CESCR, 2000).

Silva et al. (2020) expõem que essa faceta do direito à saúde nem sempre é assegurada para os usuários do Sistema de Saúde, em especial para os negros. Em

revisão integrativa da literatura, os autores concluíram que mulheres afrodescendentes e indígenas no Brasil e na América Latina deixam ou são impedidas de procurar os serviços de saúde por conta da discriminação enraizada. Ainda segundo Silva et al. (2020), o fracasso das instituições e organizações resulta em não ofertar um serviço profissional que respeite a diversidade e seja adequado às pessoas por causa de sua cultura, origem racial ou étnica. Isso se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho resultantes do preconceito racial, ações que combinam estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer situação, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos em condições de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.

Matos et al. (2020) salientam que a população negra brasileira ainda convive com o fato de que muitos dos profissionais que a assistem desconsideram os modos e os instrumentos que comumente as comunidades quilombolas e a população negra em geral utilizam na sua prática cotidiana de cuidar de si e do próximo.

Ao entender a relevância prática desse aspecto do direito humano, Durand (2016) salienta a importância de uma formação profissional voltada para práticas dialógicas, com o objetivo de compreender tanto os determinantes da saúde como também o desenvolvimento de ações que impactem positivamente nas condições de vida e de saúde da população, como por exemplo práticas de envolvimento do controle social e escuta acerca das necessidades da população em questão, vislumbrando assim construir compromissos e laços para a melhoria da aceitabilidade no contexto do serviço público de saúde, e dessa forma também atribuindo uma maior responsabilização dos profissionais de saúde pelos resultados de suas ações.

O estudo de Durand e Heidmann (2019) tem como foco as mulheres negras, as quais experimentam diariamente diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, ao se interseccionarem, comprometem a sua inserção na sociedade como cidadãs de direito, especialmente no que diz respeito à saúde, já que as iniquidades impostas pelo racismo e o sexismo discriminam as mulheres no acesso aos serviços de saúde. O acesso restrito aos próprios profissionais da saúde, a

ausência do princípio da aceitabilidade ou de habilidades para utilizar ou questionar frente aos seus anseios indicam a vulnerabilidade dessas mulheres relacionadas ao processo saúde-doença. O cenário do acesso que remete às múltiplas dimensões da vulnerabilidade da mulher negra e quilombola reforça a importância eminente de estratégias de empoderamento individual e comunitário de forma equitativa e promotora de práticas e discussões que promovam a saúde e a qualidade de vida dessas mulheres (DURAND E HEIDMANN, 2019).

Em consonância com os autores anteriores, Rosa e Araújo (2020) buscam destacar a importância da aceitabilidade e a compreensão ampliada frente aos processos de saúde-doença da população negra que são particulares pois sofrem com múltiplas barreiras de acesso à saúde e aos serviços de saúde. As práticas e as ações em saúde necessariamente precisam ser pautadas conforme a demanda dessa população assistida, considerando e respeitando sua realidade, o seu contexto de inserção social, legitimando assim as ações coletivas e o comprometimento que é esperado das instituições de saúde. Para Werneck (2016), é essencial a qualificação de profissionais e de gestores, além dos próprios usuários e a população como um todo, para a produção efetiva de mudanças consistentes na cultura institucional da saúde no país.

### 3.4 Qualidade

No direito à saúde, a esfera da qualidade é interpretada da forma que as instalações, bens e serviços de saúde devem ser apropriados e de qualidade sob o ponto de vista médico e científico. Exige-se, assim, profissionais capacitados, equipamentos hospitalares cientificamente aprovados e em bom estado de funcionamento, condições sanitárias adequadas, entre outros fatores que contribuem para uma qualidade satisfatória (CESCR, 2000).

Nos estudos de Durand (2016) e de Durand e Heidmann (2019), com base em Norman e Tesses (2015), afirma-se que a qualidade da assistência voltada à dimensão populacional está ancorada no trinômio equidade, eficiência e custo, firmando novamente a equidade como forte alicerce ao sistema e isto pode possibilitar o acesso da atenção em saúde. A qualidade e o acesso aos serviços de saúde como um todo, para toda a população, fazem parte tanto do Direito à Saúde

como também do princípio da Universalidade do SUS, no entanto, ainda não se concretizou na prática (DURAND E HEIDMANN, 2019).

A qualidade dos serviços de saúde públicos é resultado de uma articulação de saberes e de experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas (FIGUEIREDO, 2021). No entanto, ao estudar uma comunidade quilombola, Figueiredo (2021) afirma que a qualidade dos serviços de saúde é diretamente prejudicada, por exemplo, por questões geográficas, como comunidades que residem em localidades rurais, onde o transporte coletivo é escasso ou inexistente.

Rosa e Araújo (2020) acrescentam a esse contexto a falta de preparo dos profissionais de saúde e dos serviços de assistência para a população negra, que não contempla os princípios do SUS em sua totalidade, ao passo que falham em reconhecer a urgente necessidade de desconstrução do racismo e a implementação de uma educação permanente nas equipes multiprofissionais que viabilizem a oferta de cuidados integrais, equânimes e de qualidade à esta parcela da população.

Os autores também perceberam a existência de uma lacuna de conhecimentos acerca da saúde da população quilombola brasileira, em especial sobre as comunidades inseridas no meio urbano, muitas delas periféricas. Constatou-se um reduzido universo de informações, pesquisas e literaturas, explicitando a falta de proximidade da comunidade científica com essa temática. Esse fator impossibilita a fundamentação necessária para o desenvolvimento de estratégias de atenção em saúde de qualidade para essa parcela da sociedade (ROSA E ARAÚJO, 2020).

Por fim, como evidenciado no item anterior, acerca da aceitabilidade, Silva et al. (2020) retratam que a população negra em geral, incluindo os quilombolas, quando procuram por serviços de saúde e atenção, está mais propensa a receber uma assistência de menor qualidade ou sofrerem com atrasos e falta de atenção necessária em comparação com outros pacientes não negros. Tais atos fazem com que essa população se torne suscetível a humilhação, exclusão e constrangimento, que deveriam ser evitáveis.



## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conquistas e as reivindicações da população negra pela garantia ao direito humano à saúde tem intensa história na esfera da saúde pública ao longo do período recente das mobilizações negras no Brasil. Contudo, essa luta histórica está longe de cessar.

As discussões aqui expostas sobre o Direito Humano à saúde e seus fatores essenciais como acesso, acessibilidade e suas dimensões, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde buscaram convergir o olhar do debate acadêmico das Ciências da Saúde para as restrições que impedem a garantia do pleno acesso aos serviços públicos de saúde de qualidade, salientando as mazelas que afetam o Sistema Único de Saúde e, por conseguinte, que interferem no pleno gozo de direitos humanos e constitucionais à saúde por parte da comunidade negra, principalmente.

Ao elencar a inexistência ou precariedade da estrutura física e profissional dos serviços de saúde, bem como a não disponibilização integral destes, evidencia-se a mínima oferta do Estado brasileiro, pelo subfinanciamento do Sistema Único de Saúde. Desta forma, inviabiliza-se o salto qualitativo positivo dos serviços e políticas de saúde pública e por consequência a qualidade de vida da população negra no país, que é bastante dependente do SUS. Contudo, deve-se exaltar e defender o trabalho sério e a dedicação de profissionais de saúde, agentes comunitários e gestores que batalham e buscam garantir diariamente a assistência e o cuidado adequado e necessário que a população negra do Brasil merece por direito.

A superação das disparidades raciais na saúde e a produção efetiva de mecanismos adequados para a garantia do Direito Humano à saúde para a população negra no Brasil passa pela ampliação das noções acerca do direito humano, incluindo de fato a população negra. Requer o desenvolvimento de ações concretas baseadas nos conceitos e elementos essenciais propostos pelas Nações Unidas e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde apresentados durante todo o trabalho. Com isso, se faz necessário estabelecer medidas facilitadoras de aproximação e acesso, métodos e linguagens inteligíveis, que respeitem e dialoguem com os diferentes valores, crenças e visões de mundo, além de incluir e priorizar diferentes grupos dentro da população negra com o objetivo de levar em

conta antes da tomada de decisão terapêutica, de processos e de políticas a faixa etária, local de moradia, geração, orientação sexual, condição física e mental etc. Para isso, se faz imprescindível a presença e a participação de gestores em saúde e profissionais qualificados em ações e políticas que visem eliminar o racismo institucional e as disparidades raciais e de gênero no cenário nacional da saúde.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019. 19 p.
- ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2329-2338, 2006.
- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior*, ano 36, n. 1, p. 1-10, 1995.
- ARAÚJO, Edna Maria de et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 383-394, 2009.
- Assembleia Geral da ONU. (1948). "**Declaração Universal dos Direitos Humanos**" (217 [III] A). Paris.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-144, 2003.
- BEZERRA, Vanessa Moraes et al. Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.
- BRASIL. Convenção Interamericana contra o Racismo, a Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância. Decreto no 10.932, de 10 de janeiro de 2022. Site: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Decreto/D10932.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D10932.htm)>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Decreto no 591, de 6 de julho de 1992. Site: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm)>

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. . Acesso em: 29 jul. 2022.

CESCR, Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observación general n. 14, 2000. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>>

CLARO, Heloísa Garcia et al. Estratégias e possibilidades da entrevista motivacional na adolescência: revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 543-551, 2013.

CRENSHAW, Kimberlé Williams. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”. University of Chicago Legal Fórum, pp. 139-167, 1989.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. Boitempo Editorial, 2021.

DA SILVA, José Bezerra; BERTOLDO, Maria Edna. O racismo como subproduto de uma sociedade de classes. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 10, n. 112, p. 108-113, 2010.

DIEESE. Síntese de indicadores sociais. 2000 Fonte: IBGE. Disponível em: <<http://www.sindieletrorg.org.br>>.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, Avedis. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. In: **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. 1988. p. 772-772.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Buss. Access in a quilombola community: dimensions of health equity/O acesso em uma comunidade quilombola: dimensões da equidade em saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 1017-1024, 2019.

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss. Saúde das mulheres quilombolas: diálogo com a literatura. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 202-209, 2020.

DURAND, Michelle Kuntz et al. Promoção da saúde das mulheres quilombolas: a relação com os determinantes sociais. 2016.

FERREIRA, Ricardo Bruno Santos; DE CAMARGO, Climene Laura. Vulnerabilidade da população negra brasileira frente à evolução da pandemia por COVID-19  
Vulnerability of the Black Population in Brazil to the Evolution of the COVID-19  
Pandemic Vulnerabilidad de la población negra brasileña ante la evolución de la  
pandemia por COVID-19.

FIGUEIREDO, Aline Martins de. Política Pública de Saúde à População Quilombola: a realidade de Sertão/RS. 2021.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - FIBGE. Síntese de indicadores sociais. 2004. Disponível em: <[www.ibge.org](http://www.ibge.org)>.

GOMES, Iracema Costa Ribeiro et al. Implementação da política nacional de atenção integral à saúde da população negra na Bahia. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática. Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua trimestral: Tabela 6403 - População, por cor ou raça. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403>. Acesso em: 16 dez. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. Boletim de conjuntura 2003. Setembro, n.62. Disponível em: <[www.ipea.gov.br/publicações/detboletins](http://www.ipea.gov.br/publicações/detboletins)>.

JESUS, Victor de. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e180519, 2020.

KRIEGER, Nancy. A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 55, n. 10, p. 693-700, 2001.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 121-134, 2012.

MATOS, Lucas Roque et al. O desvelar do cuidar de si da mulher quilombola/Unveiling the self-care of the quilombola woman. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020.

MBEMBE A. Necropolítica. São Paulo: n-1 edições; 2018

MBEMBE A. Necropolítica seguido de Sobre El Gobierno Privado Indirecto Santa Cruz de Tenerife: Editorial Melusina; 2011.

NASCIMENTO, Chrisllayne Carla Cavalcante et al. Aspectos associados com a ocorrência da violência na população negra. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit Aracaju**, v. 4, n. 1, p. 99-112, 2017.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

PAIXÃO, Marcelo et al. Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2009-2010. **Rio de Janeiro: Garamond**, 2010.

PAULISTA, Janaína Santos; ASSUNÇÃO, Paula Gonçalves; DE LIMA, Fernando Lopes Tavares. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 4, 2019.

ROSA, Luiz Gustavo Fernandes da; ARAUJO, Mitiyo Shoji. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. **Aletheia**, v. 53, n. 1, p. 109-120, 2020.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos, et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4211-4224, 2020.

SANTOS FERREIRA, Ricardo Bruno; DE CAMARGO, Climene Laura. Vulnerabilidade da população negra brasileira frente à evolução da pandemia por COVID-19. **rev. cuid.(Bucaramanga, 2010)**, p. 1-12, 2021.

SILVA, J. et al. A promoção a igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos. Brasília: Ipea, 2009. p.147-70.

SILVA, Mônica Alice Santos da et al. Mulheres negras vivendo com HIV: políticas públicas. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-10], 2019.

SILVA, Nelma Nunes da et al. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

STARFIELD, Barbara et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2006

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.