



CAPÍTULO 3

ESTRUTURAS DE INDIFERENÇA: RACISMO INSTITUCIONAL E SEUS EFEITOS NA SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0381112511123>

Paulina Almeida Rodrigues

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Imperatriz - MA

<http://lattes.cnpq.br/3811305062100644>

Micaela Dias dos Anjos

Universidade Federal da Bahia - UFBA

<https://orcid.org/0009-0007-4967-9674>

Rafaella Abrantes e Silva

UNIFACISA/PB

Matheus Gustavo de Oliveira Santos

Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP

Atibaia – SP

<https://lattes.cnpq.br/5813906083917932>

Gyullyanna Raquel Bezerra Nunes

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA - AFYA JP

<http://lattes.cnpq.br/3336889452650475>

Gustavo Henrique Florentino

Centro universitário-Unifacisa

Campina Grande-PB

Carlos Renilton Silva

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Vitória da Conquista-BA

<https://orcid.org/0009-0008-8257-5591>

Matheus Rocha Luz

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Vitória da Conquista-BA

<https://orcid.org/0009-0008-9356-2382>

Gabrielle Letícia Albuquerque Silva
UNIFACISA - Campina Grande
<http://lattes.cnpq.br/2061534446898839>

Izabel Marques Feitoza de Araújo
Faculdade Santa Maria-FSM Cajazeiras Pb
<http://lattes.cnpq.br/7255739643562725>

Luis Felipe Fernandes Gomes
UNIFACISA - PB
<http://lattes.cnpq.br/4350519431378492>

Laiane Cristina de Camargos Silva
FAMINAS BH
<http://lattes.cnpq.br/9074061626046139>

RESUMO: Este estudo buscou analisar as manifestações do racismo institucional nos serviços e políticas de saúde voltados às populações indígenas no Brasil. Realizou-se uma revisão narrativa em dezembro de 2025, nas bases LILACS, BDENF e SciELO, abrangendo publicações de 2020 a 2025. Os resultados evidenciam que o racismo institucional opera em três dimensões: gestão e normatização do SasiSUS, formação dos profissionais de saúde e práticas territoriais. Identificaram-se estruturas de indiferença, racismo epistêmico e violação de direitos humanos. Conclui-se que a superação desse cenário exige transformações estruturais, incluindo protocolos interculturais, a reformulação curricular e o fortalecimento da participação indígena nos processos decisórios.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Indígena; Determinantes Sociais da Saúde; Políticas de Saúde.

STRUCTURES OF INDIFFERENCE: INSTITUTIONAL RACISM AND ITS EFFECTS ON THE HEALTH OF INDIGENOUS PEOPLES IN BRAZIL

ABSTRACT: This study aimed to analyze the manifestations of institutional racism in health services and policies directed toward Indigenous populations in Brazil. A narrative review was conducted in December 2025, using the LILACS, BDENF, and SciELO databases, covering publications from 2020 to 2025. The results show that institutional racism operates in three dimensions: management and standardization of SasiSUS, training of health professionals, and territorial practices. Structures of indifference, epistemic racism, and human rights violations were identified. It is concluded that overcoming this scenario requires structural transformations, including intercultural protocols, curriculum reformulation, and strengthening Indigenous participation in decision-making processes.

KEYWORDS: Indigenous Health; Social Determinants of Health; Health Policies.

INTRODUÇÃO

A saúde dos povos indígenas no Brasil constitui uma questão de saúde pública marcada por desigualdades históricas profundas, enraizadas nos processos de colonização portuguesa que moldaram não apenas as estruturas políticas e sociais do país, mas também as práticas institucionais de exclusão que perduram até os dias atuais. Compreender a saúde indígena exige, portanto, uma análise que transcenda as limitações de uma perspectiva meramente clínica ou epidemiológica, demandando uma visão que articule os determinantes históricos, territoriais e políticos que conformam a experiência saúde-doença das populações originárias. Historicamente, a saúde indígena em nosso país vem sendo negligenciada, de modo que, ao longo do período que abrange o início da colonização portuguesa até a metade do século passado, não se registraram políticas públicas voltadas ao atendimento à saúde da população indígena (Castro; Carneiro, 2023).

Desde o primeiro contato entre colonizadores europeus e povos indígenas, essas populações têm sido vitimadas por inúmeras epidemias que atuaram como instrumentos de devastação demográfica e territorial. A primeira grande epidemia ocorreu em 1554, seguida de epidemias de varíola e sarampo em 1562 e 1564, que dizimaram várias aldeias (Castro; Carneiro, 2023).

Esses eventos não foram episódicos ou consequência natural da disseminação de doenças infecciosas, mas constituem registros históricos de uma opção política de tratar os povos indígenas como descartáveis, caracterizando um processo que atravessa os séculos até o período contemporâneo. Exemplos paradigmáticos dessa lógica de eliminação incluem a redução drástica de populações inteiras: os Krahô foram aldeados em 1849 com o objetivo de liberar áreas para a ocupação colonial, passando de mais de mil indígenas para apenas 620 sobreviventes em 1852 em decorrência das epidemias; similarmente, em 1977, após “contato” com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a população arawaté foi reduzida quase pela metade, indo de 200 para 120 pessoas (Castro; Carneiro, 2023).

Apesar dos avanços institucionais promovidos pela Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como direito universal sem distinção de raça ou origem, e pela subsequente estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública garantidora de acesso igualitário, persistem indicadores profundamente desfavoráveis às populações indígenas que evidenciam a perpetuação de mecanismos de exclusão. A pandemia da COVID-19 constitui um exemplo revelador dessa realidade, tendo ocorrido, segundo dados de 2022 do Ministério da Saúde, 691.015 óbitos no país, dos quais 928 foram de indígenas aldeados, conforme registros da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), número que não inclui os óbitos de indígenas residindo em centros urbanos ou em terras não homologadas (Castro; Carneiro, 2023).

O racismo institucional, diferentemente do preconceito ou discriminação baseados em atitudes individuais, refere-se ao fracasso coletivo e sistemático de uma organização em oferecer um serviço apropriado e profissional a pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (Santos; Rego, 2020). Essa forma de racismo manifesta-se através de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, resultantes de ignorância, falta de atenção, prejuízos ou estereótipos racistas, tendo como resultado o posicionamento de pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em posição de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações (Santos; Rego, 2020).

A importância de se distinguir o racismo institucional de outras formas de discriminação reside no fato de que ele não requer intencionalidade explícita de indivíduos racistas, mas funciona através de práticas, protocolos e estruturas organizacionais que, mesmo quando aparentemente neutras, produzem efeitos discriminatórios sistemáticos. No campo da saúde coletiva, reconhece-se cada vez mais que o racismo funciona como um determinante social da saúde, ou seja, como um fator estrutural que influencia diretamente os processos de saúde-doença de populações e que está intrinsecamente ligado às condições de vida, trabalho, acesso a recursos e poder político (Santos; Rego, 2020).

A materialização do racismo institucional nos serviços e políticas de saúde voltados aos povos indígenas manifesta-se de forma multifacetada e complexa, atravessando diferentes dimensões do sistema de saúde. No plano da assistência e da vigilância em saúde, o racismo institucional se expressa através de múltiplas barreiras que limitam o acesso efetivo das populações indígenas aos serviços. As barreiras culturais e linguísticas constituem um obstáculo significativo, na medida em que a falta de respaldo a idiomas indígenas e de reconhecimento de conhecimentos tradicionais sobre saúde marginaliza as perspectivas desses povos no processo de atenção. As distâncias territoriais entre aldeias e centros de saúde, exacerbadas pela ausência de políticas adequadas de transporte e integração entre níveis de atenção, consolidam a inacessibilidade geográfica como expressão do racismo institucional (Thomazinho, 2024).

Particularmente grave é a ausência de protocolos interculturais e de diretrizes específicas que orientem o atendimento às populações indígenas, deixando os profissionais de saúde desprovidos de ferramentas conceituais e operacionais para oferecer uma atenção adequada e respeitosa (Thomazinho, 2024). A precarização das equipes de saúde que atuam nos contextos indígenas – caracterizada pela falta de recursos materiais, equipamentos e profissionais adequadamente capacitados – constitui ainda outra faceta do racismo institucional, ao estabelecer um padrão de atenção inferior ao oferecido em outros contextos (Thomazinho, 2024).

A subnotificação sistemática de agravos de saúde em populações indígenas, decorrente da falta de registros consistentes do quesito cor/raça nos sistemas de informação como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN), torna invisível estatisticamente a carga de doença e morte que afeta esses povos, perpetuando a negligência política (Silva, H. C. B. D.; Lima, 2021). Fenômenos como a violência obstétrica contra mulheres indígenas, a falta de consideração às especificidades epidemiológicas e o racismo ambiental, que nega aos povos indígenas seus direitos territoriais e a proteção ambiental necessária à saúde coletiva, completam o quadro de como o racismo institucional se operacionaliza na prática cotidiana dos serviços de saúde.

As consequências sanitárias e epidemiológicas do racismo institucional se materializam em indicadores de saúde profundamente desiguais. A literatura documenta que a mortalidade materna entre mulheres indígenas apresenta taxas substancialmente superiores às da população branca, refletindo tanto a falta de qualidade da atenção obstétrica quanto a violência e o desrespeito enfrentados durante o parto (Silva, H. C. B. D.; Lima, 2021). A prevalência aumentada de condições crônicas como anemia falciforme, diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial entre populações indígenas aponta para a intersecção entre vulnerabilidades biogenéticas, determinantes sociais precários e falta de acesso adequado a prevenção e controle de doenças (Silva, H. C. B. D.; Lima, 2021). Além disso, populações indígenas apresentam uma proporção menor de consultas em comparação com a população branca, sugerindo barreiras ativas no acesso aos serviços de atenção básica (Silva, 2021).

A relevância do tema para o debate contemporâneo brasileiro transcende a esfera puramente acadêmica e técnica, situando-se no centro das discussões sobre políticas indigenistas, reformas institucionais e transformação social. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão responsável pela coordenação da atenção básica aos povos indígenas através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enfrenta desafios estruturais de coordenação com os serviços municipais e estaduais do Sistema Único de Saúde para garantir acesso a atenção de média e alta complexidade, revelando lacunas institucionais que facilitam a perpetuação do racismo (Thomazinho, 2024).

Processos crescentes de judicialização das políticas de saúde indígena evidenciam a insuficiência da esfera administrativa e a necessidade de intervenção do Poder Judiciário para garantir direitos formalmente reconhecidos pela Constituição Federal de 1988 (Thomazinho, 2024). A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992 de 2009, representa um avanço normativo na tentativa de combater o racismo institucional no âmbito do SUS, porém, sua implementação permanece desigual e insuficiente em muitos contextos (Silva, H.

C. B. D.; Lima, 2021). Os efeitos recentes de epidemias, em particular a pandemia de COVID-19, expuseram de forma brutal as desigualdades estruturais que caracterizam o sistema de saúde para as populações indígenas, demonstrando que, em contextos de crise humanitária, as populações historicamente marginalizadas enfrentam riscos ainda mais elevados de morte e adoecimento (Castro; Carneiro, 2023).

Frente a esse cenário complexo e multidimensional, torna-se imperativo desenvolver análises que articulem a compreensão do racismo institucional como fenômeno específico que estrutura as políticas e práticas de saúde direcionadas aos povos indígenas, bem como a identificação de seus mecanismos operacionais e de seus efeitos epidemiológicos concretos. O presente estudo propõe-se a analisar de que modo o racismo institucional se expressa nos serviços e políticas de saúde voltados às populações indígenas, investigando tanto as manifestações práticas desse racismo no cotidiano da assistência quanto suas repercussões para os indicadores epidemiológicos

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa realizada em dezembro de 2025. A pesquisa nos bancos de dados científicos reconhecidos, tais como LILACS, BDENF - Enfermagem e SciELO Preprints, foi conduzida, abrangendo publicações publicadas entre 2020 e 2025. Foram utilizados descritores em português, fundamentados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: Indígenas, População Indígena, Povos Indígenas, Racismo, Discriminação Social, Preconceito, Serviços de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Equidade em Saúde. Para refinar a busca, os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, configurando a seguinte estratégia: (“Indígenas” OR “População Indígena” OR “Povos Indígenas”) AND (“Racismo” OR “Discriminação Social” OR “Preconceito”) AND (“Serviços de Saúde” OR “Acesso aos Serviços de Saúde” OR “Atenção Primária à Saúde” OR “Equidade em Saúde”).

Os critérios de inclusão adotados incluíram artigos publicados em periódicos revisados por pares, em língua portuguesa, que abordassem a Política de Saúde para populações indígenas e os Direitos Humanos, com foco específico nas manifestações do racismo institucional nos serviços de saúde aos povos indígenas no Brasil. Foram excluídos estudos que, após leitura do título, não atenderam aos objetivos propostos, especialmente aqueles que: a) não abordaram a Política de Saúde voltada às populações indígenas; b) não apresentaram interface direta com os Direitos Humanos; c) não trataram das manifestações do racismo institucional no contexto da atenção ou dos serviços de saúde.

A triagem dos estudos foi realizada em duas fases, em conformidade com as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2022). Inicialmente, os títulos e resumos foram submetidos à análise para verificar sua conformidade com os critérios de inclusão. Subsequentemente, os artigos selecionados foram examinados na íntegra para avaliar a adequação aos objetivos específicos da pesquisa.

A avaliação dos textos foi realizada de forma independente por dois pesquisadores, a fim de minimizar potenciais vieses na seleção dos materiais. Eventuais discordâncias foram resolvidas por consenso entre os avaliadores. Os estudos foram classificados com base nas temáticas emergentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Racismo Institucional na Gestão e Normatização do SasiSUS

Os resultados indicam que a gestão da saúde indígena no Brasil é influenciada por o que Pontes (2025) chama de “estruturas de indiferença”, uma expressão de racismo anti-indígena onde as necessidades e sofrimentos dessas populações são frequentemente invisibilizados ou minimizados pela burocracia estatal. A análise das normas do SasiSUS revela um silêncio evidente — o “não dito” — sobre o racismo e o colonialismo nos processos decisórios. Segundo Pontes (2025), a gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) tem adotado uma lógica produtivista, centrada em metas quantitativas (como o número total de consultas), que pouco refletem sobre a qualidade do atendimento ou a segurança cultural, servindo mais aos interesses do controle dos trabalhadores do que à proteção dos direitos (Pontes, 2025).

Essa lacuna normativa e a falta de critérios claros para a organização de uma Atenção Primária diferenciada criam um ambiente inseguro para os usuários indígenas. A ausência de protocolos que enfrentem o racismo institucional e o colonialismo médico resulta em serviços onde as iniquidades são frequentemente atribuídas a “diferenças culturais”, eximindo o Estado de sua responsabilidade histórica (Pontes, 2025). Essa dinâmica reflete a continuidade de uma lógica colonial que, conforme discutido por Galeano et al. (2025), tenta apagar a agência indígena e legitimar práticas de violência através de manobras jurídico-legais, como a tese do Marco Temporal, que ameaça diretamente a territorialidade essencial para a saúde dessas populações (Galeano; Marques; Guareschi, 2025).

O Racismo Epistêmico e a Formação dos Profissionais de Saúde

Uma descoberta fundamental nos estudos analisados é que o racismo institucional nos serviços de saúde inicia-se muito antes do momento do atendimento: ele é concebido nas universidades e instituições médicas. Luna et al. (2024) evidenciam que o ambiente das faculdades de medicina federais é hostil e pouco receptivo para estudantes indígenas, caracterizado por práticas de intolerância, tutela e racismo promovidas por professores e colegas. A presença de corpos indígenas nesses espaços de elite expõe que as diferenças culturais são rapidamente interpoladas em desigualdades acadêmicas e sociais. Se a formação médica considera o indígena como um “estranho” ou “outsider”, é inevitável que tal postura se replique na futura prática clínica, perpetuando um atendimento desumanizado e tecnicista que desconsidera as especificidades cosmológicas dos pacientes. Essa violência não é apenas relacional, mas epistêmica (Luna; Paladino; Cyrino, 2024).

Almeida (2024) sustenta que a comunidade científica apresenta uma cegueira ocasionada por ideologias racistas que hierarquizam o conhecimento, desconsiderando os saberes indígenas e suas práticas de cura. A academia e as instituições de saúde, ao negarem a validade da ciência dos povos originários — seus “rios de conhecimentos” —, praticam uma forma de racismo que enriquece o cuidado em saúde. Calegare e Santos (2025) corroboram tal perspectiva ao descrevem as experiências de mulheres indígenas graduadas, as quais enfrentam questionamentos constantes acerca de sua identidade, aparência e capacidade intelectual (cotas), conduzindo a sofrimento psíquico intenso e à necessidade de um esforço permanente para provar sua humanidade e legitimidade nesses espaços (Almeida, 2024; Calegare; Pereira dos Santos, 2025).

Território, Subjetividade e Resistência

A discussão sobre saúde indígena exige, invariavelmente, a compreensão do território não apenas como espaço geográfico, mas como determinante social e espiritual da saúde. Embora o estudo de Silva e Felipe (2024) seja focado em comunidades quilombolas, ele dialoga diretamente com a realidade indígena ao evidenciar que o território carrega marcas históricas de opressão e resistência, as quais influenciam diretamente o dinâmica do processo saúde-doença. O profissional de saúde que atua nessas regiões deve compreender que o adoecimento frequentemente reflete a violência colonial e a insegurança territorial (Silva, F. R. D.; Felipe, 2024).

O racismo anti-indígena provoca impactos psicossociais profundos, conforme descrito por Calegare e Santos (2025), como processos de não-reconhecimento e humilhação social que deterioram a autoestima e a saúde mental. A violência simbólica, caracterizada pelo silenciamento da língua, pela ridicularização da estética

e pela questionamento da presença nas instituições de ensino e saúde, constitui um quadro de violação contínua dos direitos humanos (Calegare; Pereira Dos Santos, 2025).

No entanto, os estudos também destacam a potência da resistência. Almeida (2024) e Galeano et al. (2025) ressaltam que, apesar das tentativas de apagamento — seja por meio de monumentos que veneram colonizadores ou de currículos médicos eurocêntricos —, os povos indígenas continuam preservando suas memórias e conhecimentos. A presença de intelectuais e profissionais de saúde indígenas, bem como a atuação de pajés e parteiras tradicionais, constitui uma barreira de resistência contra o racismo institucional. A “demarcação da ciência” proposta por Almeida (2024) e a luta contra os “monumentos da barbárie” analisada por Galeano et al. (2025) representam movimentos de saúde coletiva, pois almejam curar as feridas coloniais e refoundar as relações entre o Estado, a ciência e os povos originários com base no respeito e na interculturalidade genuína (Almeida, 2024; Galeano; Marques; Guareschi, 2025).

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que o racismo institucional na assistência à saúde indígena no Brasil atua de maneira estrutural e multidimensional, manifestando-se em três esferas interligadas: a gestão e normatização do SasiSUS, a formação dos profissionais de saúde e as práticas territoriais de violência e resistência, bem como a segurança cultural no atendimento.

A principal contribuição deste trabalho reside na sistematização das múltiplas expressões do racismo institucional, evidenciando que sua superação exige transformações estruturais que vão além de medidas pontuais ou de sensibilização individual. É necessário implementar protocolos interculturais, reformular currículos de formação em saúde, fortalecer a cooperação entre a SESAI e demais esferas do SUS, além de garantir a participação indígena nos processos decisórios.

Como limitações, regula-se que a revisão narrativa não permite generalizações estatísticas e que o período e as bases selecionadas podem ter restringido a amplitude da análise. Estudos futuros devem priorizar abordagens quantitativas para mensurar o impacto epidemiológico do racismo institucional, bem como pesquisas participativas que ampliem a voz e a agência dos próprios povos indígenas na produção de conhecimento sobre sua saúde.

REFERÊNCIA

- ALMEIDA, D. H. D. Rios de conhecimentos: demarcando a ciência com as vozes indígenas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. I.], v. 29, n. 12, p. e06742024, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242912.06742024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232024001200600&tlang=pt. Acesso em: 8 dez. 2025.
- CALEGARE, M.; PEREIRA DOS SANTOS, J. H. Vivências do Racismo Anti-Indígena Contra Mulheres Graduandas da UFAM. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. I.], v. 25, 11 mar. 2025. DOI: 10.12957/epp.2025.82643. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/82643>. Acesso em: 8 dez. 2025.
- CASTRO, C. M. G. D.; CARNEIRO, M. Saúde Indígena: Racismo Estrutural/Institucional, Colonialismo Interno e Necropolítica. **Tellus**, [S. I.], p. 323–348, 2 mar. 2023. DOI: 10.20435/tellus.v23i50.917. Disponível em: <https://www.tellus.ucdb.br/tellus/article/view/917>. Acesso em: 8 dez. 2025.
- GALEANO, G. B.; MARQUES, C. F.; GUARESCHI, N. M. D. F. Desacorçoar os Vencedores: Práticas de Resistência e Monumentos da Barbárie. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. I.], v. 25, 27 mar. 2025. DOI: 10.12957/epp.2025.75195. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/75195>. Acesso em: 8 dez. 2025.
- LUNA, W. F.; PALADINO, M.; CYRINO, E. G. “Estranhos” na Escola Médica: experiências indígenas em cursos de medicina de universidades federais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. I.], v. 29, n. 12, p. e14582023, 2024. DOI: 10.1590/1413-812320242912.14582023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232024001200206&tlang=pt. Acesso em: 8 dez. 2025.
- PONTES, A. L. D. M. O dito e o não dito no contexto da produção das normativas do Sasi-SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. I.], v. 29, p. e250241, 2025. DOI: 10.1590/interface.250241. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832025000101102&tlang=pt. Acesso em: 8 dez. 2025.
- SANTOS, R. G. S. D.; REGO, M. P. D. C. E. M. D. A. O racismo institucional sob a perspectiva da ética do cuidado, nos serviços de saúde: revisão integrativa. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [S. I.], v. 10, n. 56, p. 3198–3213, 29 set. 2020. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2020v10i56p3198-3213. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/906>. Acesso em: 8 dez. 2025.
- SILVA, F. R. D.; FELIPE, D. A. Saúde da Família do Campo e Atuação do Psicólogo em Comunidades Quilombolas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. I.], v. 44, p. e260811, 2024. DOI: 10.1590/1982-3703003260811. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932024000100320&tlang=pt. Acesso em: 8 dez. 2025.

SILVA, H. C. B. D.; LIMA, T. C. S. D. Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social. **Revista Katálysis**, [S. I.], v. 24, n. 2, p. 331–341, ago. 2021. DOI: 10.1590/1982-0259.2021.e77586. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802021000200331&tlang=pt. Acesso em: 8 dez. 2025.

THOMAZINHO, G. Descoordenação a serviço do racismo institucional: considerações sobre o acesso de indígenas à política de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S. I.], v. 33, n. 2, p. e230408pt, 2024. DOI: 10.1590/s0104-12902024230408pt. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902024000200403&tlang=pt. Acesso em: 8 dez. 2025.