



---

**DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE: ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2023 NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL**

**RACIAL INEQUALITIES IN HEALTH: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MORTALITY FROM 2015 TO 2023 IN THE STATE OF RONDÔNIA, BRAZIL**

Camila Carvalho Fernandes de Souza<sup>1</sup>; Kissila Agostini da Costa Amaral; Lucas Amaral dos Santos; Pedro Souza e Silva; Sabrina Souza Fonseca; Wkenia Rossete Timm; Alexandre Zandonadi Meneguelli<sup>2</sup>

---

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** As desigualdades raciais na saúde refletem disparidades no acesso e qualidade dos serviços de saúde, impactando os índices de morbimortalidade entre diferentes grupos étnico-raciais. No estado de Rondônia, entre 2015 e 2023, essas diferenças se acentuaram, com a população negra e parda apresentando taxas elevadas de mortalidade, especialmente por causas evitáveis, doenças crônicas e violência urbana. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo, baseado em dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e da plataforma TABNET do DATASUS. Foram analisados óbitos por cor/raça na faixa etária de 10 a 79 anos, incluindo as categorias branca, parda, negra, indígena e amarela. As informações foram organizadas e avaliadas por estatísticas descritivas, permitindo identificar disparidades nos índices de mortalidade. **RESULTADOS:** A análise demonstrou que a população parda representou a maior parcela de óbitos (46.204), seguida pelos brancos (30.506) e negros (6.024). Entre as principais causas de morte estão doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e neoplasias. Os dados evidenciam maior vulnerabilidade de negros e pardos, refletindo desigualdades no acesso aos serviços de saúde e precariedade socioeconômica. **CONCLUSÃO:** As disparidades raciais na mortalidade em Rondônia evidenciam a necessidade de políticas públicas inclusivas e equitativas, visando a redução dessas desigualdades. Estratégias de promoção à saúde e acesso qualificado aos serviços são essenciais para minimizar os impactos do racismo estrutural e melhorar os indicadores de saúde para as populações negras e pardas.

**Palavras-chave:** Desigualdade Social; Saúde Pública; Racismo Estrutural.

---

<sup>1</sup> Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ji-Paraná (FAMEJIPA).

E-mail: [camilacfdesouza@gmail.com](mailto:camilacfdesouza@gmail.com)

<sup>2</sup> Orientador. Biólogo. Farmacêutico. Especialista em Microbiologia e Parasitologia. Doutor em Biotecnologia. Docente do curso de Medicina da FAMEJIPA. E-mail: [meneguelli.azm@gmail.com](mailto:meneguelli.azm@gmail.com).



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Racial inequalities in health reflect disparities in access to and quality of healthcare services, impacting morbidity and mortality rates among different ethnic-racial groups. In the state of Rondônia, from 2015 to 2023, these differences were evident, with black and brown populations showing higher mortality rates, especially from preventable causes, chronic diseases, and urban violence. **METHODS:** This is an observational, cross-sectional, retrospective, and quantitative study, based on secondary data from the Mortality Information System (SIM) and the TABNET platform of DATASUS. Deaths by race/color were analyzed in the age group of 10 to 79 years, including white, brown, black, indigenous, and yellow categories. The data were organized and evaluated through descriptive statistics, allowing the identification of disparities in mortality rates. **RESULTS:** The analysis showed that the brown population accounted for the largest share of deaths (46,204), followed by whites (30,506) and blacks (6,024). The main causes of death include circulatory system diseases, external causes of morbidity, and neoplasms. The data reveal greater vulnerability among black and brown populations, reflecting inequalities in access to health services and socioeconomic precariousness. **CONCLUSION:** Racial disparities in mortality in Rondônia highlight the need for inclusive and equitable public policies aimed at reducing these inequalities. Health promotion strategies and qualified access to services are essential to minimize the impacts of structural racism and improve health indicators for black and brown populations.

**Keywords:** Social Inequality; Public Health; Structural Racism.



## 1. INTRODUÇÃO

As desigualdades raciais na saúde constituem um desafio persistente e multifacetado no Brasil, refletindo-se de maneira preocupante nos indicadores de morbimortalidade e nas disparidades de acesso e qualidade dos serviços de saúde (Tomasiello et al., 2023).

Esta questão é particularmente relevante no estado de Rondônia, onde diferenças significativas na mortalidade entre grupos raciais/étnicos evidenciam a necessidade urgente de políticas públicas mais equitativas e inclusivas. A análise da distribuição dos óbitos por Cor/Raça, especialmente entre indivíduos na faixa etária de 10 a 79 anos, torna-se essencial para compreender as disparidades existentes entre a população negra e branca, contribuindo assim para o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes. O presente estudo busca investigar essas disparidades, enfocando as taxas de mortalidade entre diferentes grupos raciais/étnicos em Rondônia.

Esta investigação não apenas contribui para a compreensão das desigualdades raciais na saúde em nível estadual, mas também oferece subsídios valiosos para a formulação de políticas de saúde pública que visem reduzir essas disparidades, promovendo um futuro mais justo e equitativo para todos os grupos raciais/étnicos.

O presente estudo buscou identificar as principais causas de morte e analisar as taxas de mortalidade por causas evitáveis, com ênfase nas diferenças entre a população negra e branca.

## 2. METODOLOGIA

Estudo observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo, que analisou, com base em dados secundários, a distribuição dos óbitos por cor/raça (racial/étnica), em ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 79 anos, no Estado de Rondônia, identificando possíveis discrepâncias entre os grupos.

Os dados foram coletados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN). A amostra é composta por



todos os óbitos Cor/raça; racial/étnico registrados no SIM com causa básica de mortes relacionadas à doença no período de 2015 a 2023.

Foram utilizados dados disponíveis na plataforma TABNET do DATASUS. A análise dos dados foi conduzida por meio de estatísticas descritivas. Adicionalmente, foram realizadas revisões bibliográficas com o objetivo de confrontar os resultados obtidos com os de outras regiões do Brasil. Considerando que os dados analisados são provenientes de uma base de domínio público, sem identificação dos participantes, este estudo não se submeteu à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme estabelecido na Resolução nº 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Desigualdades sociais em saúde e seus determinantes**

As desigualdades sociais em saúde decorrem de fatores socioeconômicos, culturais e estruturais que influenciam diretamente o acesso aos serviços de saúde e os desfechos clínicos da população. A literatura aponta que essas desigualdades não são apenas um reflexo de diferenças individuais, mas sim um fenômeno coletivo moldado por políticas públicas e históricas (Barros, 2017).

No Brasil, a Constituição de 1988 garantiu o direito universal à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando avanços significativos no acesso a serviços médicos. No entanto, grupos racializados, especialmente negros e indígenas, continuam enfrentando barreiras para obtenção de um atendimento equitativo e de qualidade (Paim et al., 2011). Essas dificuldades são agravadas por fatores como precarização do trabalho, menor renda familiar e segregação territorial, que limitam o acesso a unidades de saúde bem estruturadas (Travassos; Williams, 2004).

Além disso, o modelo biomédico predominante no SUS, que prioriza o tratamento de doenças em vez da promoção da saúde e prevenção de agravos, contribui para a perpetuação das desigualdades, pois a população negra está mais exposta a condições crônicas mal gerenciadas, como hipertensão, diabetes e tuberculose (Batista et al., 2016).



## 3.2 O racismo estrutural e o acesso aos serviços de saúde

O conceito de racismo estrutural ajuda a explicar por que a população negra, mesmo quando tem acesso aos serviços de saúde, muitas vezes recebe atendimento de menor qualidade. Segundo Almeida (2019), o racismo estrutural se manifesta de forma sistêmica e histórica, permeando instituições e práticas sociais, incluindo o setor da saúde.

Estudos apontam que o racismo institucional afeta diretamente a mortalidade da população negra, seja por meio da negligência no atendimento médico, seja pela ausência de políticas públicas voltadas para suas especificidades (Goes et al., 2020). Por exemplo, a ausência de protocolos específicos para o cuidado materno de mulheres negras está associada a uma taxa de mortalidade materna mais elevada nesse grupo em comparação com mulheres brancas (Leal et al., 2017).

Outro fator que reforça as desigualdades raciais no acesso à saúde é a precarização das condições de trabalho dos profissionais negros na área médica, que enfrentam dificuldades para ascender a cargos de liderança e de tomada de decisão dentro do SUS. A baixa representatividade de médicos negros pode influenciar a qualidade do atendimento e a construção de políticas públicas mais inclusivas (Silva et al., 2021).

## 3.3 Epidemiologia da mortalidade em Rondônia

A análise epidemiológica da mortalidade no Brasil revela disparidades significativas entre diferentes grupos raciais. Dados do Ministério da Saúde indicam que, entre 2015 e 2023, a taxa de mortalidade por causas evitáveis foi consistentemente maior entre a população negra, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2023).

Em Rondônia, a situação segue essa tendência, com a população negra apresentando maior vulnerabilidade a doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, além de maior incidência de mortes violentas (Silva et al., 2023). Esse fenômeno pode ser explicado pela concentração dessa população em áreas de maior vulnerabilidade social, onde há menos acesso a serviços de saúde de qualidade, saneamento básico e oportunidades econômicas (Martins et al., 2022).



A violência urbana também tem um impacto significativo na mortalidade racializada. Estudos apontam que jovens negros são as principais vítimas de homicídios no Brasil, fenômeno que se intensifica em estados da região Norte, como Rondônia (Waiselfisz, 2016). Esse dado reforça a necessidade de políticas de segurança pública aliadas a estratégias de redução das desigualdades raciais na saúde.

### **3.4 Mortalidade por causas evitáveis e barreiras no atendimento**

A mortalidade por causas evitáveis é um dos principais indicadores da efetividade dos sistemas de saúde e reflete desigualdades estruturais na assistência médica. Segundo o DATASUS, a população negra em Rondônia apresenta taxas mais elevadas de óbitos por doenças passíveis de prevenção, como tuberculose, infecções respiratórias e complicações da hipertensão arterial (Brasil, 2023).

Essas disparidades podem ser explicadas por diferentes fatores, incluindo, menor acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), Unidades de Saúde da Família (USF) em regiões periféricas frequentemente operam com falta de insumos e profissionais capacitados, limitando o atendimento preventivo, menor adesão ao tratamento, devido a condições socioeconômicas precárias, muitos indivíduos não conseguem manter tratamentos de longo prazo para doenças crônicas, levando a complicações e hospitalizações mais frequentes. Discriminação no atendimento, há relatos de que pacientes negros enfrentam preconceitos no sistema de saúde, resultando em menor oferta de exames e tratamentos mais precários em comparação com pacientes brancos com condições semelhantes (Bailey et al., 2017).

### **3.5 Políticas públicas e a redução das disparidades raciais na saúde**

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), criada em 2009, foi um avanço no reconhecimento das desigualdades raciais na saúde, mas enfrenta dificuldades de implementação (Brasil, 2020). Um dos principais desafios é a falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades do racismo estrutural e suas consequências para a saúde da população negra (Oliveira et al., 2021).

Entre as estratégias para reduzir essas desigualdades, destacam-se, inclusão obrigatória do quesito raça/cor nos registros hospitalares, essencial para o



monitoramento da saúde da população negra e a formulação de políticas mais eficazes.

Ampliação do acesso à Atenção Primária, investimentos na Estratégia Saúde da Família (ESF) em comunidades racializadas podem reduzir as disparidades de mortalidade. Capacitação antirracista dos profissionais de saúde, treinamentos que abordam vieses raciais inconscientes podem melhorar a qualidade do atendimento prestado à população negra (Oliveira et al., 2021).

### **3.6 A humanização do atendimento e a saúde da população negra**

A humanização dos serviços de saúde é um elemento central para a garantia da equidade racial na assistência médica. Estudos indicam que a adoção de práticas mais inclusivas, como a escuta qualificada e o respeito às especificidades culturais da população negra, pode melhorar os desfechos clínicos e reduzir a mortalidade (Batista, 2016).

Além disso, a educação médica deve incorporar uma abordagem interseccional, reconhecendo que fatores como gênero, classe e raça influenciam diretamente a saúde dos indivíduos. Isso pode ser feito por meio de reformulações curriculares nos cursos de Medicina e Enfermagem, promovendo uma abordagem mais abrangente e equitativa no cuidado à população negra (Silva; Silva, 2021).

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A análise dos óbitos por cor/raça no Estado de Rondônia entre os anos de 2015 e 2023 revela disparidades significativas entre os diferentes grupos raciais/étnicos. O grupo pardo apresenta a maior taxa de mortalidade, representando 46.204 dos óbitos registrados, seguido pelo grupo branco com 30.506 óbitos. Em contrapartida, a população preta soma 6.024 mortes, enquanto os indígenas e amarelos contabilizam 560 e 374 óbitos, respectivamente. Além disso, 1.917 óbitos estão categorizados como "ignorados" (Tabela 01).



**Tabela 01** – Número total de óbitos por Cor/raça entre o período de 2015-2023 no estado de Rondônia.

Cor/Raça	Número de Óbitos (2015-2023)
Pardo	46.204
Branco	30.506
Preto	6.024
Indígena	560
Amarelo	374
Ignorados	1.917

**Fonte:** Brasil, 2025

O racismo na saúde no Brasil tem raízes históricas profundas, iniciadas no período colonial, quando populações indígenas e africanas escravizadas eram submetidas a condições desumanas de vida e trabalho, sem acesso a cuidados médicos adequados. Durante o século XIX, com a abolição da escravidão em 1888, a população negra foi marginalizada sem políticas públicas de inclusão, dificultando seu acesso à saúde. No século XX, a estrutura do sistema de saúde brasileiro continuou a refletir desigualdades raciais, com a população negra sendo a mais afetada pela falta de assistência médica e saneamento básico. Somente a partir do final do século XX e início do XXI começaram a surgir políticas de equidade racial na saúde, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009), reconhecendo oficialmente o impacto do racismo estrutural na saúde pública (Oliveira et al., 2024).

Ainda hoje, estudos apontam que pessoas negras têm menos acesso a tratamentos de qualidade, maior taxa de mortalidade materna e infantil e são mais afetadas por doenças negligenciadas. Levando em consideração, a análise dos óbitos por cor/raça no Estado de Rondônia entre 2015 e 2023 (Tabela 01) revela padrões que refletem desigualdades raciais e de acesso aos serviços de saúde, fatores amplamente discutidos na literatura. Estudos indicam que a população parda, que representa a maior parcela dos óbitos registrados (46.204), está mais exposta a condições socioeconômicas desfavoráveis, incluindo menor acesso à educação, saneamento básico e assistência médica preventiva (Oliveira; Magalhães, 2022). Esses fatores aumentam a vulnerabilidade a doenças crônicas e infecciosas, resultando em maior mortalidade. Além disso, a interseção entre cor/raça e



determinantes sociais da saúde reforça o impacto das desigualdades na expectativa de vida da população (Almeida, 2019).

A diferença observada entre os óbitos da população branca (30.506) e preta (6.024) pode ser parcialmente explicada pelo fenômeno da subnotificação e pela dificuldade de acesso a serviços hospitalares de alta complexidade. Pesquisas apontam que pessoas pretas e pardas enfrentam barreiras institucionais no sistema de saúde, incluindo discriminação no atendimento e menor oferta de unidades de saúde próximas às suas residências (Russo; Mendes; Marcelino, 2022). Além disso, o impacto da violência urbana sobre a população negra, especialmente entre jovens, é um fator que pode contribuir para as taxas de mortalidade em determinados grupos etários (Goes; Ramos; Ferreira, 2020).

A baixa representatividade de óbitos entre indígenas (560) e amarelos (374) pode estar relacionada a múltiplos fatores, incluindo a subnotificação de dados e a localização geográfica dessas populações. No caso dos indígenas, estudos demonstram que a mortalidade pode ser ainda maior do que a registrada oficialmente, pois muitas comunidades têm acesso limitado a sistemas de registro de óbitos e serviços de saúde (Milanez et al., 2019). O número expressivo de óbitos categorizados como "ignorados" (1.917) também sugere desafios na correta identificação racial nos registros de mortalidade, o que pode mascarar a real distribuição das mortes entre os diferentes grupos raciais. Dessa forma, a padronização dos registros e o fortalecimento das políticas de equidade na saúde são fundamentais para compreender e mitigar essas desigualdades.

A distribuição por gênero também reflete diferenças importantes. Os índices de mortalidade masculina superam os femininos em todos os grupos raciais. O grupo pardo masculino registrou 29.534 óbitos, enquanto o feminino apresentou 16.649. Essa tendência se repete para os demais grupos: branco (17.763 homens e 12.738 mulheres), preto (3.933 homens e 2.090 mulheres), amarelo (231 homens e 143 mulheres) e indígena (326 homens e 233 mulheres). Isso sugere uma maior vulnerabilidade dos homens a fatores de mortalidade, possivelmente relacionados a causas externas e acesso limitado aos serviços de saúde (Tabela 02).



**Tabela 02** – Número total de óbitos por Sexo segundo Cor/raça entre o período de 2015-2023 no estado de Rondônia.

Cor/raça	Masculino	Feminino	Ignorados	Total
<b>Total</b>	<b>52.913</b>	<b>32.626</b>	<b>46</b>	<b>85.585</b>
<b>Parda</b>	29.534	16.649	21	46.204
<b>Branca</b>	17.763	12.738	5	30.506
<b>Preta</b>	3.933	2.090	1	6.024
<b>Ignorado</b>	1.126	773	18	1.917
<b>Indígena</b>	326	233	1	560
<b>Amarela</b>	231	143	-	374

**Nota:** - indica que não houve registros de óbito no período

**Fonte:** Brasil, 2025

A desigualdade na mortalidade por gênero e raça no Brasil reflete fatores estruturais que impactam de forma diferenciada cada grupo populacional. Estudos como os de Oliveira et al. (2023) e Almeida (2019) apontam que os homens, independentemente da raça, são mais vulneráveis a causas externas de morte, como homicídios e acidentes de trânsito, devido a uma maior exposição a situações de risco e barreiras no acesso à saúde preventiva.

Os dados evidenciam que os homens pardos apresentam o maior número de óbitos (29.534), seguidos pelos brancos (17.763) e pretos (3.933). Esse padrão pode ser explicado pelo contexto socioeconômico precário em que grande parte da população negra e parda se encontra, o que resulta em maior exposição à violência e dificuldades no acesso a serviços médicos de qualidade. Segundo Pereira (2021), a interseccionalidade de raça e gênero potencializa desigualdades, colocando os homens negros e pardos em uma posição de vulnerabilidade extrema.

Outro fator relevante é o conceito de masculinidade hegemônica, analisado por Pereira (2021), que sugere que os homens são socialmente incentivados a assumir comportamentos de risco e evitar práticas de autocuidado, como visitas regulares ao médico. Sant'Anna (2021) reforça essa visão ao demonstrar que a negligência masculina com a saúde contribui significativamente para taxas mais elevadas de mortalidade.

Entre os indígenas, a mortalidade masculina (326 óbitos) também supera a feminina (233 óbitos), evidenciando as dificuldades de acesso a serviços de saúde, muitas vezes distantes das aldeias, e a fragilidade das políticas públicas voltadas a essa população (Oliveira et al., 2023). Já no caso da população amarela, a diferença



entre os óbitos masculinos (231) e femininos (143) é menor, o que pode estar relacionado a um maior acesso a serviços de saúde e menores índices de violência letal.

A análise desses dados reforça a necessidade de políticas públicas que abordem de maneira interseccional as desigualdades de raça e gênero, promovendo ações específicas para a redução da mortalidade masculina, especialmente entre a população negra e parda. A ampliação do acesso à saúde, a prevenção de mortes violentas e o incentivo a práticas de autocuidado são estratégias fundamentais para mitigar essas disparidades e garantir equidade na saúde da população brasileira.

Ao avaliar as causas de morte, observa-se que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos evitáveis, totalizando 19.002 mortes, sendo 9.844 entre pardos e 7.113 entre brancos. As causas externas de morbidade e mortalidade aparecem em seguida, com 13.153 óbitos, sendo 8.196 em pardos e 3.974 em brancos. As neoplasias também são uma causa relevante, totalizando 12.360 mortes, destacando-se os grupos pardo (6.322) e branco (4.803) (Gráfico 01).

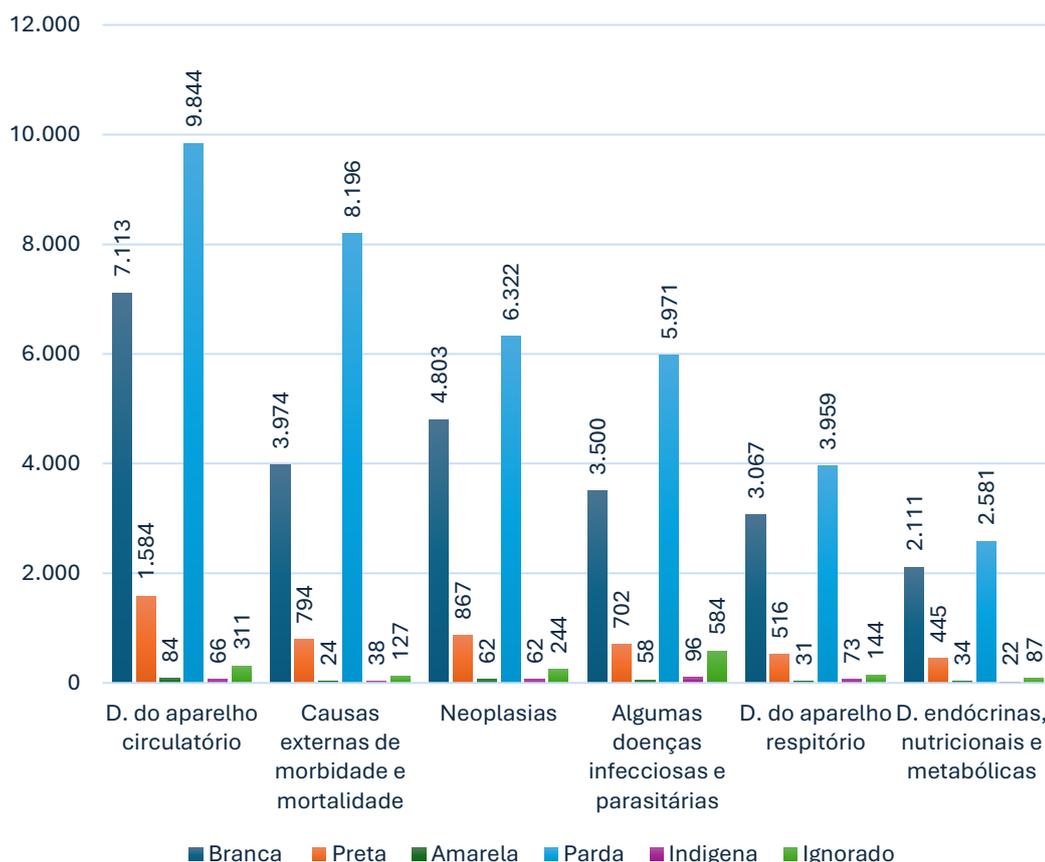
Os dados revelam uma tendência preocupante em relação às doenças infecciosas e parasitárias, com um total de 10.911 óbitos, sendo a maioria entre pardos (5.971) e brancos (3.500). Esse padrão se repete nas doenças do aparelho respiratório, onde os pardos registraram 3.959 óbitos, seguidos pelos brancos com 3.097. As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas somam 5.280 mortes, das quais 2.581 foram entre pardos e 2.111 entre brancos.

Os dados apresentados revelam um padrão significativo de mortalidade evitável no estado de Rondônia, particularmente entre pardos e brancos. No entanto, ao analisar a população preta em Rondônia, observa-se que, apesar de sua representação menor na composição demográfica do estado, os índices de mortalidade nessa população são proporcionalmente mais elevados. As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de óbitos evitáveis, seguidas pelas causas externas de morbidade e mortalidade e pelas neoplasias. Para compreender esses achados, diversos autores e especialistas discutem os fatores que podem estar influenciando esses números.

De acordo com Silva (2023), as diferenças na mortalidade entre os diferentes grupos raciais podem estar relacionadas às desigualdades no acesso aos serviços de



saúde. A população preta, por ser minoria em Rondônia, muitas vezes enfrenta barreiras estruturais adicionais que limitam seu acesso a cuidados preventivos e tratamentos de qualidade. A concentração de serviços de saúde em centros urbanos e a maior exposição a trabalhos informais sem acesso a benefícios são fatores que impactam diretamente na maior taxa de mortalidade.



**Gráfico 01** – Número de óbitos por Cor/raça segundo Causa entre o período de 2015-2023 no estado de Rondônia. **Fonte:** Brasil, 2025.

Sacramento et al. (2023) destacam que fatores de risco comportamentais, como alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo, são determinantes importantes para as doenças cardiovasculares e neoplasias. Na população preta de Rondônia, o acesso reduzido a alimentos saudáveis e à prática de atividades físicas pode contribuir para esses altos índices de mortalidade.

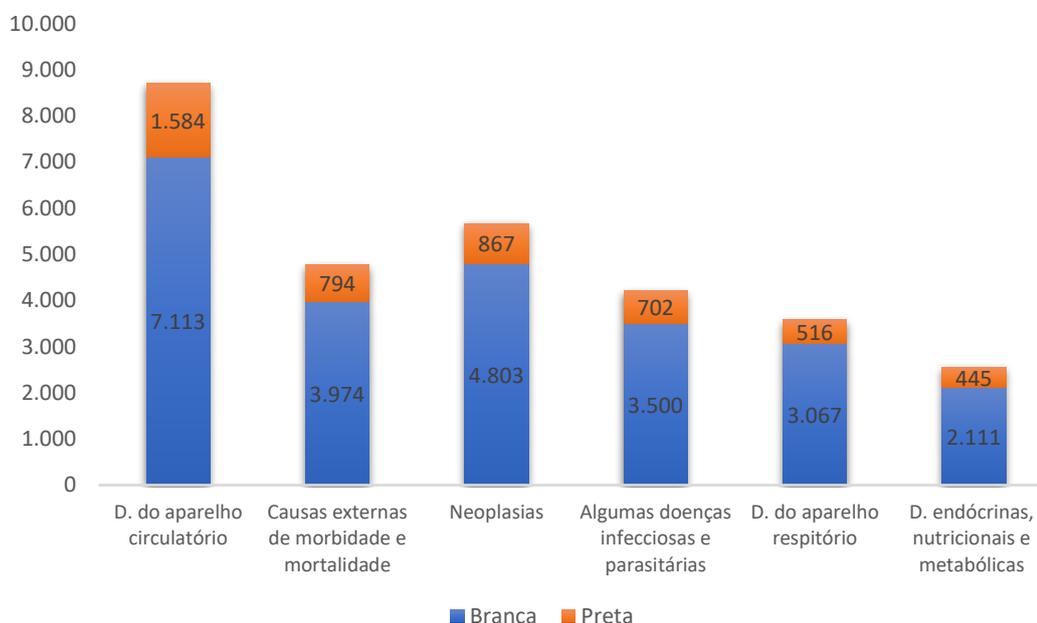
As causas externas, como violência e acidentes, têm um peso significativo na mortalidade, especialmente entre pretos. Conforme apontado por Oliveira et al. (2021), essa realidade reflete desigualdades estruturais que resultam em maior exposição a contextos de violência urbana, menores oportunidades econômicas e



maior vulnerabilidade social. Em um estado como Rondônia, onde a população preta é menor, a alta taxa de mortalidade proporcional evidencia questões de segregação social e condições de vida mais precárias.

O elevado número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, especialmente entre pretos, sugere fragilidades nas condições sanitárias e na prevenção de doenças. De acordo com Oliveira e Magalhães (2022), a falta de acesso a saneamento básico e à atenção primária de qualidade aumenta a incidência dessas doenças. Como a população preta é minoria em Rondônia, o alto percentual de óbitos nesses grupos reforça a hipótese de maior exposição a condições de risco.

As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas também são causas importantes de óbito, com impactos desproporcionais sobre a população preta. Estudos como os de Oliveira et al. (2023) indicam que a menor qualidade da alimentação, associada a fatores socioeconômicos, contribui para o aumento de doenças como diabetes e obesidade. Em um contexto em que a população preta é numericamente menor, mas proporcionalmente mais afetada, é essencial considerar fatores históricos e estruturais que impactam a saúde dessa população.



**Gráfico 02** – Número de óbitos por Cor/raça branca e preta segundo Causa entre o período de 2015-2023 no estado de Rondônia. **Fonte:** Brasil, 2025.

Os achados (Gráfico 02) reforçam as desigualdades raciais na saúde, evidenciando que a população preta, que representa a maioria dos óbitos, comparando com o índice populacional do estado de Rondônia por cor/raça, na qual



enfrenta desafios significativos no acesso e qualidade da saúde pública. Os altos índices de mortalidade evitável entre brancos e negros indicam a necessidade de políticas públicas voltadas para a redução das desigualdades em saúde, incluindo a ampliação do acesso aos serviços preventivos e assistenciais. Ademais, o alto número de óbitos masculinos sugere a necessidade de estratégias específicas para essa população, principalmente no que se refere à prevenção de causas externas e doenças crônicas.

Comparando com outras regiões do Brasil, os padrões de mortalidade em Rondônia refletem uma tendência nacional, onde as populações negra e parda apresentam maior vulnerabilidade. A análise dos dados de mortalidade por cor/raça no estado de Rondônia entre 2015 e 2023 revela uma realidade preocupante, a população preta e parda apresenta uma elevada taxa de óbitos, mesmo com um percentual populacional relativamente menor em comparação aos brancos. Esses números evidenciam a persistência das desigualdades raciais na saúde, que impactam diretamente a expectativa e a qualidade de vida dessas populações. De acordo com o Censo Demográfico de 2022 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do estado de Rondônia a distribuição da população residente segue o seguinte:

- Pardos representam 69,6% da população e contabilizam 46.204 óbitos (54% do total de mortes).
- Pretos são apenas 4,7% da população e acumulam 6.024 óbitos (7% do total).
- Brancos, apesar de serem 23,9%, registram 30.506 óbitos (35,6% do total).

Embora os pardos sejam maioria populacional, os pretos, que correspondem a uma parcela muito pequena da população rondoniense (4,7%), possuem uma taxa de mortalidade significativamente elevada. Essa discrepância sinaliza que a população preta enfrenta condições de vida mais precárias, menor acesso aos serviços de saúde e maior exposição a determinantes sociais negativos.

A maior mortalidade entre pretos e pardos pode ser atribuída a uma série de fatores sociais e estruturais que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, tais como, baixa renda e condições socioeconômicas, a população preta e parda, em sua maioria, encontra-se em situação de maior vulnerabilidade social, com



dificuldades no acesso a serviços médicos de qualidade e menor capacidade de arcar com tratamentos de saúde (Oliveira; Magalhães, 2022). Baixo acesso a políticas de prevenção, a falta de acompanhamento médico preventivo aumenta a incidência de doenças crônicas não tratadas, elevando os riscos de óbitos por causas evitáveis (Cobo; Cruz; Dick, 2021). Desigualdade na assistência hospitalar, estudos apontam que a população negra enfrenta mais barreiras no atendimento hospitalar, incluindo demora no diagnóstico e menor acesso a leitos de UTI e tratamentos de alta complexidade (Barreto, 2017).

### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise das desigualdades raciais na mortalidade no estado de Rondônia entre 2015 e 2023 evidencia a persistência de disparidades estruturais na saúde pública. Os dados revelam que a população preta e parda apresenta taxas de mortalidade superiores às da população branca, mesmo quando proporcionalmente representam uma parcela menor da população. As principais causas de óbitos evitáveis entre esses grupos incluem doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade, neoplasias e doenças infecciosas, demonstrando que barreiras socioeconômicas e institucionais impactam diretamente a expectativa e qualidade de vida dessas populações.

Os achados reforçam a influência do racismo estrutural na saúde, manifestado em dificuldades de acesso a serviços médicos de qualidade, menor adesão a tratamentos e desigualdade na assistência hospitalar. Além disso, a maior vulnerabilidade dos homens negros e pardos a causas externas, como homicídios e acidentes, destaca a necessidade de políticas públicas intersetoriais voltadas para a promoção da equidade racial na saúde.

Diante desse cenário, torna-se necessário o fortalecimento de estratégias que garantam um atendimento mais inclusivo e equitativo, como a ampliação da atenção primária em comunidades racializadas, a capacitação de profissionais de saúde para um atendimento antirracista e a implementação de políticas públicas efetivas voltadas à redução das disparidades raciais na saúde. Somente por meio de intervenções



estruturais e contínuas será possível promover um sistema de saúde mais justo e acessível, garantindo a todos o direito à vida e ao bem-estar.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. D. Racismo Estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro. **Pólen**, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bak/a/8R37NgQt56Sf5P58KRfMFzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2025.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S15188787.2017051000156>. Acesso em: 18 mar. 2025.

BARRETO, Mauricio Lima. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BATISTA, Luís Eduardo et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 689-702, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146290>. Acesso em: 18 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Segundo sexo. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ro.def>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Segundo cor/raça. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ro.def>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Segundo Cor/raça segundo Causa. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ro.def>. Acesso em: 20 mar. 2025.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4021-4032, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>. Acesso em: 20 mar. 2025.



GOES, E. F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e00278110, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>. Acesso em: 20 mar. 2025.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)**. Censo Demográfico 2022: População residente por cor ou raça no estado de Rondônia. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 21 mar. 2025.

MILANEZ, Felipe et al. Existência e diferença: o racismo contra os povos indígenas. **Revista Direito e Práxis**, v. 10, n. 03, p. 2161-2181, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/43886>. Acesso em: 31 mar. 2025.

OLIVEIRA, L. G. F. et al. Processos formativos em educação e saúde nas práticas de cuidado decoloniais. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 4, p. e18532, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/18532/12947>. Acesso em: 31 mar. 2025.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias et al. Reflexões e perspectivas das desigualdades raciais e a saúde da população negra. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, p. e151188-e151188, 2024. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1188/1091>. Acesso em: 31 mar. 2025.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da política nacional de saúde integral da população negra no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, p. e0214, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0214>. Acesso em: 31 mar. 2025.

PEREIRA FILHO, Paulo Sérgio. Vida longa ao rei: memórias e lutas de homens negros em diáspora. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)-Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro**, 2021. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/21801/1/PFilho.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

RUSSO, Kelly; MENDES, Leila; MARCELINO, Sandra. “APRENDI O QUE É RACISMO NO BRASIL”: crianças africanas e brasileiras na escola pública. **Revista Teias**, v. 23, n. 69, p. 19-34, 2022. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/tei/v23n69/1982-0305-teias-23-69-0019.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

SACRAMENTO, Igor et al. Por uma agenda racial de pesquisa em informação e comunicação em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 17, n. 3, 2023. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/10/1515893/01\\_3988\\_ed\\_sacramento.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/10/1515893/01_3988_ed_sacramento.pdf). Acesso em: 31 mar. 2025.



SANT ANNA, Maria Fernanda Barossi et al. Taxa de morbimortalidade entre homens e mulheres com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. **Rev Enferm UERJ**, v. 29, p. e53001, 2021. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1151917/e53001-taxa-de-morbimortalidade-diagramado-port.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

SILVA, M. A. B. da. Pedagogia, práticas pedagógicas e educação antirracista.

**Currículo sem Fronteiras**, v. 23, p. e1832, 2023. Disponível em:

<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/110425>. Acesso em: 31 mar. 2025.

TOMASIELLO, Diego Bogado et al. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. 2023. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11454>. Acesso em: 27 mar. 2025.