



PRÁTICAS EM SAÚDE: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



ORGANIZADORES

DR. AVELAR ALVES DA SILVA

DR WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA

DR ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO





PRÁTICAS EM SAÚDE: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR



ORGANIZADORES

DR. AVELAR ALVES DA SILVA
DR WALLACE RODRIGUES DE HOLANDA MIRANDA
DR ARQUIMEDES CAVALCANTE CARDOSO





O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3 de [SCISAUDE](https://www.scisaude.com.br/catalogo/praticas-em-saude-uma-abordagem-multidisciplinar-3/92) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/praticas-em-saude-uma-abordagem-multidisciplinar-3/92>

2026 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE



PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3

ORGANIZADORES

Dr. Avelar Alves da Silva

<http://lattes.cnpq.br/8204485246366026>

<https://orcid.org/0000-0002-4588-0334>

Dr Wallace Rodrigues de Holanda Miranda

<http://lattes.cnpq.br/9510895183615760>

<https://orcid.org/0000-0002-0306-251X>

Dr Arquimedes Cavalcante Cardoso

<http://lattes.cnpq.br/0647092865505641>

<https://orcid.org/0000-0001-9546-805X>

Editor chefe

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico

Lenmara Pereira Mota

Diagramação:

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lenmara Pereira Mota

Revisão:

Os Autores



Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Morais Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	Jean Carlos Leal Carvalho De Melo Filho	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana Britto Martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Práticas em saúde [livro eletrônico] : uma abordagem multidisciplinar / organizadores Avelar Alves da Silva, Wallace Rodrigues de Holanda Miranda, Arquimedes Cavalcante Cardoso. -- 1. ed. -- Teresina, PI : SCISAUDE, 2026.
PDF

Vários autores. **Bibliografia.**
ISBN 978-65-85376-79-2

1. Ciências da saúde 2. Educação em saúde
3. Multidisciplinaridade 4. Promoção da saúde
5. Saúde pública 6. Sistema Único de Saúde (Brasil)
I. Silva, Avelar Alves da. II. Miranda, Wallace Rodrigues de Holanda. III. Cardoso, Arquimedes Cavalcante

26-333388.0

CDD-613

Índices para catálogo sistemático:

1. Promoção da saúde 613

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



10.56161/sci.ed.20260204



978-65-85376-79-2



SCISAUDE

Teresina – PI – Brasil

scienceesaude@hotmail.com

www.scisaude.com.br



APRESENTAÇÃO

A promoção da saúde é um pilar essencial para a construção de sociedades mais saudáveis e resilientes. Com o avanço das pesquisas e a necessidade de abordagens cada vez mais integradas e interdisciplinares, **"PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3"** surge como uma obra fundamental para profissionais, pesquisadores e estudantes que desejam aprofundar seus conhecimentos sobre o tema.

Este livro reúne uma série de estudos atualizados, abordando estratégias inovadoras, políticas públicas, desafios contemporâneos e práticas bem-sucedidas na promoção da saúde. A diversidade dos temas tratados reflete a amplitude desse campo, explorando desde a atenção primária até a implementação de tecnologias na saúde, passando por programas de prevenção, educação em saúde e análise epidemiológica.

Com uma linguagem clara e fundamentação científica rigorosa, **"PRÁTICAS EM SAÚDE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 3"** é uma leitura indispensável para aqueles que buscam compreender as novas tendências e contribuir para a efetivação de ações voltadas ao bem-estar da população.

Este livro não apenas compartilha conhecimento, mas também incentiva a reflexão crítica e a aplicação de estratégias baseadas em evidências para um futuro mais saudável e sustentável.

Boa Leitura!!!



Sumário

CAPÍTULO 1.....	11
A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO EIXO ESTRUTURANTE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	11
10.56161/sci.ed.20260204C1	11
CAPÍTULO 2.....	20
CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS	20
10.56161/sci.ed.20260204C2	20
CAPÍTULO 3.....	29
10.56161/sci.ed.20260204C3	29
CAPÍTULO 4.....	42
A MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA: COMO PARCERIAS PÚBLICO- PRIVADAS APROFUNDAM DESIGUALDADES NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	42
10.56161/sci.ed.20260204C4	42
CAPÍTULO 5.....	53
EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMUNITÁRIA	53
10.56161/sci.ed.20260204C5	53
CAPÍTULO 6.....	61
INTEGRAÇÃO ENTRE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	61
10.56161/sci.ed.20260204C6	61
CAPÍTULO 7.....	81
EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO SEMIÁRIDO COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA CULTURA ALIMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA	81
10.56161/sci.ed.20260204C7	81
CAPÍTULO 8.....	91
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E VULNERABILIDADES À SAÚDE SEXUAL: EPIDEMIOLOGIA DAS ISTS EM IDOSOS NO BRASIL	91
10.56161/sci.ed.20260204C8	91
CAPÍTULO 9.....	101
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS EVITÁVEIS: CONTRIBUIÇÕES DA VIGILÂNCIA PARA A GESTÃO DO SUS	101
10.56161/sci.ed.20260204C9	101



CAPÍTULO 10.....	111
BASES MOLECULARES DA ONCOLOGIA: VIAS DE SINALIZAÇÃO COMO ALVOS PARA TERAPIAS DE PRECISÃO.....	111
10.56161/sci.ed.20260204C10	111
CAPÍTULO 11.....	123
INSEGURANÇA ALIMENTAR E OBESIDADE DUAS FACES SOCIAIS DO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	123
10.56161/sci.ed.20260204C11	123
CAPÍTULO 12.....	136
IMPACTOS DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA, PALATOPLASTIA E QUEILOPLASTIA EM INDIVÍDUOS COM FISSURA LABIOPALATINA	136
10.56161/sci.ed.20260204C12	136
CAPÍTULO 13.....	143
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE FRENTE ÀS MUDANÇAS CLIMÁTICAS.....	143
10.56161/sci.ed.20260204C13	143
CAPÍTULO 14.....	155
RACISMO ESTRUTURAL COMO DETERMINANTE INVISIBILIZADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	155
10.56161/sci.ed.20260204C14.....	155
CAPÍTULO 15.....	170
SIMULAÇÃO COMO MÉTODO DE APRENDIZAGEM NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)	170
10.56161/sci.ed.20260204C15	170
CAPÍTULO 16.....	180
TECNOLOGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA: PROTEÇÃO COLETIVA OU EROSÃO DAS LIBERDADES INDIVIDUAIS?	180
10.56161/sci.ed.20260204C16.....	180
CAPÍTULO 17.....	191
AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PRÉ-NATAL NO SUS: AVANÇOS E LACUNAS DO CUIDADO INTEGRAL	191
10.56161/sci.ed.20260204C17	191



CAPÍTULO 14

RACISMO ESTRUTURAL COMO DETERMINANTE INVISIBILIZADO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

STRUCTURAL RACISM AS AN INVISIBLE DETERMINANT IN PUBLIC HEALTH POLICIES

 10.56161/sci.ed.20260204C14

Jozadake Petry Fausto

Doutoranda m Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe pela UNESP
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5656-3337>

Áurea de Fátima Farias Silva

Graduada em Enfermagem e Pós-graduada em Saúde da Mulher e Obstetrícia pela Faculdade de Goiana
Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-8373-406>

Alexandrina Ferreira da Silva

Pós-graduada em Saúde Pública pela FABRA – FBC

Luice da Hora Santos do Lago

Pós-graduada em Gestão em Saúde pela UFRB - Universidade Federal do Recôncavo Baiano

Wenia Carla Ferreira Lima

Pós-graduada em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB

Elen Patrícia Licar da Silva

Pós-graduada em Gestão em Saúde pela Escola Pública do Maranhão

Elizabeth Silva de Jesus Lopes

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana
Orcid: 0009-0002-3197-0977

Caio Eduardo de Araujo Farias

Mestre em psicologia da saúde pela UEPB Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1048-2571>

Cananosque Neto

Doutorando em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista com Apoio CAPES
Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-8783-5984>



Camila Nunes Carvalho

Doutorado em Odontologia pela UFPE

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-2467-779X>

RESUMO

O racismo estrutural configura-se como um fenômeno historicamente construído que organiza hierarquias raciais e produz desigualdades persistentes nas condições de vida, no acesso a direitos e nos resultados em saúde. No campo da saúde pública brasileira, esse processo atua como determinante social ao influenciar padrões de adoecimento, acesso aos serviços e continuidade do cuidado, mesmo em um sistema universal como o Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar o racismo estrutural como determinante invisibilizado nas políticas públicas de saúde, à luz de documentos normativos e evidências científicas, identificando implicações para a promoção da equidade no SUS. Trata-se de um estudo documental, de abordagem qualitativa e delineamento descritivo-analítico, realizado a partir da análise de políticas nacionais, portarias ministeriais, relatórios institucionais e artigos científicos publicados entre 2009 e 2025. As buscas foram conduzidas nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, bem como em repositórios oficiais do Ministério da Saúde, utilizando descritores relacionados a racismo, equidade racial e políticas públicas de saúde. Os resultados evidenciam que o racismo estrutural se expressa de forma objetiva nos indicadores socioeconômicos, de trabalho, renda, moradia e acesso aos serviços de saúde, afetando de maneira desproporcional a população preta e parda. Observa-se que, apesar do reconhecimento normativo do racismo como determinante social da saúde, sua abordagem permanece limitada ou implícita nos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, contribuindo para a manutenção das iniquidades raciais. Conclui-se que a invisibilização do racismo estrutural compromete a efetividade das políticas de saúde e limita a promoção da equidade no SUS, sendo necessária a incorporação explícita da dimensão racial como eixo estruturante das ações e estratégias institucionais.

PALAVRAS-CHAVE: Determinantes Sociais da Saúde; Equidade em Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Racismo Estrutural; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Structural racism is configured as a historically constructed phenomenon that organizes racial hierarchies and produces persistent inequalities in living conditions, access to rights, and health outcomes. In the field of Brazilian public health, this process acts as a social determinant by influencing patterns of illness, access to services, and continuity of care, even within a universal system such as the Unified Health System (SUS). Given this context, the present study aimed to analyze structural racism as an invisible determinant in public health policies, in light of normative documents and scientific evidence, identifying implications for the promotion of equity in the SUS. This is a documentary study with a qualitative approach and a descriptive-analytical design, conducted through the analysis of national policies, ministerial ordinances, institutional reports, and scientific articles published between 2009 and 2025. The searches were conducted in the PubMed, SciELO, and Virtual Health Library databases, as well as in official repositories of the Ministry of Health, using descriptors related to racism, racial equity,



and public health policies. The results show that structural racism is objectively expressed in socioeconomic, labor, income, housing, and health service access indicators, disproportionately affecting the Black and Pardo (mixed-race) population. It is observed that, despite the normative recognition of racism as a social determinant of health, its approach remains limited or implicit in the processes of formulation, implementation, and evaluation of public policies, contributing to the maintenance of racial inequities. It is concluded that the invisibility of structural racism compromises the effectiveness of health policies and limits the promotion of equity in the SUS, necessitating the explicit incorporation of the racial dimension as a structuring axis of institutional actions and strategies.

KEYWORDS: Social Determinants of Health; Health Equity; Public Health Policies; Structural Racism; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO


Nesse contexto, o racismo estrutural é compreendido como um fenômeno social historicamente construído que organiza hierarquias raciais e distribui desigualmente recursos, oportunidades e direitos, impactando de forma sistemática as condições de vida e saúde das populações racializadas. No campo da saúde pública, esse processo atua como determinante social ao influenciar padrões de adoecimento, acesso a serviços e resultados em saúde, mesmo em sistemas que adotam princípios universais de cobertura, como o Sistema Único de Saúde (SUS) (Sato *et al.*, 2026).

A partir dessa compreensão, análises do sistema de saúde brasileiro indicam que políticas públicas formuladas sem o reconhecimento explícito das desigualdades raciais tendem a reproduzir assimetrias históricas, contribuindo para a manutenção de padrões desiguais de acesso, cuidado e proteção social no âmbito do SUS (Paim *et al.*, 2011). Essa dinâmica revela que a universalidade formal do sistema não é suficiente para garantir equidade quando as desigualdades raciais estruturais não são incorporadas como eixo analítico e operacional das políticas de saúde.

Nesse contexto, torna-se fundamental distinguir o racismo estrutural de suas expressões interpessoais e institucionais no âmbito das políticas públicas. O racismo estrutural refere-se ao conjunto de mecanismos históricos, econômicos, políticos e jurídicos que organizam a sociedade a partir de hierarquias raciais, independentemente da intenção individual dos sujeitos. Já o racismo institucional manifesta-se quando normas, práticas e rotinas organizacionais produzem efeitos desiguais no acesso a direitos, mesmo na ausência de ações explicitamente discriminatórias. No campo da saúde, essas dimensões operam de forma articulada, produzindo desigualdades persistentes no acesso, na qualidade do cuidado e nos resultados em saúde, afetando de maneira desproporcional a população negra (Paim *et al.*, 2011; Sato *et al.*, 2026).

No Brasil, a persistência das desigualdades raciais em saúde ocorre em um contexto no





qual a população preta e parda representa a maioria demográfica, mas permanece exposta a piores condições socioeconômicas, ambientais e sanitárias. Dados nacionais indicam diferenças significativas entre grupos raciais quanto à renda, escolaridade, acesso a saneamento básico e serviços de saúde, configurando um cenário de iniquidades estruturais que antecedem o contato com o sistema de saúde propriamente dito (Sato *et al.*, 2026).

Essas desigualdades são resultado de um processo histórico de racialização que se manifesta de forma integrada nas dimensões estrutural, institucional e social, repercutindo sobre o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado em saúde. A literatura aponta que tais mecanismos não se limitam a ações individuais discriminatórias, mas estão incorporados às normas, práticas e rotinas institucionais que organizam as políticas públicas e os serviços de saúde (Wandschneider *et al.*, 2025).

No âmbito institucional, o racismo pode se expressar por meio de omissões, invisibilizações e ausência de ações específicas voltadas à equidade racial, contribuindo para a reprodução de desigualdades nos processos de planejamento, gestão e monitoramento das políticas públicas de saúde. A sub-representação da variável raça/cor em sistemas de informação e vigilância em saúde é descrita como um dos elementos que dificultam o reconhecimento e o enfrentamento dessas iniquidades (Silva *et al.*, 2024).

Reconhecendo esse cenário, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria nº 992/2009, estabelecendo diretrizes para a redução das desigualdades étnico-raciais no SUS. A política parte do reconhecimento do racismo como determinante social da saúde e orienta ações transversais voltadas à promoção da equidade, à qualificação da atenção e ao fortalecimento da gestão baseada em direitos (Brasil, 2009).

Apesar dos avanços normativos representados pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, observa-se uma lacuna entre o reconhecimento formal do racismo como determinante social da saúde e sua incorporação efetiva nos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas. A produção científica nacional concentra-se majoritariamente em estudos epidemiológicos e análises de desigualdades em saúde, sendo ainda incipientes as investigações documentais que examinam criticamente como o racismo estrutural é tratado ou silenciado nos textos normativos e institucionais que orientam o SUS (Silva *et al.*, 2024).

Apesar da existência desse marco normativo, estudos indicam que o racismo permanece pouco explicitado como elemento central na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde, sendo frequentemente tratado de forma indireta ou secundária. Essa



condição contribui para a manutenção de práticas institucionais que não reconhecem plenamente os impactos da raça/cor sobre os desfechos em saúde (Wandschneider *et al.*, 2025).

Nota-se ainda que desigualdades raciais se manifestam de forma concreta no acesso aos serviços de saúde, especialmente em contextos de maior complexidade assistencial. Durante a pandemia de COVID-19, diferenças significativas foram observadas nos riscos de letalidade entre grupos raciais, associadas ao tipo de estabelecimento de saúde, à disponibilidade de recursos e às barreiras institucionais de acesso ao cuidado (Silva *et al.*, 2024).

Além disso, análises nacionais demonstram que pessoas negras e pardas apresentam maior frequência de necessidades de saúde não atendidas, dificuldades no acesso a medicamentos e menor continuidade do cuidado, mesmo após o controle de fatores socioeconômicos. Esses achados reforçam a existência de determinantes não explicados apenas por renda ou escolaridade, indicando a presença de mecanismos institucionais associados à raça/cor (Coelho *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a invisibilização do racismo estrutural nas políticas públicas de saúde limita a capacidade do Estado de responder de forma efetiva às desigualdades raciais. A ausência de abordagens explícitas dificulta a incorporação da equidade étnico-racial como eixo estruturante das ações de saúde, comprometendo a efetividade das políticas e a garantia do direito à saúde em sua dimensão integral (Brasil, 2009).

Como aponta Lopes (2012, p. 127), “a persistência das desigualdades raciais em saúde está diretamente relacionada à dificuldade histórica do Estado brasileiro em reconhecer o racismo como produtor de iniquidades e incorporá-lo de forma efetiva nas políticas públicas”.

A iniciativa Saúde Sem Racismo, implementada pelo Ministério da Saúde (MS), pode ser compreendida como uma resposta institucional às limitações observadas na implementação da PNSIPN. Ao reconhecer explicitamente o racismo como determinante social da saúde, a estratégia busca fortalecer ações de formação profissional, revisão de práticas institucionais e incorporação da equidade racial nos processos de gestão e atenção. No entanto, a literatura aponta que essas iniciativas tendem a produzir efeitos restritos quando não são integradas de forma transversal aos instrumentos de planejamento, financiamento e avaliação das políticas públicas de saúde, permanecendo, muitas vezes, no campo discursivo (Brasil, 2025).

Diante desse panorama, o problema de pesquisa deste estudo consiste em compreender de que forma o racismo estrutural permanece invisibilizado nas políticas públicas de saúde, apesar de seu reconhecimento normativo e de suas repercussões documentadas nos indicadores de acesso e resultados em saúde. Tal problematização busca evidenciar lacunas entre o marco



legal e a operacionalização das políticas no âmbito institucional (Wandschneider *et al.*, 2025).

Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de fortalecer análises críticas que contribuam para a qualificação das políticas públicas de saúde, ampliando a visibilidade do racismo estrutural como determinante social e institucional. O objetivo do estudo é analisar o racismo estrutural como determinante invisibilizado nas políticas públicas de saúde, à luz de documentos normativos e evidências científicas, identificando implicações para a promoção da equidade no SUS.

2. MATERIAIS E MÉTODOS


Trata-se de um estudo documental, de abordagem qualitativa, com delineamento descritivo-analítico, desenvolvido com o objetivo de examinar o racismo estrutural como determinante invisibilizado nas políticas públicas de saúde. A pesquisa foi realizada em ambiente virtual, sem delimitação geográfica física, considerando o âmbito nacional das políticas públicas brasileiras, a partir da consulta a bases de dados científicas e a repositórios institucionais oficiais do Ministério da Saúde.

A população do estudo foi composta por documentos normativos e produções científicas que abordam a temática do racismo, equidade racial e saúde pública, sendo a amostra definida de forma intencional e constituída por políticas nacionais, portarias ministeriais, relatórios institucionais e artigos científicos publicados entre os anos de 2000 e 2025.

Foram incluídos documentos oficiais do MS relacionados à PNSIPN e à estratégia Saúde Sem Racismo, bem como artigos científicos disponíveis na íntegra, nos idiomas português e inglês, que abordassem o racismo estrutural ou institucional no contexto das políticas públicas de saúde. Foram excluídos documentos duplicados, publicações de caráter opinativo sem respaldo normativo ou metodológico e estudos centrados exclusivamente em experiências clínicas individuais, sem relação com a formulação, implementação ou avaliação de políticas públicas de saúde.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento estruturado de extração de informações, elaborado pelas autoras, contendo dados sobre o tipo de documento, ano de publicação, instituição responsável, objetivo, conceitos relacionados ao racismo estrutural, menção à equidade étnico-racial e estratégias institucionais propostas ou ausentes nas políticas analisadas. As buscas foram conduzidas de forma sistematizada nas bases PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, além de consulta direta a páginas institucionais do Ministério da Saúde, utilizando descritores controlados e não controlados relacionados a racismo, políticas públicas de saúde e equidade racial, combinados por operadores booleanos.





Foram analisados documentos como a Portaria nº 992/2009, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009), relatórios institucionais sobre mortalidade materna segundo raça/cor (Brasil, 2021) e materiais do programa Saúde sem Racismo (Brasil, 2025). Complementarmente, estudos científicos nacionais e internacionais foram incluídos para identificar expressões e impactos do racismo estrutural na saúde da população negra, considerando desigualdades persistentes no acesso a serviços de atenção primária e em desfechos de saúde (Barreto, 2017; Coelho *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2024; Werneck, 2016; Wandschneider *et al.*, 2025).

Essa abordagem permite analisar, de forma crítica e sistemática, a relação entre racismo estrutural, determinantes sociais da saúde e políticas públicas, considerando tanto impactos cumulativos ao longo do curso de vida (Araújo; Silva, 2020; Williams; Mohammed, 2009; Gee; Ford, 2011; Marmot, 2015) quanto os diferentes níveis de discriminação racial (Jones, 2000).


As variáveis analisadas incluíram o ano de publicação, o tipo e nível institucional do documento, a presença explícita ou implícita do racismo estrutural como determinante social da saúde, a abordagem da equidade racial e a inclusão da população negra e de outros grupos racializados nas diretrizes das políticas públicas. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, na modalidade categorial, envolvendo leitura exaustiva dos documentos, codificação dos núcleos de sentido e organização das categorias analíticas de acordo com os objetivos do estudo, possibilitando a identificação de padrões e lacunas na abordagem do racismo estrutural nas políticas públicas de saúde.

As categorias analíticas foram definidas a partir da combinação de referenciais teóricos prévios sobre racismo estrutural e equidade racial em saúde, bem como de núcleos de sentido emergentes identificados durante a leitura criteriosa dos documentos. O processo analítico envolveu múltiplas leituras sucessivas, codificação temática e comparação sistemática entre os documentos normativos e as evidências científicas, de modo a garantir consistência interpretativa e alinhamento aos objetivos do estudo.

Por se tratar de uma pesquisa documental baseada exclusivamente em dados secundários de domínio público, sem envolvimento direto de seres humanos ou uso de animais, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, sendo dispensada a apresentação de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética e parecer consubstanciado, conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO





Os dados da PNAD Contínua 2019 evidenciam que o racismo estrutural se expressa de forma objetiva nas desigualdades do mercado de trabalho brasileiro. A taxa de desocupação entre pessoas pretas ou pardas alcançou 13,6%, enquanto entre pessoas brancas foi de 9,3%, revelando uma diferença racial significativa no acesso ao emprego formal. Essa desigualdade antecede o adoecimento e condiciona a exposição a riscos sociais, econômicos e sanitários. Estudos em saúde coletiva interpretam esses dados como expressão do racismo enquanto determinante social da saúde, que organiza hierarquias de acesso a recursos essenciais (IBGE, 2020; Werneck, 2016).


A informalidade laboral apresenta padrão semelhante, atingindo 47,4% da população preta ou parda, frente a 34,5% entre trabalhadores brancos. Essa inserção predominante em ocupações precárias, como agropecuária, construção civil e trabalho doméstico, amplia a vulnerabilidade social e reduz a proteção previdenciária. A literatura aponta que a informalidade está associada a maior instabilidade de renda, menor acesso a serviços de saúde e maior exposição a agravos evitáveis, reforçando a relação entre racismo estrutural e adoecimento (IBGE, 2020; Cobo; Cruz; Dick, 2021).

As desigualdades de renda reforçam esse quadro, uma vez que o rendimento médio mensal de trabalhadores brancos foi de R\$ 2.884 em 2019, enquanto pretos e pardos receberam, em média, R\$ 1.663. Essa diferença representa uma renda 73,4% maior para a população branca, evidenciando a persistência de hierarquias raciais no mercado de trabalho. Estudos indicam que essa disparidade limita o acesso a alimentação adequada, moradia digna e cuidados em saúde, ampliando iniquidades raciais nos desfechos sanitários (IBGE, 2020; Gomes; Marli, 2018).

A análise da pobreza e da extrema pobreza aprofunda essa compreensão. Em 2019, 70% das pessoas abaixo da linha de pobreza do Banco Mundial eram pretas ou pardas, apesar de esse grupo representar 56,3% da população brasileira. Entre pessoas brancas, apenas 3,4% encontravam-se em extrema pobreza, enquanto essa condição mais que dobrava entre pretos e pardos. Esses dados confirmam que a pobreza no Brasil possui cor e raça, configurando um padrão estrutural de exclusão social (IBGE, 2021; Werneck, 2016).

A situação das mulheres pretas ou pardas evidencia a interseção entre racismo e gênero. Embora representassem 28,7% da população em 2019, elas correspondiam a 39,8% das pessoas em extrema pobreza e a 38,1% das pessoas pobres. Esse dado demonstra que mulheres negras concentram as maiores vulnerabilidades socioeconômicas, condição associada a maior sobrecarga de trabalho, insegurança alimentar e sofrimento psíquico. A literatura reconhece





essa interseccionalidade como fator central na produção das desigualdades em saúde (IBGE, 2020; Gomes; Marli, 2018).

As condições de moradia reforçam a dimensão territorial do racismo estrutural. Em 2019, 45,2 milhões de pessoas residiam em domicílios com ao menos uma inadequação estrutural, sendo 31,3 milhões pretos ou pardos e apenas 13,5 milhões brancos. A maior exposição da população negra a domicílios sem saneamento adequado, com adensamento excessivo ou ônus excessivo com aluguel amplia riscos à saúde ambiental e à ocorrência de doenças evitáveis (IBGE, 2020; Santos *et al.*, 2024).

No âmbito institucional da saúde, nota-se que essas desigualdades socioeconômicas se reproduzem no cotidiano dos serviços públicos. Pesquisas com profissionais negras da Atenção Primária à Saúde demonstram que o racismo institucional se manifesta por meio da precarização do trabalho, da violência territorial e da negligência da gestão. Esses fatores comprometem a qualidade do cuidado ofertado e afetam diretamente a saúde física e mental das trabalhadoras e usuárias do SUS (Silva *et al.*, 2024; Werneck, 2016).

A exposição contínua à discriminação racial, em suas dimensões institucional, interpessoal e internalizada (Jones, 2000), aliada a condições socioeconômicas adversas, produz impactos cumulativos sobre a saúde física e mental da população negra.

Ao confrontar os dados do IBGE com estudos sobre acesso aos serviços de saúde, observa-se que pessoas pretas e pardas apresentam maior frequência de necessidades de saúde não atendidas. Mesmo em um sistema universal, análises da Pesquisa Nacional de Saúde indicam maior dificuldade desse grupo em acessar consultas, exames e continuidade do cuidado, especialmente quando associadas às desigualdades de gênero. Esse confronto evidencia limites da universalidade formal do SUS frente às desigualdades raciais estruturais (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

A estigmatização racial também se expressa nas políticas sociais e no acompanhamento de programas de transferência de renda. Estudos sobre o Programa Bolsa Família demonstram que mulheres negras são mais frequentemente alvo de julgamentos morais e responsabilização individual pela pobreza. Essas práticas reforçam o racismo institucional, produzem sofrimento e fragilizam o vínculo com os serviços públicos, comprometendo a efetividade das políticas de proteção social (Damião *et al.*, 2025; Werneck, 2016).

No campo da saúde mental, pesquisas apontam que adolescentes negros vivenciam o racismo como fator psicossocial contínuo. A exposição recorrente à discriminação racial afeta a autoestima, o desempenho escolar e a saúde emocional, ampliando riscos de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico. Esses achados dialogam com os dados socioeconômicos ao



demonstrar que desigualdades raciais são produzidas precocemente e se acumulam ao longo da vida (Santos *et al.*, 2024; Gomes; Marli, 2018).

Pesquisas desenvolvidas por Araújo e Silva (2020), no campo da saúde coletiva brasileira, demonstram que os efeitos do racismo sobre a saúde devem ser compreendidos a partir do enfoque do curso de vida. As autoras, com base em análises de dados populacionais e revisão crítica da literatura em saúde pública, evidenciam que a exposição contínua à discriminação racial e a condições socioeconômicas adversas produz impactos cumulativos sobre a saúde física e mental da população negra.

Esses achados são corroborados por investigações internacionais conduzidas por Williams e Mohammed (2009) e por Gee e Ford (2011), além de estudos de Krieger (2014), que destacam o racismo como determinante social central da saúde e seus efeitos cumulativos ao longo do curso de vida.

Nesse sentido, o debate sobre os impactos do racismo na saúde se articula com a perspectiva de determinantes sociais da saúde, considerando que o racismo estrutura oportunidades desiguais de acesso a recursos materiais, simbólicos e institucionais, produzindo iniquidades persistentes nos perfis de adoecimento e mortalidade da população negra no Brasil (Barreto, 2017).

Conforme argumenta Almeida (2019), o racismo estrutural opera como um sistema de produção de desigualdades que atravessa instituições, práticas sociais e subjetividades, naturalizando hierarquias raciais e impactando diretamente as condições de vida e saúde da população negra. Dessa forma, os efeitos do racismo não se restringem a episódios isolados de discriminação, mas configuram um processo contínuo de vulnerabilização social e psíquica. Antes de aprofundar a análise comparativa, apresenta-se a seguir a síntese dos principais dados estatísticos e estudos analisados, com o objetivo de sistematizar as evidências sobre racismo estrutural e seus impactos na saúde.

Antes de aprofundar a análise comparativa, apresenta-se a seguir a síntese dos principais dados estatísticos e estudos analisados, com o objetivo de sistematizar as evidências sobre racismo estrutural e seus impactos na saúde.

Tabela 1– Evidências estatísticas e institucionais sobre racismo estrutural e saúde no Brasil.

FONTE	INDICADOR	POPULAÇÃO PRETA/PARDA	POPULAÇÃO BRANCA
IBGE (2020)	Extrema pobreza	> 2x maior	3,4%



IBGE (2020)	Renda média mensal do trabalho	R\$ 1.663	R\$ 2.884
IBGE (2020)	Taxa de desocupação	13,6%	9,3%
IBGE (2021)	Informalidade	47,4%	34,5%
IBGE (2021)	Moradia inadequada (valores absolutos)	31,3 milhões	13,5 milhões
DATASUS (2021)	Mortalidade materna (por 100 mil nascidos vivos)	83,1	56,7


Fonte: Elaborado pelos autores, 2026, a partir de dados do IBGE (2020; 2021) e DATASUS (2021).

Os dados estão desagregados por raça/cor conforme a classificação adotada pelo IBGE. A população preta e parda é analisada de forma agregada, considerando a dinâmica do racismo estrutural no contexto brasileiro e sua incidência sobre os determinantes sociais da saúde. Os indicadores socioeconômicos e habitacionais foram obtidos a partir das bases do IBGE (2020; 2021). O indicador de mortalidade materna foi extraído do Departamento de Informática do SUS, DATASUS (2021) e utilizado como marcador sintético das desigualdades raciais em saúde, uma vez que expressa de forma sensível os efeitos das condições de vida, do acesso aos serviços de saúde e das desigualdades estruturais que afetam desproporcionalmente mulheres negras no Brasil.

A confrontação entre os dados estatísticos do IBGE e os estudos qualitativos evidencia que o racismo estrutural não se limita às desigualdades materiais, mas se reproduz nas práticas institucionais e nas relações sociais. Enquanto os indicadores sociais quantificam a desigualdade, os estudos qualitativos revelam os mecanismos cotidianos que sustentam essas iniquidades, reforçando o racismo como determinante central da saúde (IBGE, 2021; Silva *et al.*, 2024; Werneck, 2016). Observa-se que a persistência dessas desigualdades indica limites importantes das políticas públicas quando não incorporam explicitamente a dimensão racial em sua formulação e implementação. A ausência de abordagens antirracistas estruturadas contribui para a manutenção de práticas institucionais que naturalizam a desigualdade, mesmo em políticas orientadas pela equidade formal (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Damião *et al.*, 2025).

A literatura aponta que o reconhecimento do racismo estrutural como determinante da saúde é condição necessária para a reorganização das práticas de cuidado no SUS. Sem esse reconhecimento, as políticas tendem a operar de forma universalista abstrata, ignorando as desigualdades reais que atravessam sujeitos e territórios, limitando sua efetividade (Werneck, 2016; Silva *et al.*, 2024). No caso específico das mulheres negras, os resultados demonstram que a combinação entre racismo e gênero aprofunda vulnerabilidades sociais e sanitárias. A





maior incidência de pobreza, informalidade e estigmatização institucional compromete o acesso contínuo ao cuidado e amplia riscos à saúde mental, exigindo respostas específicas das políticas públicas (Damião *et al.*, 2025).

A análise conjunta dos estudos evidencia que o racismo estrutural atua como eixo organizador das desigualdades em saúde no Brasil, atravessando desde os determinantes socioeconômicos até os processos institucionais de cuidado. Essa atuação sistêmica explica a persistência das iniquidades observadas nos indicadores nacionais e reforça a necessidade de enfrentamento estrutural do problema (Werneck, 2016; Santos *et al.*, 2024). Os estudos também indicam lacunas importantes na produção científica, especialmente na avaliação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento do racismo institucional. A ausência de dados sistematizados dificulta o monitoramento das desigualdades raciais e a formulação de estratégias baseadas em evidências no SUS (Cobo; Cruz; Dick, 2021; Silva *et al.*, 2024).

4. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender que o racismo estrutural permanece amplamente invisibilizado nas políticas públicas de saúde, apesar de seu reconhecimento normativo como determinante social e de seus impactos documentados nos indicadores socioeconômicos e sanitários. Os dados evidenciam que as desigualdades raciais não decorrem de fatores isolados, mas de um processo histórico e estrutural que organiza de forma desigual o acesso a recursos, direitos e oportunidades, refletindo-se diretamente nos desfechos em saúde da população negra no Brasil.

A análise dos documentos institucionais e das produções científicas mostrou que a invisibilização do racismo estrutural se manifesta de maneira recorrente na ausência de abordagens explícitas e sistemáticas durante a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas. Mesmo diante da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e de iniciativas recentes, como a estratégia Saúde Sem Racismo, persistem fragilidades na incorporação da equidade étnico-racial como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde, limitando a capacidade do Estado de responder de forma efetiva às iniquidades raciais.

A persistência de desigualdades em renda, trabalho, moradia e acesso aos serviços de saúde revela os limites da universalidade formal do SUS quando não acompanhada de medidas estruturantes. A ausência de dados sistematizados sobre raça/cor, a fragilidade do monitoramento das políticas e a reprodução de práticas institucionais que naturalizam a



desigualdade mantêm o racismo como determinante oculto da saúde.

O enfrentamento do racismo estrutural exige mais do que reconhecimento normativo, demandando a incorporação da dimensão racial em todas as etapas do planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde. O reconhecimento formal do racismo, sem a implementação de estratégias estruturantes, limita o alcance das políticas de equidade e impede que desigualdades historicamente produzidas sejam efetivamente enfrentadas. A visibilização do racismo como determinante central constitui condição essencial para a promoção da equidade, o fortalecimento do SUS enquanto política de direitos e a efetiva garantia do direito à saúde da população negra. Ao evidenciar essas lacunas e implicações, o estudo contribui para o aprofundamento do debate crítico e para o fortalecimento de políticas públicas comprometidas com a justiça social e racial no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ARAÚJO, Edna Maria; SILVA, Maria de Lourdes da. Racismo, saúde e curso de vida: contribuições para a saúde coletiva. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, p. 1–9, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Indicadores de mortalidade materna segundo raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:** <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 14 maio 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sem racismo. **Brasília, DF, 2025. Disponível em:** <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo>.

BARRETO, Maurício Lima. **Desigualdades em saúde: uma perspectiva global**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, 2017.

COELHO, R *et al.* Racial inequalities in access to healthcare services in Brazil (2019): a decomposition analysis. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 25, art. 1573, 2025. DOI: 10.1186/s12913-025-13527-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13527-6>.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, set. 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.05732021

DAMIÃO, J. de J *et al.* Reflexões sobre o racismo no cuidado em saúde e o acompanhamento do Programa Bolsa Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2025. DOI:



10.1590/S0104-12902025240148pt.

GEE, Gilbert C.; FORD, Chandra L. **Structural racism and health inequities: old issues, new directions.** *Du Bois Review*, Cambridge, v. 8, n. 1, p. 115–132, 2011.

GOMES, I.; MARLI, M. IBGE mostra as cores da desigualdade. **Revista Retratos**, Rio de Janeiro, 11 maio 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21206-ibge-mostra-as-cores-da-desigualdade>.

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2021. 139 p. ISBN 978-65-87201-76-4.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020.

IBGE. Racismo estrutural: estudo do IBGE revela mais uma vez a brutal desigualdade racial no Brasil. **Agência IBGE Notícias**, Rio de Janeiro, 13 nov. 2020.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira.** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021.

JONES, C. P. **Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale.** *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 8, p. 1212–1215, 2000.

KRIEGER, N. **Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach.** *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 5, p. 936–944, 2012.

LOPES, Fernanda. **Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 124–132, 2012.

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

SILVA, L. B *et al.* Mesmo que a gente seja a mão que cuida”: médicas negras e racismo estrutural no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, mar. 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024293.07622023.

SILVA, L. S *et al.* Racial inequalities in the health establishment access to the treatment of COVID-19 in Brazil in 2020. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, Nova York, v. 12, n. 1, p. 222–233, jan. 2024. DOI: 10.1007/s40615-023-01866-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01866-1>.

SATO, P. de M. *et al.* Mapping the expressions and impacts of racism on health in Brazil: a scoping review. **The Lancet Regional Health – Americas**, Londres, v. 54, art. 101323, 2025. DOI: 10.1016/j.lana.2025.101323. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101323>

SANTOS, A. N. dos *et al.* O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, 2024. DOI: 10.1590/S0103-7331202434025pt.



WANDSCHNEIDER, L *et al.* Racism in public health authorities: a scoping review and situational analysis. **PLOS Global Public Health**, San Francisco, v. 5, n. 11, e0004350, 2025. DOI: 10.1371/journal.pgph.0004350. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004350>

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>.

WILLIAMS, David R.; MOHAMMED, Selina A. **Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research**. *Journal of Behavioral Medicine*, New York, v. 32, n. 1, p. 20–47, 2009.

