

Ações Antirracistas na Atenção Primária à Saúde: práticas para o enfrentamento ao racismo institucional

Anti-racist Actions in Primary Health Care: Practices for Confronting Institutional Racism

Rosimery Costa dos Santos^a

 <https://orcid.org/0009-0005-1930-0569>

E-mail: rosimery.santos@saude.gov.br

Lia Maria dos Santos^a

 <https://orcid.org/0009-0003-6443-9610>

E-mail: lia.santos@saude.gov.br

Lais Duarte Batista^a

 <https://orcid.org/0000-0003-2492-4569>

E-mail: lais.batista@saude.gov.br

Gleiciane Gontijo de Avelar^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1376-4523>

E-mail: gleiciane.avelar@saude.gov.br

Angela Fernandes Leal da Silva^a

 <https://orcid.org/0000-0002-8791-7027>

E-mail: angela.leal@saude.gov.br

Edna Maria de Araújo^b

 <https://orcid.org/0000-0003-1643-2054>

E-mail: ednakam@gmail.com

^a Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Brasília, DF, Brasil.

^b Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Bahia, BA, Brasil.

Resumo

O racismo institucional configura-se como um dos principais determinantes das iniquidades em saúde no Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), ao assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, possui desafios para garantir equidade a grupos historicamente marginalizados, como a população negra. Ao integrar o enfrentamento do racismo institucional às suas estratégias de gestão, cuidado e monitoramento, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) reafirma o compromisso do Ministério da Saúde (MS) com a construção de um SUS mais inclusivo e equitativo, comprometido com a garantia do direito à saúde. Nesse contexto, este estudo descritivo realiza uma análise crítica acerca da persistência das iniquidades raciais em saúde no contexto do SUS, bem como dos desafios relacionados à efetiva operacionalização das políticas de equidade racial no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). A análise da interseccionalidade entre as práticas de cuidado e os princípios do SUS, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sugere que a consolidação de práticas antirracistas na APS e no SUS requer transformação estrutural do cuidado, da gestão e da produção de conhecimento, com a equidade racial como princípio estruturante.

Palavras-chave: Equidade; Racismo; Atenção Primária.

Correspondência

Gleiciane Avelar

E-mail: gleicianegontijo@gmail.com

Esplanada dos Ministérios - Bloco O - Plano Piloto, Brasília, DF, Brasil, CEP: 70050-000.

Abstract

Institutional racism constitutes one of the main determinants of health inequities in Brazil. Brazil's Unified Health System (SUS - acronym in Portuguese), while ensuring universal and equitable access to health actions and services, faces significant challenges in guaranteeing equity for historically marginalized groups, such as the Black population. By incorporating the confrontation of institutional racism into its management, care, and monitoring strategies, the Secretariat of Primary Health Care (Saps - acronym in Portuguese) reaffirms the Ministry of Health's commitment to building a more inclusive and equitable SUS, dedicated to safeguarding the right to health. In this context, this descriptive study conducts a critical analysis of the persistence of racial health inequities within the SUS, as well as the challenges related to the effective operationalization of racial equity policies within the scope of Primary Health Care (PHC). The analysis of the intersectionality among care practices, the principles of the SUS, the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population (PNSIPN), and the National Primary Care Policy (PNAB) suggests that consolidating antiracist practices in PHC and in the SUS requires a structural transformation of care, management, and knowledge production, incorporating racial equity as a structuring principle.

Keywords: Equity; Racism; Primary Health Care.

Introdução

O racismo institucional constitui um dos principais determinantes das iniquidades em saúde no Brasil, expressando-se por meio de normas, práticas, rotinas e arranjos organizacionais que produzem desigualdades sistemáticas no acesso, na qualidade do cuidado e nos desfechos em saúde de populações negras, quilombolas, indígenas e outros grupos historicamente vulnerabilizados. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), essas desigualdades desafiam os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, demandando respostas estruturadas, intersetoriais e contínuas por parte do Estado brasileiro (Silva; Lima, 2021). Nesse contexto, ao assegurar o acesso universal às ações e aos serviços de saúde e promover a equidade no cuidado, o SUS reconhece que grupos historicamente marginalizados enfrentam barreiras específicas no acesso e na atenção à saúde, entre os quais se destaca a população negra.

O Ministério da Saúde (MS), sendo o gestor nacional do SUS, é o órgão responsável pela formulação, coordenação, indução e avaliação das políticas públicas de saúde em âmbito nacional, orientando a atuação dos entes federativos e promovendo a equidade no acesso e na atenção à saúde (Brasil, 2024). Nesse contexto, o enfrentamento do racismo institucional e a promoção da equidade racial configuram-se como compromissos transversais das políticas de saúde, exigindo a incorporação dessa perspectiva nas diferentes instâncias de gestão (Brasil, 2025a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta adotar o cuidado centrado no indivíduo, a participação comunitária e a abordagem dos determinantes sociais da saúde, direcionando ações para a redução das iniquidades (Brasil, 2017b). Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto primeiro espaço de vínculo, cuidado contínuo e atuação territorial, apresenta elevado potencial para a transformação das práticas institucionais e promoção de justiça social. Isso porque é no território, no vínculo longitudinal com as pessoas e comunidades, e na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde que se materializam, de forma mais direta, tanto

as desigualdades quanto as oportunidades de transformação das práticas de cuidado (Cunha; Giovanella, 2011).

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) exerce papel estratégico na formulação e no monitoramento de políticas, programas e ações voltados ao fortalecimento da APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e principal porta de entrada do SUS. Estruturada em departamentos estratégicos, a Saps atua na definição de diretrizes, no apoio à gestão local, na qualificação dos processos de trabalho das equipes e na indução de práticas orientadas à equidade, com vistas à redução das iniquidades em saúde nos territórios (Brasil, 2025b).

Nesse contexto, desde 2003, a Saps articula ações voltadas ao enfrentamento do racismo institucional na APS e, em 2009, ocorreu a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil, 2017a). Assim, em 2023, foi instituída a Coordenação de Atenção à População Negra (CAPN), no âmbito do então Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Desco), do Ministério da Saúde. Posteriormente, por meio do Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2025, a CAPN passou a integrar o Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (Depros). Na sequência, com a publicação do Decreto nº 12.702, de 31 de outubro de 2025, a CAPN foi incorporada ao Departamento de Saúde da Família (Desf) e reestruturada como Coordenação-Geral de Atenção à População Negra (CGAPN). Desde sua criação, sua atuação é transversal, com foco no fortalecimento de práticas antirracistas, na promoção do cuidado, na qualificação da gestão e na produção e uso de informações em saúde que evidenciem as desigualdades raciais e contribuam para o aprimoramento das políticas públicas.

Ademais, a PNSIPN (Brasil, 2017a) explicita as necessidades específicas da população negra com o objetivo de promover a equidade, ao reconhecer que raça, gênero, classe social e outros marcadores sociais potencializam vulnerabilidades e condicionam diferentes experiências de acesso e cuidado em saúde. Assim, o enfrentamento das desigualdades em saúde fundamenta-se nos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade e da participação social, estabelecendo

um diálogo interseccional entre os fundamentos do SUS e as diretrizes da PNSIPN e da PNAB.

Ao integrar o enfrentamento do racismo institucional às suas estratégias de gestão, cuidado e monitoramento, a Saps reafirma o compromisso do Ministério da Saúde com a construção de um SUS mais inclusivo e equitativo. Esse alinhamento fortalece a garantia do direito à saúde e reconhece a equidade racial como elemento central para a qualificação da atenção e para a redução das desigualdades históricas que marcam a sociedade brasileira.

Nesse sentido, o presente artigo busca, de forma descritiva, apresentar criticamente a construção histórica, normativa e operacional das políticas, ações e estratégias voltadas à saúde da população negra no âmbito do SUS, com ênfase na APS e na atuação da Saps. Para isso, foi analisada a integração entre os princípios do SUS, a PNSIPN e a PNAB, problematizando práticas de acolhimento, cuidado integral e promoção da equidade na atenção à população negra.

Com isso, são apresentadas estratégias institucionais de enfrentamento do racismo estrutural e institucional nos serviços de saúde, iniciativas de educação antirracista na formação e na prática profissional na APS, ações de comunicação e educação em saúde direcionadas à população negra, bem como o papel dos sistemas de informação em saúde no monitoramento das desigualdades raciais, que subsidiaram a atuação da Saps. A partir dessa abordagem, o texto organiza-se em eixos temáticos que problematizam avanços, desafios e perspectivas, culminando em uma reflexão crítica sobre caminhos possíveis para o fortalecimento de práticas antirracistas na APS.

Contextualização histórica: reconhecimento do racismo e a instituição de ações afirmativas para promoção da igualdade racial em saúde.

O reconhecimento do racismo como um processo estrutural e institucional no Brasil resulta de um histórico marcado pela mobilização social, pela produção acadêmica crítica e pela incorporação progressiva do tema na agenda governamental.

A ausência de políticas de inclusão no período pós-abolicionista contribuiu para a persistência de desigualdades raciais que se expressam, de forma sistemática, nos determinantes sociais da saúde, tais como renda, escolaridade, condições de moradia e acesso a serviços (Nascimento, 2002).

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), representou um marco ao estabelecer o princípio da igualdade material e ao reconhecer a prática do racismo como crime inafiançável e imprescritível, criando bases normativas para a formulação de políticas públicas orientadas à equidade (Werneck, 2000).

No plano internacional, a adesão do Brasil a tratados de direitos humanos e a participação na III Conferência Mundial contra o Racismo, marco fundamental da luta antirracista global, reforçaram o reconhecimento estatal do racismo como determinante das iniquidades sociais e de saúde, impulsionando a institucionalização de respostas governamentais específicas. Esse processo materializou-se na criação de estruturas institucionais e de marcos legais voltados à promoção da igualdade racial, consolidando a compreensão de que políticas universais são insuficientes para enfrentar desigualdades racialmente estruturadas e demandam a adoção de ações afirmativas como estratégias complementares para a redução das iniquidades (Batista, 2012).

No campo da saúde coletiva, essa compreensão fundamenta a incorporação do racismo como determinante social da saúde e orienta a formulação de políticas públicas voltadas à promoção da equidade, da justiça social e à redução de desigualdades evitáveis e socialmente produzidas. Nesse contexto, as ações afirmativas e as políticas de promoção da igualdade racial configuram-se como elementos centrais, tanto para a mitigação das iniquidades em saúde quanto para a institucionalização de políticas antirracistas, a consolidação de marcos legais orientados à equidade e a adoção de uma gestão estratégica participativa. Essa abordagem pauta-se no respeito à liberdade religiosa, à diversidade e à igualdade de gênero e raça, com vistas à humanização do cuidado e à garantia de direitos à maior população negra fora do continente africano (Brasil, 2009).

O protagonismo dos movimentos sociais negros no exercício do controle social tem sido fundamental para o fortalecimento de uma gestão estratégica e participativa de políticas públicas voltadas ao enfrentamento do racismo. Destaca-se, como marco relevante, a participação brasileira na III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada em Durban, África do Sul, em 2001. O Brasil contou com uma das maiores delegações do evento, composta por representantes do governo e da sociedade civil, e figurou entre os países que assinaram o documento que reafirma essa declaração, consolidando seu compromisso com as diretrizes estabelecidas no âmbito internacional, conforme registrado na Declaração e Programa de Ação de Durban (2001).

Em 2003, foi instituída a Secretaria Especial de Políticas para a Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) em ação inovadora entre as diásporas africanas com o compromisso estabelecido com controle social. Em 2010, o Congresso Nacional (CN) aprovou o Estatuto da Igualdade Racial - por meio da Lei nº 12.288/2010 - que visa garantir o combate à discriminação e todas as formas de intolerância étnico-raciais para o enfrentamento do racismo.

O quadro de saúde da população negra é reflexo da construção histórica de discriminação. O racismo repercute nos processos de atenção e cuidado em saúde ao contribuir para a conformação de um perfil epidemiológico marcado por profundas desigualdades e injustiças sociais. Tais iniquidades se expressam na maior precocidade dos óbitos, nas elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e nos altos índices de violências urbanas que atingem, sobretudo, homens jovens negros, conforme evidenciado nos Boletins Epidemiológicos publicados pelo Ministério da Saúde em 2025.

Diante da diversidade que caracteriza a sociedade brasileira em sua composição étnica, racial e cultural, evidencia-se o desafio de formular e implementar políticas públicas capazes de promover o bem-estar social da população. Nesse contexto, torna-se fundamental reconhecer o racismo como um elemento estruturante das desigualdades sociais e de saúde no país,

influenciando de forma direta as condições de vida e adoecimento da população negra.

Racismo: um conceito social e político reconhecido como determinante social em saúde

Segundo Camara Jones (2000), para se compreender a associação entre raça e determinantes sociais da saúde, é necessário compreender como operam três níveis de racismo. Tal abordagem contribui para a construção de propostas voltadas à equidade em saúde, com ações e metas efetivas capazes de reduzir as diferenças abissais observadas entre as populações negras e não negras. Os três níveis propostos são:

- **Racismo institucionalizado:** mediado pelas relações interpessoais, o racismo institucionalizado refere-se ao acesso diferenciado a bens, serviços e oportunidades. É normativo, muitas vezes legalizado, que frequentemente se manifesta como desvantagens naturais. Seu caráter estrutural é devido ao fato de estar historicamente codificado nas normas, costumes, leis, sem a necessidade de perpetrador identificável.
- **Racismo interpessoal:** definido como preconceito e discriminação, onde preconceito significa suposições sobre habilidades, motivos e intenções, de acordo com o pertencimento racial. Por discriminação entende-se atos discriminatórios por critério racial. Pode ser intencional ou não, incluindo ações e omissões.
- **Racismo internalizado:** entendido como a incorporação, por parte dos membros dos grupos estigmatizados, das mensagens negativas sobre suas habilidades e valores intrínsecos.

Segundo Collins (2020), a interseccionalidade de identidades são marcadores sociais que vulnerabilizam a população negra. Nesse sentido, Crenshaw (2002), ao conceituar interseccionalidade, destaca a forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas de discriminação se articulam, produzindo

desigualdades naturalizadas que estruturam as posições relativas de mulheres, grupos raciais e étnicos, classes sociais e condições geográficas.

Por outro lado, os aportes de Aníbal Quijano (2005) sobre a colonialidade do poder, destacam a ideia de raça como um de seus eixos fundamentais, compreendida como uma construção social que expressa a experiência da dominação colonial e que permeia dimensões centrais do poder em escala mundial. Esse conceito contribui para compreender a complexidade dos processos de desconstrução do racismo e da promoção da igualdade racial.

Dessa forma, o desafio do gerenciamento eficaz da PNSIPN incorpora a transversalidade como princípio norteador. Entre suas diretrizes gerais, destacam-se pontos centrais, como a qualificação da coleta de dados com recorte no quesito raça/cor; a formação e o letramento racial de profissionais de saúde para a educação antirracista; o monitoramento do orçamento; e a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas. Tais diretrizes também reforçam a valorização e a prática dos princípios da interculturalidade previstos no Plano SUS e na Política Nacional de Educação Popular em Saúde.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): missão, corresponsabilidades na gestão interfederativa e compromisso com a equidade racial

Instituída pela revogada Portaria nº 2.436/2017, a PNAB foi consolidada pelo Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017, e define as diretrizes para a organização da APS, reconhecendo-a como ordenadora da rede, coordenadora do cuidado e principal porta de entrada do SUS. Ao reafirmar os princípios da universalidade, integralidade e equidade, a PNAB integra a APS como espaço estratégico para a ampliação do acesso e enfrentamento das desigualdades que marcam os territórios e os processos de cuidado.

Além disso, a PNAB oferece base normativa para a incorporação da perspectiva racial no planejamento e na organização dos serviços de saúde frente às

necessidades específicas dos diferentes grupos populacionais. A territorialização e a adscrição, quando orientadas pelos determinantes sociais da saúde, permitem identificar situações de maior vulnerabilidade, favorecendo intervenções mais adequadas às desigualdades produzidas pelo racismo estrutural.

A longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a participação comunitária contribuem diretamente para a promoção de práticas antirracistas na APS. O vínculo favorece a melhor identificação de situações de discriminação e exclusão vivenciadas pela população negra, enquanto a participação social fortalece o protagonismo comunitário e o controle social no enfrentamento das iniquidades raciais.

Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma das diretrizes preconizadas na PNAB, evidencia a expansão e consolidação da APS, sendo fundamental para o avanço de práticas antirracistas ao atuar de forma territorializada, multiprofissional e orientada pelas necessidades específicas da população. Quando articulada às diretrizes da PNSIPN, a ESF potencializa a capacidade da APS de enfrentar o racismo institucional, ao promover o cuidado de populações historicamente negligenciadas e contribuir para a redução das desigualdades raciais em saúde.

Ações da Secretaria de APS para o enfrentamento do racismo institucional e a efetivação da PNSIPN

Considerando as diretrizes do governo federal para a inclusão social e em resposta às reivindicações históricas dos movimentos sociais negros, foi instituída em 13 de maio de 2009, a PNSIPN, por meio da portaria GM/MS/992/2009. Essa política propõe a superação das diferenças epidemiológicas observadas entre a população negra e não negra e se empenha em garantir equidade racial no acesso à saúde.

Nesse sentido, em consonância com o compromisso de enfrentamento do racismo institucional e de implementação da PNSIPN, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diversas iniciativas voltadas ao fortalecimento de práticas antirracistas no SUS. Destacam-se, nesse contexto,

ações direcionadas à APS, bem como à qualificação da gestão, do cuidado e da produção de informações em saúde, tais como:

I. Estratégia Antirracista no SUS:

A Estratégia Antirracista no SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023, objetiva o enfrentamento do racismo estrutural na saúde mediante a implementação de ações interministeriais e intersetoriais voltadas à promoção da equidade e da justiça social. A iniciativa articula diferentes políticas e programas com vistas à qualificação da atenção à saúde e à redução das desigualdades que incidem sobre populações historicamente vulnerabilizadas. Entre suas diretrizes, destacam-se o fortalecimento de políticas públicas estruturantes, como a PNSIPN, bem como a indução de programas estratégicos, tais como:

- Rede Alyne: iniciativa voltada à redução da mortalidade materna, com ênfase nas mulheres negras, que estabelece como meta específica a diminuição desse indicador em 50% até 2027.
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde Equidade): programa de educação pelo trabalho que seleciona projetos destinados à qualificação de profissionais do SUS em temáticas como interseccionalidade, equidade étnico-racial e enfrentamento das violências.
- Estratégia Antirracista para a Primeira Infância (PIA): instituída por meio do Memorando de Entendimento nº 10, de 20 de novembro de 2023, configura-se como uma iniciativa de cooperação intersetorial voltada ao enfrentamento do racismo desde o nascimento. A estratégia é desenvolvida em parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Ministério da Igualdade Racial, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania e o UNICEF.
- Qualificação do cuidado: desenvolvimento de ações específicas voltadas ao cuidado de doenças prevalentes em populações

racializadas, como a doença falciforme, com ênfase no diagnóstico precoce e no tratamento de crianças.

- Fortalecimento do atendimento às comunidades quilombolas: ampliação do financiamento para ESF que atuam nesses territórios e incremento da alocação de profissionais por meio do programa Mais Médicos.
- Formação e educação permanente: oferta de cursos de especialização em equidade, oficinas temáticas e formação de facilitadoras em equidade para profissionais do SUS.
- Aprimoramento da coleta e análise de dados: inclusão de indicadores específicos sobre a população quilombola e outras populações negras nos painéis de monitoramento em saúde, visando ao acompanhamento mais qualificado das desigualdades em saúde.

II. Serviços de TeleSaúde:

Focando na expansão da assistência médica e na redução de desigualdades no acesso à saúde, os serviços de teleatendimento nas UBS prestam assistência a comunidades quilombolas;

III. Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CadsUS):

Os sistemas de informação do SUS estabelecem como obrigatória a autodeclaração de raça/cor de todos os usuários cadastrados, bem como o registro do campo “Povos e Comunidades Tradicionais”, o que viabiliza o monitoramento de dados voltado ao perfil epidemiológico e subsidia a elaboração de protocolos de prevenção direcionados às populações com características específicas;

IV. Programa de Formação de Agentes Educadoras e Educadores Populares de Saúde (AgPopSUS)

Contribui com a atuação dos movimentos sociais populares na defesa do SUS e do direito à saúde, na perspectiva de fortalecer o protagonismo popular, a articulação de saberes e as práticas de educação popular em saúde nos territórios;

V. Programa Bolsa Família (PBF):

Constitui uma política de transferência condicionada de renda de caráter intersetorial,

articulando ações nas áreas de saúde, educação e assistência social. No campo da saúde, o programa estabelece condicionalidades específicas, operacionalizadas no âmbito da APS, tais como a atualização do calendário vacinal, o acompanhamento do estado nutricional na infância e à realização do pré-natal, contribuindo para a ampliação do acesso, da vinculação e da continuidade do cuidado no SUS. As beneficiárias do programa são majoritariamente mulheres, com expressiva participação de mulheres negras, o que confere ao PBF relevância estratégica no enfrentamento das iniquidades raciais em saúde. Ao incidir sobre determinantes sociais estruturais, como renda e segurança alimentar, o programa se destaca como instrumento de promoção da equidade, tendo contribuído para a superação da fome no país e para o rompimento progressivo do ciclo intergeracional da pobreza.

VI. O Programa Saúde na Escola (PSE):

Iniciativa intersetorial do governo brasileiro que fortalece a articulação entre saúde e educação por meio de ações de promoção da saúde no ambiente escolar público. O programa busca melhorar a qualidade de vida dos estudantes e contribuir para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incentivo à alimentação saudável e à atividade física, cuidado em saúde mental, prevenção de violências, do uso de álcool e outras drogas e educação sexual e reprodutiva. Presente na maioria dos municípios brasileiros, o PSE desempenha papel estratégico na redução das iniquidades em saúde ao atuar sobre determinantes sociais desde a infância e priorizar populações historicamente vulnerabilizadas, incluindo crianças e adolescentes negros.

VII. Sistemas de Informação em Saúde (SIS):

São instrumentos centrais para a organização, monitoramento e avaliação das políticas públicas no âmbito do SUS, incluindo o acompanhamento das iniquidades raciais na APS. Nesse âmbito, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013 (Brasil, 2013), consolidou-se ao longo da última década como

base nacional para o registro das ações das equipes de saúde, subsidiando o financiamento e a adesão a programas e estratégias da PNAB. Mais recentemente, a transição do SISAB para o Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (Siaps) representa um avanço na governança da informação, da integração de bases de dados e no fortalecimento da capacidade analítica da gestão federal, estadual e municipal.

Na APS, os sistemas de informação constituem importantes instrumentos para apoiar a vigilância em saúde, o planejamento territorial e a avaliação das práticas assistenciais sob a perspectiva da equidade racial (Coelho Neto; Chioro, 2021). Nesse contexto, a publicação da Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, do Ministério da Saúde (Brasil, 2017c), representou um marco na institucionalização da variável raça/cor nos sistemas de informação em saúde do SUS, ao estabelecer a obrigatoriedade de seu preenchimento em formulários e sistemas, com base na classificação do IBGE e no princípio da autodeclaração. A norma explicita a raça/cor como informação essencial para o monitoramento das desigualdades em saúde e para o reconhecimento do racismo como determinante social da saúde (DSS). A análise desagregada desses dados, articulada a outros marcadores sociais – como território, gênero, idade e condição socioeconômica –, amplia a capacidade de compreensão das iniquidades e fortalece o direcionamento de intervenções mais contextualizadas e sensíveis às especificidades locais, ainda que sua efetiva incorporação nas práticas cotidianas dos serviços de saúde represente um desafio persistente.

Apesar da robustez do arcabouço normativo apresentado, a implementação de diversas ações revela um entrave entre a formalidade das portarias e a capilaridade das práticas antirracistas no cotidiano dos serviços prestados. A implementação da obrigatoriedade do campo raça/cor no CadSUS, por exemplo, pode ser reduzida a um ato burocrático de preenchimento por heteroidentificação presumida pelo profissional, o que compromete a fidedignidade do dado e a autonomia do usuário. Assim, a transição da normativa para a prática exige não apenas a existência de programas, mas uma mudança na cultura organizacional que priorize a equidade racial como um indicador de qualidade da assistência.

Desafios e perspectivas

Apesar dos avanços normativos e da ampliação de programas intersetoriais voltados à melhoria da qualidade de vida e condições de saúde, persistem desafios estruturais que limitam seu impacto equitativo, especialmente para a população negra. Esses desafios estão associados à reprodução de desigualdades históricas no acesso aos serviços, à fragmentação das redes de atenção, à insuficiente articulação intersetorial e à sobrecarga dos serviços da APS em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e raciais (Cobo, 2021).

A qualificação dos SIS emerge como um dos principais desafios para a APS. Embora esses sistemas apresentem elevado potencial para subsidiar análise e o monitoramento das iniquidades raciais em saúde (Coelho Neto; Chioro, 2021), sua efetividade depende da incorporação qualificada e preenchimento adequado como prática no cotidiano dos serviços de saúde (Braz et al., 2013). Esta variável, quando devidamente registrada e analisada, evidencia desigualdades historicamente invisibilizadas, revelando padrões distintos de diagnóstico, prognóstico, acesso aos serviços de saúde e qualidade do cuidado, que resultam em diferentes desfechos e limitam a capacidade do Estado de formular respostas efetivas e equitativas (Coelho et al. 2024).

Estudos evidenciam que pessoas negras enfrentam maiores desafios no acesso aos serviços de saúde, menor disponibilidade de medicamentos, piores desfechos clínicos e maior exposição a práticas discriminatórias em comparação à população branca, mesmo quando apresentam condições socioeconômicas e educacionais semelhantes (Williams; Collins, 2001). No caso das mulheres negras, essas desigualdades se agravam pela interseção entre racismo e sexismo, resultando em maiores taxas de mortalidade materna, menor acesso a tecnologias de cuidado e descredibilização de suas queixas nos serviços de saúde (Crenshaw, 1989; Davis, 2016). No contexto brasileiro, autores como Werneck (2016) e Batista (2017) evidenciam que o racismo institucional no SUS compromete a equidade, contrariando o princípio constitucional da universalidade, ao reproduzir desigualdades raciais e de gênero no acesso e na oferta do cuidado.

Além disso, embora o programa Rede Alyne busque qualificar a atenção materna reduzindo mortes evitáveis, persistem desigualdades raciais, evidenciadas por pré-natal de menor qualidade, menor acesso a exames, encaminhamentos tardios e maior exposição à violência obstétrica entre mulheres negras (Lessa et al., 2022; Leal et al., 2017).

Esses fatores revelam a persistência do racismo institucional nos serviços de saúde que opera de forma cotidiana na tomada de decisão clínica e na organização da rede de cuidados.

Conclusão

A APS, devida a sua alta capilaridade, é essencial para efetivação de políticas de saúde, indução de boas práticas nos territórios, produção de informações estratégicas, educação permanente das equipes, aprimoramento das políticas e na garantia do acesso universal, integral e equânime. Nesse contexto, a Saps desempenha papel estratégico na institucionalização de ações voltadas ao enfrentamento do racismo estrutural. As diretrizes da PNSIPN, por sua vez, estabelecem responsabilidades claras para as três esferas de gestão do SUS, orientando esforços para a promoção da equidade racial, a qualificação do cuidado e a redução das iniquidades em saúde, em consonância com as evidências epidemiológicas sobre desigualdades estruturais.

As ações antirracistas elencadas neste texto são fundamentais para o alcance da equidade em saúde e justiça social. Entretanto, a equidade racial depende do compromisso individual que deve reconhecer, questionar e transformar práticas discriminatórias no cotidiano, incorporando atitudes antirracistas tanto na atenção à saúde quanto nas interações sociais.

Contudo, práticas antirracistas exigem não apenas a formulação de políticas e programas específicos, mas também a transformação das práticas de cuidado e dos processos de produção do conhecimento que orientam a gestão do sistema, de modo a integrar a equidade racial como princípio estruturante, e não apenas como diretriz normativa.

Referências

- BATISTA, L. E. *Racismo institucional e saúde da população negra*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2017.
- BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. de A. Racismo institucional e saúde: o desafio de identificar e enfrentar o problema. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 364-374, 2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República; 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores de saúde segundo raça/cor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Institucional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 26 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sem Racismo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo>. Acesso em: 26 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps). *Atenção Primária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 27 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, 14 maio 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, 11 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, 3 out. 2017b. Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prcoo02_03_10_2017.html. Acesso em: 27 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, 2 fev. 2017c.
- BRAZ, R. M. et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, 2013.
- COBO, B. Desigualdades de gênero e raça no acesso e uso dos serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, 2021.
- COELHO, R.; ROCHA, R.; HONE, T. Improvements in data completeness in health information systems reveal racial inequalities: longitudinal national data from hospital admissions in Brazil (2010-2022). *International Journal for Equity in Health*, London, v. 23, n. 143, 2024.
- COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, e00182119, 2021.
- COLLINS, P. H.; BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Difel, 2020.
- CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex. *University of Chicago Legal Forum*, Chicago, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989.
- CRENSHAW, K. W. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2843-2852, 2011.
- DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 90, n. 8, p. 1212-1215, 2000.
- LEAL, M. do C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017.
- LESSA, M. S. de A. et al. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3881-3890, 2022.
- QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 227-278.
- SILVA, H. C. B. da; LIMA, T. C. S. de. Racismo institucional: violação do direito à saúde e demanda ao Serviço Social. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 331-341, 2021.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WERNECK, J.; WHITE, E. C.; MENDONÇA, M. (org.).
O livro da saúde das mulheres negras: nossos
passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas, 2000.

WILLIAMS, D. R.; COLLINS, C. Racial residential
segregation: a fundamental cause of racial
disparities in health. *Public Health Reports*,
Washington, v. 116, n. 5, p. 404-416, 2001.

Contribuição dos autores:

Rosimery Costa dos Santos: concepção; conceituação; redação do manuscrito original. Lia Maria dos Santos: concepção; conceituação; redação do manuscrito original. Lais Duarte Batista: conceituação; redação do manuscrito original. Gleiciane Gontijo de Avelar: conceituação, redação do manuscrito original; revisão. Angela Fernandes Leal da Silva: revisão do manuscrito e contribuições para o aprimoramento do conteúdo. Edna Maria de Araújo: concepção, redação e revisão do manuscrito.

Financiamento:

Não houve.

Agradecimentos:

Agradecemos a todos os colaboradores que, de alguma forma, auxiliaram na construção desse trabalho.

Declaração de Disponibilidade de Dados:

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Editores: José Miguel Olivar, Raquel Souza

Recebido: 25/03/2026

Reapresentado: 27/04/2026

Aprovado: 01/05/2026