

O racismo como um determinante social da saúde e os seus mecanismos de atuação no Brasil: uma revisão de escopo

Racism as a social determinant of health and its mechanisms of action in Brazil: a scoping review

El racismo como determinante social de la salud y sus mecanismos de acción en Brasil: una revisión exploratória

Ana Cristina de Oliveira Costa <https://orcid.org/0000-0001-8477-2072>¹; Letícia Lemos Jardim <https://orcid.org/0000-0003-3358-0075>¹; Rômulo Paes-Sousa <https://orcid.org/0000-0002-3384-6657>¹

Resumo No Brasil, o mito da democracia racial contribuiu para a invisibilização do racismo como determinante das desigualdades sociais e de saúde no Brasil. Apesar da influência do racismo em adoecimentos e mortalidade, ainda são escassos os estudos que o abordam como determinante social da saúde, sendo frequentemente tratado como fator secundário. Este estudo realizou uma revisão de escopo com o objetivo de identificar teorias do racismo que expliquem seus efeitos sobre a saúde da população brasileira. Foram identificadas quatro teorias que posicionam o racismo como determinante social: racismo estrutural, institucional, vicário e antinegro. Tais teorias operam por meio de processos históricos, sociais e simbólicos que estruturam desigualdades nas relações interpessoais e institucionais. Os achados evidenciam que o racismo impacta negativamente a saúde da população negra e reforçam a necessidade de produção científica e formulação de políticas públicas que enfrentem as iniquidades raciais, promovam a equidade e assegurem os direitos humanos no campo da saúde.

Palavras-chave Racismo, Discriminação racial, Determinantes sociais da saúde, Saúde da população negra, Brasil

Abstract The myth of racial democracy has contributed to the invisibility of racism as a determinant of social and health inequalities in Brazil. Despite the influence of racism on illness and mortality, there are still few studies that address it as a social determinant of health, and it is often treated as a secondary factor. This study conducted a scoping review to identify racism theories that explain its effects on the health of the Brazilian population. Four theories that position racism as a social determinant were identified: structural, institutional, vicarious, and anti-Black racism. These theories operate through historical, social, and symbolic processes that structure inequalities in interpersonal and institutional relationships. The findings show that racism negatively impacts the health of the Black population and reinforce the need for scientific production and formulation of public policies that address racial inequities, promote equity, and ensure human rights in the field of health.

Key words Racism, Racial discrimination, Social determinants of health, Health of the black population, Brazil

Resumen En Brasil, el mito de la democracia racial contribuyó a la invisibilidad del racismo como determinante de las desigualdades sociales y de salud en Brasil. A pesar de la influencia del racismo en la enfermedad y la mortalidad, todavía hay pocos estudios que lo aborden como determinante social de la salud y a menudo se le trata como un factor secundario. Este estudio realizó una revisión exploratoria con el objetivo de identificar teorías del racismo que expliquen sus efectos sobre la salud de la población brasileña. Se identificaron cuatro teorías que posicionan al racismo como un determinante social: el racismo estructural, el institucional, el vicario y el anti-negro. Estas teorías operan a través de procesos históricos, sociales y simbólicos que estructuran las desigualdades en las relaciones interpersonales e institucionales. Los hallazgos muestran que el racismo impacta negativamente la salud de la población negra y refuerzan la necesidad de producción científica y formulación de políticas públicas que aborden las inequidades raciales, promuevan la equidad y garanticen los derechos humanos en el campo de la salud.

Palabras clave Racismo, Discriminación racial, Determinantes sociales de la salud, Salud de la población negra, Brasil

¹ Instituto René Rachou – Fiocruz Minas, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. 30190-009 Belo Horizonte MG Brasil. anafisio2009@yahoo.com.br

Introdução

O Estado, por meio das políticas que estabelece ao longo do tempo, desempenha papel fundamental na modulação das relações e das identidades sociais, incluindo, de maneira significativa, as identidades raciais. Por muitos anos, o Brasil sustentou o mito da democracia racial, o que retardou o reconhecimento do racismo como um determinante social e, consequentemente, o desenvolvimento de políticas públicas que levassem em consideração essa dimensão^{1,2}.

Em 1950, a UNESCO financiou uma ampla pesquisa que buscava compreender as dinâmicas entre as diferentes raças no Brasil sob as perspectivas econômica, social, cultural e psicológica. Os resultados evidenciaram que, embora houvesse leis contra o racismo, elas foram criadas sem dar visibilidade à sua real existência. Além disso, os negros estavam sujeitos às piores condições de moradia, trabalho e exposição a diversas formas de violência cotidiana, com as desigualdades raciais sendo evidentes nas diversas esferas da sociedade brasileira³. Entretanto, houve um atraso no reconhecimento do racismo como fator determinante para as desigualdades sociais no Brasil. Somente no final da década de 1990, impulsionado pela longa trajetória de mobilização do movimento social negro, o então presidente Fernando Henrique Cardoso reconheceu oficialmente a existência do racismo no Brasil e instituiu políticas de ação afirmativa como parte da agenda pública. Esse reconhecimento também foi impulsionado pelos preparativos para a Conferência Mundial sobre Racismo, realizada em Durban, África do Sul, em 2001, o que levou a uma reflexão nacional sobre as desigualdades raciais¹.

No campo da saúde, mesmo antes do reconhecimento formal pelo Estado, a construção histórica que remonta ao período colonial consolidou o racismo como um importante determinante para as desigualdades em saúde. Trata-se de um problema complexo, devido à sua natureza dinâmica, que persiste e se adapta ao longo do tempo, influenciando múltiplos mecanismos, políticas e práticas, impactando a saúde da população^{4,5}. O dinamismo do racismo na saúde, refletido em seu constructo social, pode ter como marco inicial o desenvolvimento de medidas sanitárias que pressupunham uma hierarquia de superioridade e inferioridade entre brancos e negros. Essas medidas foram acompanhadas pela construção de instituições, normas e práticas que, embora não exclusivamente, foram muitas vezes fundamentadas, ou

até mesmo orientadas, pela raça⁶. Esse processo influenciou a produção de conhecimento, estabelecendo a raça como um fenômeno biológico, em vez de reconhecê-la como categoria social⁷. Tal concepção justificou, no âmbito do ensino e da prática médica, que os indivíduos negros eram biologicamente distintos dos demais e, por isso, poderiam ser submetidos a tratamentos diferenciados e de pior qualidade^{8,9}. O acesso aos serviços de saúde também é permeado por práticas discriminatórias, com indivíduos brancos tendo mais facilidade e acesso oportuno aos serviços, o que impacta negativamente nos desfechos de saúde da população negra. Até os dias atuais, os profissionais de saúde são, frequentemente, catalisadores do racismo, ao proporcionar um melhor atendimento a pacientes brancos, em detrimento do prestado a pacientes negros¹⁰⁻¹². Ou seja, os arranjos institucionais da saúde, com suas normas e regras, contribuem para que os brancos tenham acesso mais eficaz aos bens e serviços socialmente produzidos, enquanto os negros enfrentam barreiras que podem impedir o acesso a esses mesmos recursos, ou limitá-lo, tornando-o insuficiente e inoportuno¹²⁻¹⁴.

As disparidades raciais e étnicas na saúde estão presentes globalmente^{15,16}. No Brasil, mesmo com os esforços das políticas públicas, essas disparidades persistem^{5,10,11,17}. Diante disso, vincular aos estudos no campo da saúde as teorias do racismo é necessário para que aprofundemos a compreensão sobre os mecanismos pelos quais o racismo e a discriminação afetam a vida de grupos considerados minoritários^{4,7,15,16}. Nesse sentido, é preciso considerar a saúde como uma manifestação corporal das condições sociais de existência dos sujeitos¹⁸, tendo o racismo como um elemento determinante, bem como uma ferramenta analítica que define como sistemas, padrões e resultados variam por grupos populacionais^{4,19}.

Historicamente, a formulação de políticas e a alocação de recursos na saúde não consideram a raça como determinante central. Ainda assim, a distribuição desigual de serviços e recursos por território evidencia efeitos discriminatórios^{20,21}. No Brasil, populações negras e de baixa renda vivem majoritariamente em periferias urbanas, onde há maior oferta de atenção primária, o que a princípio facilitaria o acesso desses grupos.

Diante das desigualdades em saúde, influenciadas pela raça, é fundamental que se aprofunde os conceitos que permeiam as relações entre o indivíduo e os meios de produção da saúde, a fim de compreender como as diferentes corren-

tes teóricas do racismo explicam seus impactos nos desfechos em saúde. Além disso, a definição conceitual, por si só, constitui uma prática essencialmente política e histórica, de modo que sua representação não é necessariamente um reflexo de avanços ideológicos, mas sim uma expressão de mudanças nas relações sociais²².

Desse modo, as correntes teóricas do racismo são, neste estudo, compreendidas como os mecanismos pelos quais o racismo influencia os desfechos em saúde. Partindo do conceito de “teoria”, definido por Kerlinger em 1964²³, que a considera como a explicação para fenômenos naturais, cuja extensão abrange a descrição, a previsão e o controle dos fenômenos. Na perspectiva das teorias do racismo, a função preditiva informa a potencialidade da teoria em prever as condições sob as quais o racismo impacta à saúde.

Ao se estabelecer ou identificar teorias do racismo, essas se tornam elementos para que a saúde seja compreendida como produto de um cuidado econômico-ético-político, que considere a pluralidade populacional e os marcadores sociais da diferença, impedindo que a neutralidade com a qual a saúde é tratada, ao desconSIDERAR a raça em suas dimensões social e política, continue a reproduzir desigualdades e a invisibilizar os sujeitos²². Compreender os conceitos dos determinantes sociais da saúde evita abordagens superficiais e promove uma justiça em saúde mais sustentável e transformadora²⁴. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi identificar teorias do racismo que expliquem seu impacto na saúde da população brasileira.

Métodos

Foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo de mapear as pesquisas e identificar lacunas de conhecimento a respeito da seguinte questão: “Quais teorias explicam o efeito do racismo na saúde da população brasileira?”. A estratégia população, conceito e contexto foi aplicada, sendo: população – a brasileira; conceito – a relação entre racismo e condições de saúde; e contexto – racial. A presente revisão utilizou as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews²⁵ e seu relatório foi registrado na Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/BEZF8).

Foram incluídos na revisão estudos sobre teorias de racismo e seus efeitos na saúde, que descrevessem desfechos em saúde contidos na

Classificação Internacional de Doenças e/ou seus fatores de risco, ocorridos na população brasileira, sem restrição de idade, sexo ou data de publicação, considerando artigos publicados até janeiro de 2025. O termo “racismo”, utilizado nesta revisão, teve como objetivo compreender as diferenças nos desfechos em saúde entre grupos racialmente distintos, classificados como negros (pretos e pardos), indígenas, brancos e amarelos, como definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Não foram incluídos artigos de revisão, meta-análises e metassínteses, mas suas referências foram rastreadas para verificar a existência de alguma publicação não encontrada na busca. Estudos experimentais, conferências, fóruns, resumos, editoriais, relatórios, comentários, protocolos de pesquisa, teses e dissertações também foram excluídos.

As bases utilizadas para a busca foram: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via Public and Medical Literature (PubMed), por conter milhões de artigos e por ser uma das mais acessadas no mundo; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), devido ao foco em estudos da América Latina e Caribe; Web of Science, por possibilitar a exploração concomitante de vários bancos de dados; e Scopus, por disponibilizar variadas informações acadêmicas, ampliando o escopo da área de pesquisa. A busca ocorreu entre dezembro de 2024 e janeiro de 2025. Os descritores foram extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os termos do Medical Subject Headings (MeSH). O gerenciamento dos dados foi efetuado com o auxílio dos *softwares* Zotero e Microsoft Excel 2010.

A estratégia de busca utilizada (Quadro 1) foi planejada para recuperar os estudos que contivessem pelo menos um dos termos de cada conceito (racismo, discriminação racial, teorias do racismo, saúde, Brasil) e não se restringiu aos campos de título e resumo, tendo sido realizada em texto completo, de modo a ampliar a sensibilidade da busca e identificar estudos cujo conteúdo relevante não estivesse necessariamente disposto nos metadados. A seleção das evidências ocorreu de maneira independente e sequencial, sendo a primeira etapa composta pela avaliação do título, seguida pela avaliação do resumo. Uma vez identificados componentes que corroborassem a pergunta norteadora, o artigo foi considerado potencialmente relevante para a revisão. Na segunda etapa, foi realizada a leitura completa do estudo e a decisão sobre sua inclusão ou exclusão. A síntese dos resultados

Quadro 1. Estratégia de busca, bases de dados e referências recuperadas.

Base de dados	Estratégia de busca	Referências recuperadas
BVS*	(Racismo OR Racism OR Racisme OR “Desigualdade Racial em Saúde” OR “Discriminação Racial” OR “Preconceito Racial” OR “Fatores Raciais” OR “Race Factors” OR “Factores Raciales” OR “Facteurs raciaux” OR “População Negra” OR “Black People” OR “Población Negra” OR “Racial Discrimination” OR “Racial Prejudice”) AND (“Saúde das Minorias Étnicas” OR “Health of Ethnic Minorities” OR “Salud de las Minorías Étnicas” OR “Santé des Minorités Ethniques” OR “Saúde da População Negra” OR “Etnia e Saúde” OR “Raça e Saúde” OR “Saúde da População Negra” OR “Saúde Étnica” OR “Diagnóstico da Situação de Saúde em Grupos Específicos” OR “Diagnosis of Health Situation in Specific Groups” OR “Diagnóstico de la Situación de Salud en Grupos Específicos” OR “Diagnostic des Situations de Santé dans des Groupes Spécifiques” OR Saúde OR Health OR Salud OR Santé OR “Ethnic Health” OR “Ethnicity and Health” OR “Race and Health”) AND (Brasil OR Brazil OR Brasil OR Brésil)	1473
PUBMED** SCOPUS WEB OF SCIENCE	(Racism OR “Race Factors” OR “Black People” OR “Racial Discrimination” OR “Racial Prejudice”) AND (“Health of Ethnic Minorities” OR “Diagnosis of Health Situation in Specific Groups” OR Health OR “Ethnic Health” OR “Ethnicity and Health” OR “Race and Health”) AND (Brasil OR Brazil)	1750

* BVS: Biblioteca Virtual em Saúde; ** PUBMED: Public and Medical Literature.

Fonte: Autores.

está organizada com base no contexto de saúde (mortalidade; morbidade; acesso; políticas públicas), nos ciclos de vida (nascimento; infância; adolescência; fase adulta; envelhecimento), gênero, corrente teórica do racismo e no impacto do racismo sobre a saúde.

Resultados

Foram identificados 3.210 estudos nas bases de dados, dos quais 1.201 eram duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos, 1.891 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, entre os quais 85 eram de revisão cujas referências foram analisadas mas não retornaram nenhum estudo. Seguiu-se com a leitura completa de 118 estudos, sendo 91 excluídos por abordarem as desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde, nas morbidades, na mortalidade e nas políticas, sem considerar os mecanismos pelos quais o racismo opera para produzir as desigualdades. Ao final, 27 pesquisas foram incluídas na revisão por atenderem aos critérios de elegibilidade (Figura 1). A temporalidade dos estudos foi de 2007 a 2025, sendo 17 (63%) publicados nos últimos cinco anos (2021 a 2025), 21 (78%) avaliaram as teorias que explicam o efeito do racismo na saúde da população

adulta brasileira, 13 (48%) avaliaram exclusivamente para mulheres e apenas um avaliou para idosos e para o período do nascimento. Metodologicamente, 17 (63%) utilizaram abordagem quantitativa e 7 (26%) qualitativa, os demais se dividiram entre percurso histórico, base documental e descritivo e exploratório.

Foram identificadas quatro teorias utilizadas para explicar o efeito do racismo na saúde: racismo estrutural, presente em 16 estudos²⁶⁻⁴², racismo institucional, descrito em 15 estudos^{26,27,30,37,41,43-52}, racismo antinegro, em dois^{37,53}, e racismo vicário, em um²⁸. O total de estudos frente às teorias se mostra superior, pois algumas pesquisas trabalharam com mais de uma teoria. No Quadro 2, apresenta-se a síntese dos estudos incluídos nesta revisão.

Discussão

Foram identificados 27 artigos que dialogam com quatro teorias que buscam explicar o efeito do racismo na saúde no Brasil, sendo: o racismo estrutural²⁶⁻⁴², o racismo institucional^{26,27,30,37,41,43-52}, o racismo antinegro^{37,53} e o racismo vicário²⁸ (Figura 2). No período coberto nesta revisão (2007 a 2025), observamos que 23 (85,19%) artigos considerados foram publica-

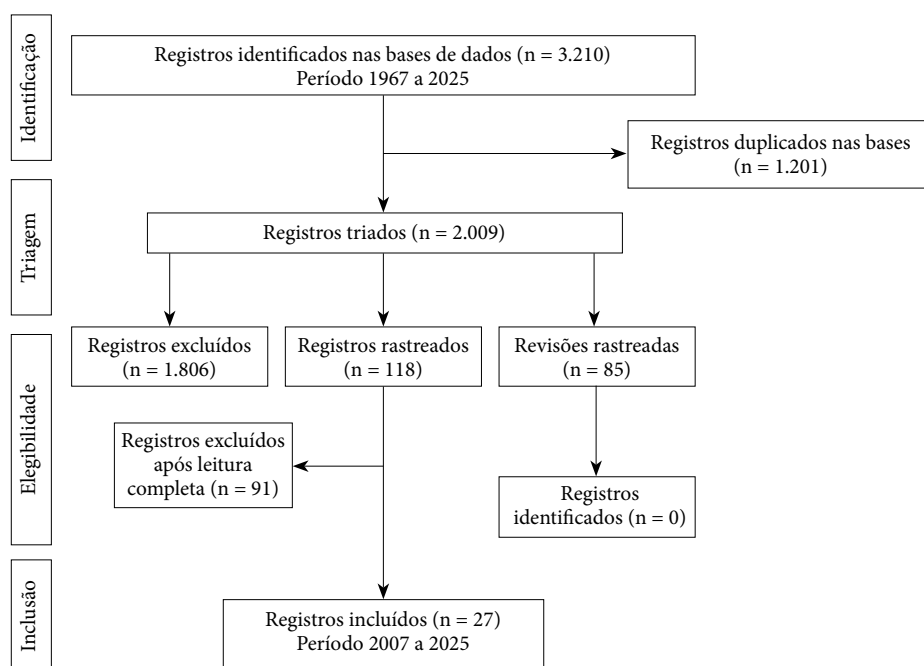


Figura 1. Diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para o processo de revisão de escopo.

Fonte: Autores.

dos entre janeiro de 2020 e janeiro de 2025. Isso evidencia que o uso das teorias que explicam o racismo como determinante social da saúde é recente nas pesquisas em saúde no Brasil. O número de estudos incluídos indica que o tema ainda não foi amplamente investigado. Muitas pesquisas abordaram a raça como um marcador negativo quanto aos desfechos em saúde, já que os indivíduos negros apresentam desvantagens com relação às ocorrências de doenças e agravos, e ao acesso oportuno aos serviços de saúde. No entanto, poucos avançam na análise do racismo como um determinante social da saúde e, ainda menos, para elucidar as vias por meio das quais ele atua. Além disso, é preciso considerar que, embora a estratégia de busca tenha sido ampla e realizada em texto integral, ela pode ter excluído estudos que utilizaram exclusivamente termos como “raça/cor da pele” ou marcadores sociodemográficos genéricos, sem explicitar o conceito de racismo.

O racismo institucional remonta a 1967, quando os pesquisadores estadunidenses Hamilton e Kwane⁵⁴ descreveram que os atos discriminatórios não são atos exclusivos de

determinados indivíduos. Ele se manifesta de forma mais ampla, no coletivo, em que toda a comunidade branca age contra a comunidade negra. Não podem ser resumidos à perspectiva comportamental. São respaldados pela maneira como as regras são formuladas pelas instituições e como os padrões sociais são estabelecidos. Isso se aplica nas práticas, regras e estruturas de instituições. Mesmo em contextos em que é mais difícil identificar indivíduos que cometem os atos discriminatórios, isso não significa que o racismo institucional seja menos grave ou prejudicial. O impacto dele é profundo e afeta um grande número de pessoas^{54,55}. Formalmente, pode ser compreendido como o “fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica”⁵⁴. Ele possui um caráter hierárquico, de subordinação⁵⁶ e pode ser identificado em “processos, atitudes e comportamentos que resultam em discriminação decorrente de preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, os quais causam desvantagens a indivíduos de minorias étnicas”^{54,55,57}.

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão segundo contexto de saúde, teoria racial e impacto do racismo na saúde, 2007 a 2025.

Autoria, ano de publicação	Delineamento do estudo	Objetivo do estudo	Contexto de saúde (morbidade; mortalidade; acesso; política)	Ciclo de vida	Gênero	Teoria racial	Impacto do racismo na saúde
Dórea AM, Borges SAC, 2021 ²⁶	Pesquisa qualitativa	Como as situações de racismo reverberam na clínica psicológica, impactam a escuta profissional e exigem posicionamento na interface clínico-política.	Oncologia pediátrica (Morbidade; Acesso)	Infância	Masculino Feminino	Racismo estrutural Racismo Institucional	Atraso no diagnóstico e no tratamento de câncer de Sistema Nervoso Central, culminando em sequelas como perda de visão e dano neurológico extensivo.
Azevedo UC, Gomes DDO, 2023 ⁴³	Estudo de caso com pesquisa documental e de campo, com abordagem qualitativa	Analisar os DSS* que incidem na vida das mulheres negras em acompanhamento biopsicossocial no Centro de Atenção Psicossocial do tipo álcool e outras drogas.	Biopsicossocial (Morbidade; Acesso)	Adulta	Feminino	Racismo Institucional	Dificuldades para realizar o tratamento especializado devido a precariedade da infraestrutura e da ausência de serviços.
Mota CS <i>et al.</i> , 2024 ²⁷	Percurso histórico	Definir o percurso histórico até os dias atuais da implementação de políticas de saúde voltadas para as pessoas com doença falciforme.	Doença falciforme (Morbidade; Acesso)	Sem limite	Masculino Feminino	Racismo estrutural Racismo Institucional	Não priorização de formulação de políticas públicas de saúde, negligenciando a doença e impactando na sobrevida e na qualidade de vida.
Catoia CC <i>et al.</i> , 2020 ⁴⁴	Análise de caso com abordagem qualitativa	Analisar o Caso Alyne Pimentel versus Brasil, julgado pelo CEDAW** buscando apontar para suas principais contribuições jurídicas na temática da violência de gênero contra as mulheres. Aprofundando na compreensão jurídica sobre os efeitos da discriminação racial na violência de gênero e na saúde reprodutiva de mulheres negras, pobres e periféricas.	Morte materna (Mortalidade; Acesso)	Adulta	Feminino	Racismo Institucional	A baixa qualidade do tratamento e a falta do pré-natal, ambos considerados decisivos para a morte materna evitável.
Santana KSO <i>et al.</i> , 2020 ⁴⁵	Transversal com abordagem quantitativa	Apresentar uma visão geral da distribuição espaço-temporal de casos confirmados de microcefalia associada à SCZ*** e a intersecção com vulnerabilidades às quais as mulheres negras estão sujeitas.	Síndrome Congênita do Zika (Morbidade)	Infância	Masculino Feminino	Racismo Institucional	Desenvolvimento da SCZ***, devido à maior exposição a arboviroses por residir em áreas com infraestrutura precária.

continua

O impacto do racismo institucional na saúde é evidente no acesso aos serviços, como de-

monstrado por Dórea e Borges²⁶, que relatam que indivíduos negros tiveram acesso tardio ao

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão segundo contexto de saúde, teoria racial e impacto do racismo na saúde, 2007 a 2025.

Autoria, ano de publicação	Delineamento do estudo	Objetivo do estudo	Contexto de saúde (morbidade; mortalidade; acesso; política)	Ciclo de vida	Gênero	Teoria racial	Impacto do racismo na saúde
Góes EF <i>et al.</i> , 2023 ⁵³	Transversal com abordagem quantitativa	Analisar as desigualdades raciais na letalidade e na chance de óbito por Síndrome Respiratória Aguda Grave entre os casos diagnosticados para COVID-19 em mulheres gestantes e puérperas.	Morte materna (Mortalidade; Acesso)	Adulta	Feminino	Racismo antinegro	Maior letalidade entre mulheres pretas e pardas e maior chance de óbitos entre mulheres pardas associado à COVID-19.
Fattore GL <i>et al.</i> , 2022 ²⁸	Transversal de base populacional com abordagem quantitativa	Avaliar o efeito da discriminação racial materna na prevalência de sintomas de asma de seus filhos, incluindo potenciais efeitos moderadores do apoio social familiar e da saúde mental materna.	Asma (Morbidade)	Infância	Masculino Feminino	Racismo vicário Racismo estrutural	Crianças cujas mães relataram discriminação racial tiveram maiores chances de ter sintomas de asma.
Góes EF <i>et al.</i> , 2020 ⁴⁶	Transversal de base populacional com abordagem quantitativa	Identificar fatores associados às barreiras institucionais no acesso aos serviços de saúde para mulheres que realizaram aborto por raça/cor.	Aborto (Morbidade; Acesso)	Adulta	Feminino	Racismo Institucional	Mulheres pretas sofreram mais abortos espontâneos e em estágios mais avançados (≥ 13 semanas) e foram mais afetadas pelas barreiras de acesso à internação hospitalar para a conclusão do aborto. Mulheres negras foram a maioria com condições de saúde consideradas regulares, graves ou muito graves.
Siqueira JS, Fernandes RCP, 2021 ²⁹	Transversal com abordagem quantitativa	Analisar a associação entre raça/cor e dois desfechos do trabalho a que estão submetidos os trabalhadores: demandas psicossociais e as físicas.	Doença ocupacional (Morbidade)	Adulta	Sem restrição	Racismo estrutural	Trabalhadores pretos estão submetidos a mais altas demandas psicossociais e física no trabalho. Sendo mais expostos a trabalho físico pesado, que ademais, estão submetidos a situações estressoras, com maior exigência de tempo e menor autonomia no desempenho das tarefas.

continua

diagnóstico de câncer. Também é perceptível durante o curso da doença, com maior dificuldade de acesso ao tratamento especializado⁴³ e maior exposição a fatores de risco que só podem

ser controlados por meio da implementação de políticas interinstitucionais que busquem superar as práticas discriminatórias relacionadas à exposição a agentes causadores de doenças⁴⁵.

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão segundo contexto de saúde, teoria racial e impacto do racismo na saúde, 2007 a 2025.

Autoria, ano de publicação	Delineamento do estudo	Objetivo do estudo	Contexto de saúde (morbidade; mortalidade; acesso; política)	Ciclo de vida	Gênero	Teoria racial	Impacto do racismo na saúde
Santos SM <i>et al.</i> , 2007 ⁴⁷	Transversal com abordagem quantitativa	Caracterizar a mortalidade de mulheres adultas negras e brancas residentes em Recife, no período entre 2001 e 2003, descrevendo e analisando as desigualdades raciais no risco de morte.	Óbitos de mulheres jovens -20 a 59 anos (Mortalidade)	Adulta	Feminino	Racismo Institucional	Maiores coeficientes de mortalidade em mulheres adultas negras, com risco de morte 1,7 vezes superior ao observado para mulheres brancas, tendo como principais causas: homicídios; acidentes de transporte; doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares e hipertensivas; diabetes e tuberculose.
Fanton M <i>et al.</i> , 2024 ³⁰	Transversal de base populacional com abordagem quantitativa	Analisar as associações diretas e indiretas da experiência de discriminação racial nos padrões alimentares, obesidade e obesidade abdominal.	Obesidade; obesidade abdominal (Morbidade)	Adulta	Masculino Feminino	Racismo estrutural Racismo Institucional	Obesidade e obesidade abdominal estão associadas a níveis mais altos de experiências autorrelatadas de discriminação racial, e essas associações são independentes do padrão alimentar saudável ou não saudável entre adultos brasileiros.
Taquette SR, Meirelles ZV, 2013 ⁴⁸	Pesquisa qualitativa	Verificar a discriminação racial vivenciada por adolescentes negras moradoras em favelas da cidade do Rio de Janeiro e sua possível influência no processo de vulnerabilização ao HIV****/Aids****.	IST*****/Aids**** (Morbidade; Acesso)	Adolescente	Feminino	Racismo institucional	Impossibilidade de tratamento adequado das IST*****, de aquisição de insumos de prevenção e de orientação em prevenção de IST*****/Aids****.
Dominiques PML <i>et al.</i> , 2013 ⁴⁹	Exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa	Apreender como as mulheres percebem a discriminação racial nas práticas do cuidado em saúde reprodutiva.	Saúde reprodutiva (Acesso)	Adulta	Feminino	Racismo institucional	Cuidado superficial prestado por profissionais de saúde e um maior tempo de espera para serem atendidas.
Cajazeiro JMD <i>et al.</i> 2024 ³¹	Ecológico espaço-temporal com abordagem quantitativa	Investigar a associação entre proporção de população vulnerabilizada (pretos, pardos e indígenas) e mortalidade por SRAG***** decorrente de COVID-19	COVID-19 (Mortalidade)	Sem limite	Masculino Feminino	Racismo estrutural	A cada incremento de 10% nas proporções de população vulnerabilizada ou de população parda, ocorrem aumentos, respectivamente, de 12% e de 9% nas taxas de mortalidade por COVID-19.

continua

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão segundo contexto de saúde, teoria racial e impacto do racismo na saúde, 2007 a 2025.

Autoria, ano de publica- ção	Delinea- mento do estudo	Objetivo do estudo	Contexto de saúde (morbidade; mortalida- de; acesso; política)	Ciclo de vida	Gênero	Teoria racial	Impacto do racismo na saúde
Moura RF <i>et al.</i> , 2023 ³²	Transver- sal com abordagem quantitativa	Identificar fatores deter- minantes das disparida- des das condições sociais na saúde de idosos não institucionalizados na cidade de São Paulo, sob a perspectiva da autodecla- ração da cor da pele.	Autoavaliação de saúde; Hipertensão arterial (Mor- bidade)	Envelheci- mento	Mascu- lino Femini- no	Racismo estrutu- ral	A prevalência de autoavaliação de saúde regular, ruim e muito ruim e de hipertensão arterial foi maior entre pardos (45,5%) e pretos (47,2%).
Pereira S <i>et al.</i> , 2025 ³³	Pesquisa qualita- tiva com abordagem exploratória	Entender se há diferenças entre as experiências de mulheres negras e bran- cas no acesso e no apoio recebidos dos serviços da rede multiagências especializadas em São Paulo, após terem inicia- do um processo criminal contra seus parceiros por violência doméstica sob a Lei Maria da Penha.	Violência doméstica (Acesso)	Adulta	Femini- no	Racismo estrutu- ral	Mulheres negras rela- taram ter sofrido mais episódios de violência institucional, por meio de atitudes de culpa- bilização dos prove- dores e dúvidas sobre a veracidade de suas declarações. Interrup- ção de suas jornadas, seja por operadores de políticas negando diretamente seu acesso, seja pelo tratamento rude e objetificante que as mantinha longe dos serviços. Nos serviços de saúde foram expostas a cons- trangimento da equipe do hospital ao entrar no pronto-socorro; falta de anestesia durante os procedimentos; cirurgias reparadoras malfeitas para as sequelas da violência que resultaram na necessidade de novas cirurgias para reparar.
Silva JC <i>et al.</i> , 2023 ³⁴	Transver- sal com abordagem quantitativa	Analisar o efeito da interseccionalidade no acesso de pacientes a testes diagnósticos de COVID-19 durante o surto de SRAG*****.	Acesso ao diagnóstico de COVID 19 (Acesso)	Adulto	Mascu- lino Femini- no	Racismo estrutu- ral	Mulheres e homens negros tiveram menos acesso a testes de diag- nóstico em comparação com indivíduos brancos, mesmo quando contro- lado por marcadores de gravidade clínica e de variáveis relacionadas ao acesso.

continua

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão segundo contexto de saúde, teoria racial e impacto do racismo na saúde, 2007 a 2025.

Autoria, ano de publicação	Delineamento do estudo	Objetivo do estudo	Contexto de saúde (morbidade; mortalidade; acesso; política)	Ciclo de vida	Gênero	Teoria racial	Impacto do racismo na saúde
Santos Ferreira RB <i>et al.</i> , 2020 ⁵⁰	Descritivo com abordagem qualitativa	Compreender as implicações do racismo institucional no itinerário terapêutico de pacientes com insuficiência renal crônica na busca pelo diagnóstico e tratamento da doença.	Insuficiência Renal Crônica (Acesso)	Adulto	Masculino Feminino	Racismo institucional	Tratamento conservador ofertado apenas às pessoas brancas, os negros eram encaminhados diretamente para a terapia de substituição renal. O acesso ao diagnóstico precoce também só ocorreu para brancos. E, 81,8% das pessoas negras foram encaminhadas ao serviço de nefrologia após piora dos sintomas e após internação, contrastando com 41,7% dos brancos.
Silva AR, Scorzafeve LGDS, 2024 ³⁵	Transversal com abordagem quantitativa	Compreender se a pandemia da COVID-19 agravou as disparidades de rastreamento do câncer de mama entre mulheres de diferentes raças e etnias.	Câncer de mama (Acesso)	Adulto	Feminino	Racismo estrutural	As taxas de triagem para mulheres pretas, pardas e indígenas são menores do que para mulheres brancas e amarelas durante todo o período. A pandemia de COVID-19 diminuiu a lacuna entre as mulheres devido à queda acentuada nas mamografias de rastreamento de mulheres brancas e amarelas no primeiro ano da pandemia.

continua

Além disso, os negros apresentam maior risco de mortalidade, como evidenciado por Santos, Guimarães e Araújo⁴⁷, que indicam que mulheres negras adultas (20-59 anos), em comparação com as mulheres brancas, apresentam risco aumentado de morte por causas externas e doenças preveníveis, como diabetes e hipertensão.

No Brasil, embora a disposição geográfica dos serviços da APS se concentrem em áreas com predominância de residentes negros¹⁴, a disponibilidade dos serviços, *per se*, não assegura nem o acesso, nem a qualidade da assistência à saúde necessária. Parte dessa realidade é atribuída à discriminação vivenciada dentro das instituições de saúde^{13,58}, que limitam o acesso,

seja por parte do profissional que negligencia a demanda e/ou não oferece atendimento humanizado, seja pelo usuário que não busca o serviço devido ao fato de já ter sofrido racismo dentro da instituição ou ter conhecimento de pessoas que vivenciaram. Trata-se de barreiras ao pleno exercício da saúde como direito⁵⁸.

A teoria que mais se destaca nesse estudo é a do racismo estrutural. A discussão sobre essa teoria surgiu no final da década de 1990, com o pesquisador estadunidense Bonilla-Silva⁵⁹. Ele a descreveu como parte normativa da sociedade, como um sistema que separa e hierarquiza as pessoas, desde o nascimento, com base na cor da pele, conferindo a sobreposição de poder, be-

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão segundo contexto de saúde, teoria racial e impacto do racismo na saúde, 2007 a 2025.

Autoria, ano de publica- ção	Delinea- mento do estudo	Objetivo do estudo	Contexto de saúde (morbidade; mortalida- de; acesso; política)	Ciclo de vida	Gênero	Teoria racial	Impacto do racismo na saúde
Paixão ES <i>et al.</i> , 2023 ⁴²	Transversal de base populacio- nal com abordagem quantitativa	Estimar a carga de sífilis materna e congênita atri- buída às desigualdades étnico-raciais no Brasil,	Sífilis congênita; Sífilis materna (Morbidade; Acesso)	Adulto Nasci- mento	Femini- no	Racismo estrutu- ral	Mulheres negras tiveram maior probabilidade de terem sido trata- das inadequadamente ou não tratadas para sífilis materna, maior probabilidade de terem sido diagnosticadas durante ou após o parto e seus parceiros tiveram menor probabilidade de terem sido tratados para sífilis em comparação com suas contrapartes brancas. As frações atri- buíveis definida como a proporção de risco entre um grupo exposto que é atribuível à exposição, para sífilis congênita aumentaram substan- cialmente entre nascidos vivos de mulheres pardas e negras.
Ferreira RBS <i>et al.</i> , 2022 ⁵¹	Ecológico de base documental e descritivo	Analisar, sob a ótica interseccional, os atraves- samentos do quesito raça/ cor na morbimortalidade de gestantes pela Co- vid-19 no Brasil.	Covid 19; Morbimor- talidade materna (Mortalidade; Morbidade)	Adulto	Femini- no	Racismo institu- cional	Gestantes negras tem mais risco de morrer do que gestantes brancas, devido a situa- ção agrava de vulne- rabilidade, com taxas mais altas de óbito do que de internações por SRAG*****.
Araujo EM <i>et al.</i> , 2020 ³⁷	Descritivo e exploratório	Descrever a experiência do Brasil e dos Estados Unidos da América em relação aos dados de morbimortalidade por Covid-19 segundo a raça/ cor/etnia.	Morbimor- talidade pela Covid-19 (Mortalidade; Morbidade)	Não rela- tada	Mascu- lino Femini- no	Racismo estrutu- ral Racismo Institu- cional Racismo antine- gro	O impacto do vírus foi maior na população ne- gra, com taxas mais alta de morbimortalidade. Destacando que mesmo quando houve predom- inância de hospita- lizações na população branca, houve maior incidência de morte na população negra. Porém os dados desagregados eram invisibilizados e de baixa qualidade, limitando análises mais robustas com o viés étnico racial.

continua

Quadro 2. Estudos incluídos na revisão segundo contexto de saúde, teoria racial e impacto do racismo na saúde, 2007 a 2025.

Autoria, ano de publicação	Delineamento do estudo	Objetivo do estudo	Contexto de saúde (morbidade; mortalidade; acesso; política)	Ciclo de vida	Gênero	Teoria racial	Impacto do racismo na saúde
Faerstein E <i>et al.</i> , 2014 ³⁸	Coorte prospectivo com abordagem quantitativa	Relatar possíveis efeitos combinados da ascendência africana/discriminação racial percebida e desvantagem socioeconômica no risco de hipertensão no Brasil.	Hipertensão arterial (Morbidade)	Adulto	Masculino Feminino	Racismo social (estrutural)	Indivíduos negros que experimentaram o racismo tiveram prevalência de hipertensão 2,1 vezes maior do que os brancos.
Camelo LV <i>et al.</i> , 2022 ³⁹	Coorte transversal de base populacional com abordagem quantitativa	Investigar o efeito combinado da raça/cor da pele e discriminação racial na velocidade de onda de pulso e espessura íntima-média da carótida no contexto brasileiro.	Marcadores subclínico de DCV*****	Adulto	Masculino Feminino	Racismo estrutural	Pretos e pardos apresentaram maior média de velocidade de onda de pulso e espessura íntima-média da carótida, e maiores chances de estas serem alta em comparação aos brancos, sendo tais diferenças ainda maiores entre aqueles com discriminação racial.
Camelo LV <i>et al.</i> , 2022 ⁴⁰	Coorte transversal de base populacional com abordagem quantitativa	Investigar a associação entre racismo e a autoavaliação de saúde, e verificar em que medida a mobilidade social intergeracional media essa associação.	Autoavaliação do estado de saúde (Morbidade)	Adulto	Masculino Feminino	Racismo estrutural	Indivíduos pretos e pardos apresentaram respectivamente chances 115% e 82% maior de reportarem a saúde como ruim do que os brancos, independentemente dos potenciais fatores de confusão.
Góes EF <i>et al.</i> , 2023 ⁴¹	Coorte longitudinal de base populacional com abordagem quantitativa	Investigar as desigualdades raciais na mortalidade por câncer de mama e cervical e se a educação e condições familiares interagem com raça/etnia.	Câncer de mama; Câncer cervical (Mortalidade)	Adulto	Feminino	Racismo estrutural Racismo institucional	Após ajustar fatores de confusão, em relação às mulheres brancas a mortalidade por câncer cervical foi 27% > entre pardas e 18% > entre mulheres pretas. Mulheres pretas tiveram 10% > mortalidade por câncer de mama do que suas contrapartes brancas.
Góes EF <i>et al.</i> , 2020 ⁵²	Corte transversal com abordagem quantitativa	Identificar as barreiras individuais das mulheres na busca do primeiro atendimento por cuidado pós-aborto em condições inseguras, adotando uma perspectiva racial.	Aborto (Acesso)	Adulto	Feminino	Racismo institucional	Dentre as pretas, constatou-se o > percentual de relato de barreiras individuais enfrentadas na procura pelo primeiro atendimento (32% vs. 28% entre as pardas e 20,3% entre as brancas).

* DSS: determinantes sociais de saúde; ** CEDAW: Comitê das Nações Unidas para Eliminação das Discriminações contra as Mulheres; *** SCZ: síndrome congênita do zika; **** HIV: vírus da imunodeficiência; ***** Aids: síndrome da imunodeficiência adquirida; ***** IST: infecções sexualmente transmissíveis; ***** SRAG: síndrome respiratória aguda grave; ***** DCV: doença cardiovascular.

Fonte: Autores.

Definição do racismo	Mecanismos de operação	Foco principal	Efeito na saúde
Racismo Institucional Práticas e políticas discriminatórias presentes em instituições	- Políticas públicas excludente - Falta de formação antirracista dos profissionais - Barreiras burocráticas e atendimento desigual - Práticas institucionais desiguais	Normas e práticas discriminatórias	- Acesso desigual a serviços de saúde - Menor qualidade no atendimento - Maior morbimortalidade em populações negras
Racismo Estrutural Incorporado à organização da sociedade, mantendo desigualdades históricas	- Distribuição desigual de recursos - Naturalização da exclusão social - Falta de representação em espaço de poder	Sistema social que perpetua desigualdades	- Determinantes sociais desfavoráveis (moradia; escolarização; renda) - Vulnerabilidade a doenças crônicas - Ciclo de exclusão e pobreza
Racismo Antinegro Forma específica de racismo que desumaniza e inferioriza a negritude	- Representações sociais negativas - Estereótipos na mídia e educação - Legado histórico de escravidão - Ausência de dados desagregados por raça/cor	Desumanização da negritude	- Estigmatização psicológica - Violência simbólica e física - Impacto na saúde mental (depressão; ansiedade)
Racismo Vicário Impacto das experiências interpessoais de racismo que presencia ou tenha conhecimento da ocorrência com outros membros do grupo racial	- Exposição a narrativas e imagens de violência racial - Compartilhamento de experiências traumáticas em rede - Memória coletiva de violências racistas	Empatia e sofrimento indireto	- Resposta ao estresse traumático secundário - Ansiedade crônica - Sensibilização e medo constante

Figura 2. Teorias do racismo como determinante social da saúde e seus impactos na saúde.

Fonte: Autores.

nefícios e direitos⁵⁹. Nesse contexto, o racismo é um fenômeno social, e não um comportamento privado dos indivíduos. Ao longo do tempo, a teoria foi aprimorada para diferenciá-la do racismo institucional, que não seria capaz de expressar toda a complexidade inerente às relações multiníveis e multidimensionais produtoras de racismo estabelecidas na sociedade^{19,60,61}.

Atualmente, o racismo estrutural é entendido como a “totalidade de formas pelas quais as sociedades promovem a discriminação racial, através de sistemas desiguais que se reforçam mutuamente. Aguçando crenças, valores e distribuição de recursos discriminatórios”^{16,62-64}. No caso de grupos racialmente descritos como minoritários (ou minorizados), essas estruturas, como leis, normas e práticas sociais, foram moldadas de maneira a garantir que esses grupos enfrentem desigualdades e discriminação de forma contínua e sistemática. A opressão integra um sistema histórico e social sustentado por

ideologias que justificam desigualdades com base na suposta superioridade racial e em escolhas individuais, ignorando a negação histórica do acesso ao desenvolvimento e a influência da supremacia branca na formulação de políticas⁶³.

Na perspectiva da saúde, o racismo estrutural é uma ferramenta analítica, que possibilita compreender como as relações sociais impactam os desfechos em saúde. No estudo de Paixão *et al.* (2023)⁴² a investigação sobre sífilis materna e congênita evidenciou que 95% [intervalo de confiança (IC) 34,9-36,1] e 41% (IC95% 40,5-42,1) dos casos, respectivamente, poderiam ser evitados se todas as mulheres apresentassem o mesmo risco basal das mulheres brancas. O estudo também revelou que mulheres negras apresentavam maior chance de serem tratadas de modo inadequado ou de não receberem tratamento, com maior probabilidade de diagnóstico tardio, e seus parceiros tinham menor probabilidade de receber tratamento adequado. A

infecção por sífilis se relaciona a marcadores estruturais de opressão, como raça e desvantagens socioeconômicas, expondo populações marginalizadas à distribuição desigual de recursos e oportunidades, incluindo acesso ao atendimento médico, à triagem e ao rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis⁶⁵.

Assim como os desfechos em saúde são impactados pelo racismo estrutural, a percepção que os indivíduos têm sobre sua própria condição de saúde também o é. De acordo com Camelo *et al.* (2022)⁴⁰, indivíduos negros apresentam maior chance de autoavaliar a sua saúde como ruim, quando comparados aos brancos. Essa percepção é ainda pior entre pretos [*odds ratio* (OR) 2,15; IC95% 1,9-2,4] do que entre os pardos (OR 1,82; IC95% 1,6-2,0). A avaliação negativa entre negros é mediada pela condição socioeconômica intergeracional, caracterizada por desvantagens sociais e menores oportunidades de ascensão social.

Nesse sentido, Moura *et al.*³² apontaram que a autoavaliação de saúde regular, ruim e muito ruim foi mais prevalente entre idosos negros, expostos a piores condições socioeconômicas e de saúde. O mesmo foi observado para a hipertensão arterial³², e, ainda, pela pesquisa de Camelo *et al.* (2022)³⁹, em que negros apresentaram maior média de marcadores subclínicos para doenças cardiovasculares do que os brancos, sendo que aqueles que sofreram com discriminação racial tiveram valores ainda mais altos. A relação entre a autoavaliação de saúde ruim e o racismo estrutural pode ser mediada pela teoria ecossocial, em que os indivíduos incorporam biologicamente as exposições decorrentes do contexto social em que vivem^{62,66}.

O impacto do racismo estrutural nos desfechos em saúde reforça a necessidade de analisá-lo não apenas em um ponto no tempo, mas ao longo do curso da vida, considerando o efeito cumulativo que o dinamismo do racismo provoca⁶¹. O mecanismo pelo qual o racismo estrutural opera na saúde se inicia na condição social, com o indivíduo exposto a atos de discriminação e à restrição ou ausência de acesso aos recursos, e segue para o nível psicológico, com a ocorrência de estresse crônico, ansiedade e depressão, entre outros distúrbios psicológicos. A exposição prolongada a essas experiências influencia processos biológicos, tendo as doenças como respostas biopsicossociais ao racismo experienciado socialmente. Em última instância, isso pode gerar mudanças celulares e epigenéticas que serão sentidas ao longo do curso da vida e através das gerações^{62,66,67}. Para uma pesquisa

em saúde responder à complexidade que é a relação do racismo estrutural com os desfechos em saúde, é preciso considerar: além de mais de um ponto no tempo, a interseccionalidade e a sequência de fatores que culminam em desfechos negativos para a saúde. Essas orientações foram propostas por autores norte-americanos^{19,66}, mas ainda encontram pouca adesão no Brasil. Parte das pesquisas nacionais permanece restrita ao uso da variável raça e à sua associação com determinantes socioeconômicos, sem incorporar uma perspectiva interseccional. Além disso, estes estudos costumam adotar recortes temporais limitados, desconsiderando que a vivência do racismo ao longo da vida acumula desvantagens múltiplas, não só para a saúde, mas para diversas dimensões sociais.

A teoria do racismo antinegro foi evidenciada em apenas duas pesquisas^{37,53}. Essa é uma teoria que compreende a existência do racismo estrutural e institucional, e o potencial que eles têm de ser eliminado ou combatido por meio de arranjos estruturais e institucionais que considerem a desvantagem à qual indivíduos negros estão subjugados. Mas o racismo antinegro é definido a partir da perspectiva da humanidade, entendendo que, para ser humano, não se pode ser negro, pois essas duas condições não coabitam a existência de um sujeito. Essa definição foi apresentada em 1952 pelo filósofo e psiquiatra martinicano Frantz Fanon⁶⁸. Em seu primeiro livro, ele descreve que a negação da humanidade aos negros impede que eles sejam reconhecidos como sujeitos, desconsiderando assim sua identidade, seus direitos e suas necessidades⁶⁸. Recentemente, o filósofo e cientista político camaronês Achille Mbembe, baseado na narrativa de Fanon, reforçou a teoria da desumanização por meio de uma analogia com o comportamento de um vírus, que “fagocita corpos e vidas como reservas de matéria-prima, que não podem ser dispensadas, mas que são consumidas, descartadas e destruídas, geralmente sem motivo aparente”⁶⁹. Essa prática é a mais difícil de ser combatida, pois a interação humana de negação da existência do sujeito está imune a ajustes políticos e administrativos e aos esforços individuais^{68,70}.

A ausência de dados desagregados por raça/cor é uma maneira de invisibilizar o sujeito. Fato relatado na pesquisa de Araújo *et al.* (2020)³⁷, que buscou demonstrar qual a relação do Brasil e dos Estados Unidos com os dados de morbimortalidade por COVID-19 segundo raça/cor/etnia. No Brasil, a disponibilização dos dados desagregados pelo Boletim Epidemiológico

lógico (BE) do Ministério da Saúde começou tardiamente (15ª semana epidemiológica; BE-9), apenas com dados sobre hospitalizações por síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A partir do BE-10, foram divulgados também os dados desagregados de óbitos por COVID-19; apenas no BE-11 foram disponibilizados dados desagregados sobre SRAG, e só no BE-13 foram apresentados dados acerca de hospitalizações por SRAG como decorrência da COVID-19. A ausência de desagregação e a baixa qualidade dos dados limitam a elaboração de análises mais robustas com viés racial e a identificação da real condição de saúde da população negra.

A invisibilização dos sujeitos também se manifesta no modo como a assistência de saúde é ofertada aos negros. Segundo Góes *et al.*⁵³, a letalidade e a chance de óbito por SRAG associadas aos casos diagnosticados de COVID-19 em mulheres gestantes e puérperas foram maiores entre negras, sendo estas as que acumulam mais fatores de risco para desfechos negativos maternos (diabetes, obesidade, doença cardiovascular crônica e asma). Apesar desses achados, as gestantes negras foram as que menos tiveram acesso à internação em unidades de terapia intensiva. Esse é um fator que denota como o sujeito é desumanizado, pois mesmo somando mais fatores de risco, as mulheres negras não foram a maioria no recebimento integral de assistência.

O racismo antinegro segue tendo como refinamento prático a teoria daltônica desenvolvida no âmbito dos Movimento dos Direitos Civis dos anos 1960 nos Estados Unidos. Essa teoria idealiza que a cor da pele não importa⁷¹. Assim, não são necessárias proposições de políticas ou programas específicos para lidar com o que “não pode ser visto ou o que alguém se recusa a ver ou reconhecer mesmo quando é visto”^{72,73}. Na saúde, o negligenciamento de condições concretas, como a presença de marcadores clínicos de gravidade e a ausência de dados desagregados, promove um apagamento racial e impossibilita o exercício pleno do princípio da equidade. Culminando em acesso inadequado à saúde, desrespeito às diferenças e negligenciamento das necessidades individuais^{72,74}.

A teoria de racismo menos identificada foi a do racismo vicário²⁸. Essa teoria é compreendida como a exposição indireta ao racismo, em que o outro é exposto por meio do ambiente construído, ao testemunhar, escutar ou observar as experiências de preconceito e discriminação de parentes, amigos próximos ou estranhos. Essas vivências ocorrem no modo como pessoas negras são retratadas em mídias sociais, na

percepção de injustiças raciais, como em casos de violência policial e nos comentários racialmente discriminatórios feitos por autoridades eleitas ou em ambientes cotidianos, entre outras maneiras^{75,76}. Essa experiência é descrita como mais prevalente que o racismo direto, isso porque o ambiente construído fornece mais oportunidades de testemunhar, escutar e observar ações racistas do que a experiência individual⁷⁷.

A teoria do racismo vicário foi desenvolvida com base na teoria de “vidas vinculadas” de Barnes⁷⁸, que propõe que eventos que afetam um indivíduo também afetam outros. Essa teoria foi incorporada ao campo da saúde pelas pesquisadoras Krieger⁷⁹ e Berkman e colaboradores⁸⁰, e na análise do racismo como determinante social da saúde pela pesquisadora Harrell⁷⁵, que discutiu a importância de os estudos abordarem o efeito interpessoal do racismo. Desde então, alguns estudos – especialmente sobre a saúde infantil, incluindo o nascimento – têm abordado o tema. O foco na saúde infantil decorre da compreensão de que a exposição ao racismo torna esse grupo vulnerável, comprometendo seu desenvolvimento^{28,67,76,81}. Além disso, outras investigações buscam mensurar o impacto do objeto de análise dessa corrente teórica na saúde mental de jovens e adultos⁸²⁻⁸⁴.

Nesta revisão, o único estudo reportado buscou identificar qual o efeito da discriminação racial experimentada pela mãe na prevalência de sintomas de asma nos filhos²⁸. Nos achados, crianças cujas mães foram expostas ao racismo foram mais sintomáticas do que aquelas cujas mães não relataram exposição. Esse achado se apoia no fato de que a saúde das crianças é multifatorial e está interconectada com os sistemas e as relações ambientais com as quais interagem⁷⁶.

O mecanismo pelo qual o racismo vicário afeta a saúde de pessoas negras é similar ao do racismo estrutural, que se inicia na camada social e segue até a resposta biopsicossocial^{76,85,86}. Algumas pesquisas explicam essa relação por meio de modelos da neurociência, em que o racismo direcionado a outras pessoas provoca excitação fisiológica, que envolve a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal com, subsequentemente, liberação de cortisol, hormônio sistêmico mediador da resposta ao estresse e que tem vários efeitos no corpo, incluindo alterações metabólicas, efeitos no sistema imunológico e alterações comportamentais. De maneira concomitante, o estresse provocado pelo racismo ativa o eixo simpático-adrenal-medular, que pode modificar a função cardiovascular, aumentando a frequência cardíaca, a pressão arte-

rial e a vasoconstrição^{83,85,86}. Experimentar essas alterações de modo crônico pode levar à disfunção desses sistemas e ocasionar o surgimento de doenças metabólicas, cardiovasculares, imunológicas e mentais⁸⁷.

Nesta revisão, foi possível identificar como o racismo, como determinante social da saúde, tem sido abordado nas pesquisas no Brasil. Seus achados reforçam a importância de utilizar as teorias como um mecanismo para identificar a fonte do racismo, de modo que medidas de controle ou eliminação e, conseqüentemente, a supressão dos efeitos deletérios na saúde da população negra sejam efetivas.

Os estudos elencados neste trabalho corroboram a teoria de que, no Brasil, a democracia racial é um mito. Essa falácia é percebida desde a invisibilização dos dados, passando pelo acesso ao serviço de saúde, que ocorre tardiamente para negros, especialmente no que se refere ao acesso à atenção especializada. Além disso, o tipo de assistência prestada não depende exclusivamente da disponibilidade dos serviços no território, mas da qualidade da assistência prestada e da maneira como o usuário percebe o serviço. Nesse sentido, a autoavaliação de saúde também é impactada pelo racismo, assim como o risco de desenvolver e morrer por doenças preveníveis. O racismo age socialmente, produzindo efeitos biológicos e fragilizando os indivíduos, impossibilitando que desfrutem da saúde em seu conceito mais amplo, que vai além da ausência de doença. Ainda, o racismo é um mal cujo efeito na saúde não é sentido apenas por quem o experimenta diretamente, mas também por aqueles do seu convívio social.

Apesar da discussão desenvolvida e dos importantes achados sobre os mecanismos de operação do racismo, algumas ausências chamam

atenção nesta revisão. Não foram identificados estudos que avaliaram o efeito de políticas específicas, sejam da área da saúde ou não, na saúde da população negra. Se a discussão sobre o racismo estrutural e institucional, em parte, é alicerçada pela construção histórico-social e política e pela compreensão da supremacia branca na criação e aplicação das políticas, é necessário compreender como o Estado, por meio de sua ordem, tem contribuído ou não para a ampliação do racismo como determinante social de saúde. Também não foram identificadas pesquisas sobre o efeito do racismo ambiental na saúde da população brasileira, teoria que ganha espaço em paralelo à ampliação da discussão acerca de mudanças climáticas e seus efeitos na ocorrência de desastres ambientais.

Esta revisão não pretendeu esgotar todas as informações sobre como as teorias do racismo explicam o impacto na saúde da população, mas sim potencializar a discussão a respeito da necessidade de se produzir estudos em saúde com um olhar que não veja a raça apenas como um fator explicativo ou aditivo que interage com os desfechos. É fundamental considerar seu potencial como ferramenta de análise dos efeitos sociais que a exposição à discriminação por conta de cor/raça gera na saúde, bem como sobre como essas discriminações são produzidas, para que seja possível uma remodelação político-social por meio da qual os negros possam encontrar meios de restaurar a dignidade humana que contempla o sujeito. Desde o período colonial, passando pela abolição da escravatura e se estendendo aos dias atuais, essa dignidade tem sido negada, impondo a essa grande parcela da população brasileira os efeitos negativos de vivenciar estruturas sociais desumanas, iníquas e desintegradas.

Colaboradores

ACO Costa: concepção do artigo, revisão de literatura, delineamento e redação do artigo. LL Jardim: redação do artigo e revisão crítica. R Paes-Sousa: concepção do artigo, redação do artigo e revisão crítica. Todos os autores leram e aprovaram a versão final.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

- Htun M. From "Racial Democracy" to Affirmative Action: Changing State Policy on Race in Brazil. *Lat Am Res Rev* 2004; 39(1):60-89.
- Fry P. Politics, Nationality, and the Meanings of "Race" in Brazil. *Daedalus* 2000; 129(2):83-118.
- UNESCO. *Declaración sobre la raza*. Paris: UNESCO; 1950.
- Came H, Griffith D. Tackling racism as a "wicked" public health problem: Enabling allies in anti-racism praxis. *Soc Sci Med* 2018; 199:181-188.
- Headen IE, Elovitz MA, Battarbee AN, Lo JO, Debink MP. Racism and perinatal health inequities research: where we have been and where we should go. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 227(4):560-570.
- Gould SJ. *The mismeasure of man*. New York: W. W. Norton; 1981.
- Briggs AH. Healing the past, reimagining the present, investing in the future: What should be the role of race as a proxy covariate in health economics informed health care policy? *Health Econ* 2022; 31(10):2115-2119.
- Fuentes A. Systemic racism in science: reactions matter. *Science* 2023; 381(6655):eadj7675.
- UNESCO. *The Race Question*. Paris: UNESCO; 1950.
- Constante HM, Marinho GL, Bastos JL. The door is open, but not everyone may enter: racial inequities in healthcare access across three Brazilian surveys. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):3981-3990.
- Dantas-Silva A, Surita FG, Souza R, Rocha LC, Guida JPS, Pacagnella RC, Tedesco RP, Fernandes KG, Martins-Costa SHA, Peret FJA, Feitosa FEL, Traina E, Cunha Filho E, Vettorazzi J, Haddad SM, Andreucci CB, Correa Junior MD, Dias MOG, Oliveira L, Melo Junior EF, Luz MD, Cecatti JG, Costa ML. Brazilian Black Women are at Higher Risk for COVID-19 Complications: An Analysis of REBRACO, a National Cohort. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2023; 45(5):253-260.
- Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(4):e20180834.
- Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saude Debate* 2013; 37(99):571-579.
- Tomasiello DB, Vieira JPB, Parga JPFA, Servo LMS, Pereira RHM. Racial and income inequalities in access to healthcare in Brazilian cities. *J Transp Health* 2024; 34:101722.
- Mannor KM, Malcoe LH. Uses of theory in racial health disparities research: a scoping review and application of public health critical race praxis. *Ann Epidemiol* 2022; 66:56-64.
- Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 2017; 389(10077):1453-1463.
- Dantas-Silva A, Santiago SM, Surita FG. Racism as a Social Determinant of Health in Brazil in the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2023; 45(5):221-224.
- Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(5):350-355.
- Adkins-Jackson PB, Chantarat T, Bailey ZD, Ponce NA. Measuring structural racism: a guide for epidemiologists and other health researchers. *Am J Epidemiol* 2022; 191(4):539-547.
- Miller WD, Peek ME, Parker WF. Scarce Resource Allocation Scores Threaten to Exacerbate Racial Disparities in Health Care. *Chest* 2020; 158(4):1332-1334.
- Yearby R. Structural racism and health disparities: reconfiguring the social determinants of health framework to include the root cause. *J Law Med Ethics* 2020; 48(3):518-526.
- Pires A, Xavier R, Lima C. Black population's health: biopolitics, necropolitics and structural racism. *ECOS Estud Contemp Subj* 2022; 12:230-243.
- Kerlinger FN. Science and the scientific approach. In: Kerlinger FN, Lee HB *Foundations of Behavioral Research*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1964. p. 2-15.
- Lett E, Adekunle D, McMurray P, Asabor EN, Irons R. Health Equity Tourism: Ravaging the Justice Landscape. *J Med Syst* 2022; 46(2):17.
- McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *J Clin Epidemiol* 2016; 75:40-46.

26. Dorea Almeida M, Cardoso Borges SA. 'À espera da boa vontade': o racismo e o lugar do sujeito no sistema público de saúde brasileiro. *Summa Psicol UST* 2022; 19(1):13-21.
27. Mota CS, Lira ADS, Queiroz MCA, Santos MPAD. Agô Sankofa: an overview of the progression of sickle cell disease in Brazil in the past two decades. *Cien Saude Colet* 2024; 29(3):e06772023.
28. Fattore GL, Amorim LD, Santos LM, Santos DN, Barreto ML. Asthmatic symptoms in children and adolescents: the role of maternal experiences of racial discrimination. *J Racial Ethn Health Disparities* 2022; 9(3):938-945.
29. Siqueira JS, Fernandes RCP. Demanda psicossocial e demanda física no trabalho: iniquidades segundo raça/cor. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4737-4748.
30. Fanton M, Barros AJD, Olinto MTA, Gigante DP. Direct and indirect associations of experience of racial discrimination, dietary patterns and obesity in adults from southern Brazil. *Public Health Nutr* 2024; 27:e60.
31. Cajazeiro JMD, Cardoso AM, Nobre AA. Efeito da composição étnico-racial da população na mortalidade por COVID-19: uma abordagem ecológica espacial das iniquidades em saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2024; 29(12):e05552024.
32. Moura RF, Cesar CLG, Goldbaum M, Okamura MN, Antunes JLF. Factors associated with inequalities in social conditions in the health of elderly white, brown and black people in the city of São Paulo, Brazil. *Cien Saude Colet* 2023; 28(3):897-907.
33. Pereira S, Schraiber LB, Oliveira AFPL. 'I Am from the Ghetto, I Am Black, I Live in the Slum and They Think: Why Bother with Her?': Racism in Seeking Help Experiences for Domestic Violence in Brazil. *J Interpers Violence* 2024; 40(5-6):1037-1062.
34. Silva JC, Santos MP, Pereira MFB, Lima RTS, Barbosa RM. "I can't breathe": The effect of intersectionality on access to COVID-19 diagnostic tests in Brazil. *Int J Popul Stud* 2023; 9:2.
35. Silva AR, Scorzafave LGS. Inequality by skin color in breast cancer screening in Brazil: a differences-in-differences analysis of the COVID-19 pandemic. *J Racial Ethn Health Disparities* 2024; 12(2):685-691.
36. Cardoso AM, Santos RV, Coelho JF, Garnelo L, Coimbra CEA Jr. Maternal and congenital syphilis in Indigenous Peoples: a scoping review of the worldwide literature. *Int J Equity Health* 2023; 22(1):98.
37. Araujo EM, Caldwell KL, Santos MP, Souza IM, Ribeiro GS. Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 4):191-205.
38. Faerstein E, Chor D, Werneck GL, Lopes CS, Kaplan G. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Suppl. 2):81-87.
39. Camelo LV, Chor D, Griep RH, Benseñor IM, Lotufo PA. Racial discrimination is associated with greater arterial stiffness and carotid intima-media thickness: the ELSA-Brasil Study. *Ann Epidemiol* 2022; 72:40-47.
40. Camelo LV, Chor D, Griep RH, Benseñor IM, Lotufo PA. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). *Cad Saude Publica* 2022; 38(3):e00341920.
41. Goes EF, Paixão ES, Santos MP, Oliveira BLCA, Barreto ML. The intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: inequalities in breast and cervical cancer mortality in 20,665,005 adult women from the 100 Million Brazilian Cohort. *Ethn Health* 2024; 29(1):46-61.
42. Paixão ES, Cardoso AM, Santos RV, Barreto ML, Ichihara MY. Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. *Lancet Glob Health* 2023; 11(11):e1734-1742.
43. Azevedo UC, Gomes DDO. A influência dos determinantes sociais na vida de mulheres negras no Centro de Atenção Psicossocial do tipo álcool e outras drogas em Caucaia, Ceará. *Saude Soc* 2023; 32(2):e220263pt.
44. Cassia Catoia C, Severi FC, Firmino IFC. 'Alyne Pimentel' case: gender violence and intersectionalities. *Rev Estud Fem* 2020; 28(2):e60191.
45. Santana KSO, Barreto FR, Silva LR, Oliveira JF, Araújo EM. Analysis of the socio-environmental vulnerability of black and Caucasian pregnant women in Salvador, Bahia, Brazil to the occurrence of microcephaly associated with the congenital syndrome of Zika virus. *Geospat Health* 2020; 15(1):859.
46. Goes EF, Menezes GMS, Almeida MCC, Aquino EML. Barriers in accessing care for consequence of unsafe abortion by black women: evidence of institutional racism in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities* 2021; 8(5):1385-1394.
47. Santos SM, Guimaraes MJB, Araujo TVB. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saude Soc* 2007; 16(2):87-102.
48. Taquette SR, Meirelles ZV. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. *Physis* 2013; 23(1):129-142.
49. Domingues PML, Leal MC, Gama SGN, Theme Filha MM. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(2):285-292.
50. Santos Ferreira RB, Camargo CL, Sousa AR, Whitaker MCO. Implications of institutional racism in the therapeutic itinerary of people with chronic renal failure. *Investig Educ Enferm* 2020; 38(3):e09.
51. Ferreira RBS, Camargo CL, Sousa AR, Whitaker MCO. Morbimortalidade de gestantes pela COVID-19 e os atravessamentos da raça/cor: uma análise interseccional. *Online Braz J Nurs* 2022; 21:e20226553.
52. Goes EF, Menezes GMS, Almeida MCC, Aquino EML. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saude Publica* 2020; 36(8):e00189618.
53. Goes EF, Ferreira AJF, Ramos D. Anti-Black racism and maternal death from COVID-19: what have we seen in the pandemic? *Cien Saude Colet* 2023; 28(9):2501-2510.

54. Ture K, Hamilton CV. White power: the colonial situation. In: Ture K, Hamilton CV. *Black Power: The Politics of Liberation in America*. New York: Vintage Books; 1967. p. 20-36.
55. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc* 2016;25(3):535-549.
56. Moreira AJ. O racismo, suas manifestações e modos de operação. In: Moreira AJ. *Letramento racial: uma proposta de reconstrução da democracia brasileira*. São Paulo: Editora Contracorrente; 2024. p. 149-182.
57. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(40):121-134.
58. Silva NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercês NP, Oliveira MAF. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(4):e20180834.
59. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: toward a structural interpretation. *Am Sociol Rev* 1997; 62(3):465-480.
60. Dean LT, Thorpe RJ. What structural racism is (or is not) and how to measure it: clarity for public health and medical researchers. *Am J Epidemiol* 2022; 191(9):1521-1526.
61. Powell JA. Structural racism: building upon the insights of John Calmore. *N C Law Rev* 2007; 86(3):791-816.
62. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Health Soc* 2014; 44(4):53-76.
63. Almeida S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Editorial; 2019.
64. Bailey ZD, Feldman JM, Bassett MT. How structural racism works – racist policies as a root cause of U.S. racial health inequities. *N Engl J Med* 2021; 384(8):768-773.
65. Machado MF, França BSR, Farias MLSA, Costa MI. Mulheres e a questão racial da sífilis no Brasil: uma análise de tendência (2010–2019). *Res Soc Dev* 2022; 11(12):e51511125202.
66. Adkins-Jackson P, Rodriguez A. Methodological approaches for studying structural racism and its impact on health. *Nurs Outlook* 2022; 70(5):725-732.
67. Center on the Developing Child. *How racism can affect child development* [Internet]. 2020 [cited 2025 jul 3]. Available from: <https://developingchild.harvard.edu/resources/infographics/racism-and-ecd/>
68. Fanon F. *Black skin, white masks*. New York: Grove Press; 2008.
69. Mbembe A. Achille Mbembe: “Le racisme antinègre fonctionne de la même manière qu’un virus” [Internet]. 2020 [cited 2025 jul 3]. Available from: <https://www.philomag.com/articles/achille-mbembe-le-racisme-anti-negre-fonctionne-de-la-meme-maniere-quun-virus>
70. Vargas JHC. Racismo não dá conta: antinegitude, a dinâmica ontológica e social definidora da modernidade. *Rev Em Pauta* 2020; 45(18):16-26.
71. Steinberg S. *Turning back: the retreat from racial justice*. New York: ProQuest; 1995.
72. Beeman A. Walk the walk but don’t talk the talk: the strategic use of colorblind ideology in an interracial social movement organization. *Sociol Forum* 2015; 30(1):127-147.
73. Smith RC. *Racism in the postcivil rights era: now you see it, now you don’t*. Albany: State University of New York Press; 1995.
74. Eisape A, Nogueira A. See change: overcoming anti-Black racism in health systems. *Front Public Health* 2022; 10:865305.
75. Harrell SP. A multidimensional conceptualization of racism-related stress: implications for the well-being of people of color. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70(1):42-57.
76. HeardGarris NJ, Cale M, Camaj L, Hamati MC, Dominguez TP. Transmitting trauma: a systematic review of vicarious racism and child health. *Soc Sci Med* 2018; 199:230-240.
77. Quinn EB, Smith RC, Green TL, Lewis TT. The social patterning of vicarious discrimination: implications for health equity. *Soc Sci Med* 2023; 332:116104.
78. Barnes JA. Class and committees in a Norwegian island parish. *Hum Relat* 1954; 7(1):39-58.
79. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 36-45.
80. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000; 51(6):843-857.
81. Dominguez TP, DunkelSchetter C, Glynn LM, Hobel C, Sandman CA. Racial differences in birth outcomes: the role of general, pregnancy, and racism stress. *Health Psychol* 2008; 27(2):194-203.
82. Li Verdugo J, Patel S, Hahm HC, Eisenberg D. Associations between vicarious discrimination and mental health among young adult college students: findings from the 2020–2021 Healthy Minds Study. *J Affect Disord* 2024; 361:760-767.
83. Chae DH, Yip T, Martz CD, Chung K, Richeson JA. Vicarious racism and vigilance during the COVID19 pandemic: mental health implications among Asian and Black Americans. *Public Health Rep* 2021; 136(4):508-517.
84. HeardGarris N, Widaman KE, Tran AGTT, McDaniel M, George M. Adolescents’ experiences, emotions, and coping strategies associated with exposure to mediated vicarious racism. *JAMA Netw Open* 2021 ;4(6):e2113522.
85. Masten CL, Telzer EH, Eisenberger NI. An fMRI investigation of attributing negative social treatment to racial discrimination. *J Cogn Neurosci* 2011; 23(5):1042-1051.
86. Berger M, Saranyai Z. “More than skin deep”: stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress* 2015; 18(1):1-10.
87. Lawrence S, Scofield RH. Posttraumatic stress disorder-associated hypothalamicpituitaryadrenal axis dysregulation and physical illness. *Brain Behav Immun Health* 2024; 41:100849.

Artigo apresentado em 07/07/2025

Aprovado em 16/09/2025

Versão final apresentada em 18/09/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca