

Construindo uma instituição de saúde antirracista: relatos de uma experiência

Building na anti-racist healthcare institution: accounts of na experience

Construire une institution de soins de santé antiraciste: récits d'une expérience

Luís Eduardo Batista¹ , Autor correspondente/ Corresponding author/ Auteur correspondant: lebatista@saude.sp.gov.br, Yuri Santos de Brito² 
Maria Taires dos Santos³ , Karoline Martins Moreira⁴ , Vitoria Cristina dos Santos Vinhas⁵ 

(1) Sociólogo; mestre e doutor em Sociologia pela UNESP-Araraquara. Pesquisador Científico do Instituto Adolfo Lutz - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, Brasil.

(2) Doutor em Sociologia pela Universidade de Brasília. Professor do Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília. E-mail: yuri.brito@unb.br

(3) Graduada em Farmácia. Mestre em Culturas Populares pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), Professora IHAC/UFBPA. Doutoranda ISC/UFBPA. E-mail: prof.mariataires@gmail.com

(4) Historiadora. Mestre em História pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), E-mail: karolinemartinsmoreira@gmail.com

(5) Psicóloga. E-mail: psivitoriavinhas@gmail.com

Resumo

Introdução: Este ensaio relata os esforços do Ministério da Saúde do Brasil no desenvolvimento e implementação de estratégias de inclusão de negros (pretos e pardos), indígenas, pessoas trans e com deficiência na força de trabalho da instituição, bem como a criação de programas e ações que tenham como público-alvo a população negra.

Objetivo: O artigo descreve a implementação da estratégia antirracista implementada pelo Ministério da Saúde do Brasil no Sistema Único de Saúde (SUS) entre janeiro de 2023 a fevereiro de 2025.

Materiais e Métodos: Os autores deste ensaio integraram a equipe da Assessoria para Equidade Racial do Gabinete da Ministra Nísia Trindade Lima e da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, responsável pela coordenação da estratégia antirracista do Ministério da Saúde. O texto utiliza-se de normativas oficiais (decretos, portarias e notas técnicas); cadernos, agendas e anotações de integrantes da equipe.

Resultados: Entre janeiro de 2023 à fevereiro de 2025 a gestão da Ministra da Saúde implementou iniciativas para fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a Rede Alyne para reduzir a mortalidade materna entre mulheres negras e indígenas, e o Programa Nacional de Apoio à Permanência de estudantes de saúde de grupos vulneráveis. Apesar de ser um breve período, a experiência resultou em avanços significativos na institucionalização do antirracismo na saúde pública.

Conclusões: Os autores concluem que o enfrentamento ao racismo deve ser uma prioridade na saúde, exigindo mudanças estruturais e um comprometimento contínuo. A agenda antirracista precisa ser integrada

às políticas de saúde de forma orgânica, garantindo que os direitos de todas as populações sejam respeitados e atendidos, evitando que recursos públicos atuem na perpetuação das iniquidades. São destacadas no texto, as lições aprendidas e as recomendações para orientar instituições que têm como imperativo moral, ético e político o enfrentamento à violência estrutural, à iniquidade étnico-racial e o antirracismo.

Palavras-chave: Racismo; ações afirmativas; políticas públicas; gestão em saúde; avaliação em saúde.

Abstract

Introduction: This essay reports on the efforts of the Brazilian Ministry of Health in developing and implementing strategies for the inclusion of black (black and mixed-race), indigenous, transgender, and disabled people in the institution's workforce, as well as the creation of programs and actions targeting the black population.

Objective: The article describes the implementation of the anti-racist strategy implemented by the Brazilian Ministry of Health in the Unified Health System (SUS) between January 2023 and February 2025.

Materials and Methods: The authors of this essay were part of the team of the Advisory Office for Racial Equity of the Cabinet of Minister Nísia Trindade Lima and the Executive Secretariat of the Ministry of Health, responsible for coordinating the Ministry of Health's anti-racist strategy. The text uses official regulations (decrees, ordinances, and technical notes); notebooks, agendas, and notes from team members.

Results: Between January 2023 and February 2025, the

administration of the Minister of Health implemented initiatives to strengthen the National Policy for Comprehensive Health of the black Population (PNSIPN), the Alyne Network to reduce maternal mortality among black and indigenous women, and the National Program to Support the Retention of Health Students from Vulnerable Groups. Despite being a brief period, the experience resulted in significant advances in the institutionalization of anti-racism in public health.

Conclusions: The authors conclude that confronting racism should be a priority in health, requiring structural changes and continuous commitment. The anti-racist agenda needs to be organically integrated into health policies, ensuring that the rights of all populations are respected and met, preventing public resources from perpetuating inequities. The text highlights lessons learned and recommendations to guide institutions that have as a moral, ethical, and political imperative the confrontation of structural violence, ethnic-racial inequity, and anti-racism.

Keywords: Racism; Affirmative action; public policies; health management; health evaluation.

Résumé

Introduction: Cet essai rend compte des efforts déployés par le ministère brésilien de la Santé pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies d'inclusion des personnes noires (noires et métisses), autochtones, transgenres et handicapées au sein de son personnel, ainsi que de la création de programmes et d'actions ciblant la population noire.

Objectif: Cet article décrit la mise en œuvre de la stratégie antiraciste du ministère brésilien de la Santé au sein du Système unifié de santé (SUS) entre janvier 2023 et février 2025.

Matériel et méthodes: Les auteurs de cet essai faisaient partie de l'équipe du Bureau consultatif pour l'équité raciale du Cabinet de la ministre Nísia Trindade Lima et du Secrétariat exécutif du ministère de la Santé, chargée de la coordination de la stratégie antiraciste du ministère. Le texte s'appuie sur des documents officiels (décrets, ordonnances et notes techniques), des carnets de notes, des ordres du jour et des notes des membres de l'équipe.

Résultats: Entre janvier 2023 et février 2025, le ministère de la Santé a mis en œuvre des initiatives visant à renforcer la Politique nationale de santé globale de la

population noire (PNSIPN), le Réseau Alyne pour réduire la mortalité maternelle chez les femmes noires et autochtones, et le Programme national de soutien au maintien en poste des étudiants en santé issus de groupes vulnérables. Malgré sa brièveté, cette expérience a permis des avancées significatives dans l'institutionnalisation de la lutte contre le racisme en santé publique.

Conclusions: Les auteurs concluent que la lutte contre le racisme doit être une priorité en santé, exigeant des changements structurels et un engagement continu. Il est essentiel d'intégrer pleinement la lutte contre le racisme aux politiques de santé, en veillant au respect des droits de toutes les populations et en évitant que les ressources publiques ne perpétuent les inégalités. Le texte met en lumière les leçons tirées et formule des recommandations à l'intention des institutions qui ont l'impératif moral, éthique et politique de lutter contre la violence structurelle, les inégalités ethniques et raciales et de promouvoir l'antiracisme.

Mots-clés: Racisme; discrimination positive; politiques publiques; gestion de la santé; évaluation de la santé.

1. Introdução

A violência é um fenômeno multifacetado que abrange ampla gama de comportamentos, de agressões físicas, psicológicas e simbólicas até formas mais sutis de violência estrutural, que podem se manifestar em discriminações sistemáticas e institucionais que marginalizam grupos populacionais específicos. O racismo é um fenômeno insidioso que se manifesta como violência em diversas esferas da sociedade, incluindo a economia, a educação, a cultura e a saúde [1].

Segundo Werneck [2], como fenômeno histórico e complexo, ele pode suscitar a formação de atitudes discriminatórias e racistas, que se apresentam desde a constituição interna das subjetividades, passando pelas relações interpessoais e funcionamento das instituições. O racismo institucional ocorre quando estas últimas, públicas ou privadas, praticam discriminação racial em suas políticas, práticas ou cultura, podendo até legitimar desigualdades sociais intergeracionais e perpetuando comportamentos discriminatórios em variadas dimensões. Nesse contexto, contribui para a perpetuação de um ciclo cumulativo de vantagens/desvantagens

competitivas [3, 4].

O racismo nas instituições normaliza comportamentos que parecem rotineiros, mas que na realidade são discriminatórios e reforçam desigualdades sociais historicamente estabelecidas, contando, muitas vezes, com a participação ativa da burocracia que opera a instituição [5]. Para Werneck [2], no campo da saúde o racismo institucionalizado resulta em baixa diversidade dos recursos humanos, indisponibilidade ou acesso reduzido de negras e negros a políticas de qualidade e à informação, menor participação dessas pessoas nas equipes de saúde e escassez de recursos para atender suas demandas, perpetuando um ciclo de exclusão e opressão. Os estudos sobre impacto do racismo na saúde evidenciam:

- Discriminação cotidiana – 57% da população preta relatam receber um pior atendimento no sistema de saúde; 51,2% indicam tratamento com menos gentileza; e 49,5% dizem não ser tratadas com respeito (Experiência de discriminação cotidiana pela população brasileira) [6].
- Gestação e nascimento – Maior risco de mortalidade materna entre mulheres negras (62,16 por 100 mil nascidos vivos); maior incidência de sífilis gestacional (32,8 por mil nascidos vivos); e maior exposição à violência obstétrica (66% das vítimas são mulheres negras) [7].
- Infância e adolescência – O risco de morte por desnutrição é 90% maior entre crianças pretas e pardas do que entre brancas, enquanto crianças e adolescentes negros são 83% das vítimas por causas violentas. Esse panorama demonstra que a desigualdade racial implica maior chance de crianças negras serem vítimas de violência letal desde que nascem [8].
- Juventude – Entre adolescentes do sexo masculinos o risco relativo de ser assassinado no Brasil é 4,4 vezes superior ao de adolescente branco. Já no sexo feminino, a taxa de mortalidade de crianças e adolescentes negras é de 2,0 por 100 mil, mais que o dobro da taxa verificada entre meninas brancas na mesma faixa etária (0,9 por 100 mil) [8].
- Adultos – Menor acesso de adultos negros a rastreamento de cânceres (colo do útero, mama e próstata); atraso diagnóstico; invisibilização da sobrecarga mental e da dor crônica; racismo institucional como barreira ao cuidado; e 64% das mortes por tuberculose [9].
- Idosos – Negras e negros apresentam maior prevalência de comorbidades não tratadas maior de-

sassistência e menor acesso aos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa [10].

- Quilombolas – Dados recentes evidenciam que a população quilombola tem altas taxas de mortalidade por causas mal definidas, ou seja, não conseguem sequer um diagnóstico, enquanto nas causas diagnosticadas foi verificada mortalidade por doenças como tuberculose (3 por 100 mil) na região Norte; HIV/aids (22 por 100 mil) e diarreia (5 por 100 mil) na Sul; e desnutrição (3 por 100 mil) na Nordeste [11].

Para dar respostas às iniquidades, em novembro de 2006 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), reconhecendo as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte. O CNS também reconheceu a necessidade de implementar políticas que combatessem tais iniquidades. Entretanto, a PNSIPN só seria pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008, e o Ministério da Saúde apenas a publicaria em maio de 2009 [12].

Essa política tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra. Seu objetivo geral é promover a saúde integral de pessoas pretas e pardas, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde.

Embora o Censo 2022 tenha demonstrado que a população negra é a maioria dos brasileiros (pretos e pardos representam 56,7% do total), esse grupo ocupa as margens da sociedade e das esferas e instâncias de poder. Dos 27 estados brasileiros, 23 possuem ações da PNSIPN nos seus Planos Estaduais de Saúde, e, a despeito de estar presente em todos os municípios do país, apenas 467 dos 5.569 possuem programas e ações voltados para a saúde de negros e negras. Além disso, apenas 371 possuem uma área técnica ou responsável técnico para coordenar as ações de enfrentamento ao racismo na saúde¹.

Faustino [13], Batista, Monteiro e Medeiros [14], Batista e Barros [15] e Batista *et. al.* [16], desenvolveram estudos que evidenciam as diferentes estratégias utilizadas pelas secretarias estaduais, municipais e o Ministério da Saúde para implementar a PNSIPN. Nessa perspectiva, cabe salientar que a Constituição de 1988 estabelece que é responsabilidade dos entes federativos

¹ Ver nesse sentido: <https://novasage.saude.gov.br/politicas-programas-projetos-estrategias-e-aco-es/novo-saude-da-populacao-negra?tab=689a23b028fcb500017d5bd2>

garantir a assistência à saúde da população, atendendo a todos as pessoas em território nacional, de acordo com suas especificidades e necessidades. Para cumprir essa função, estados, municípios e União podem gerir, manter e prestar serviços de saúde de forma direta ou indireta, incluindo a participação complementar da iniciativa privada [17].

Além de serviços de saúde próprios da administração direta nos três níveis de gestão, o poder público delega ou transfere a titularidade ou a execução de serviços do SUS para a administração indireta, que pode ter diferentes personalidades jurídicas. Entre elas, autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista. Para o mesmo fim de prestar assistência em saúde, o gestor público pode optar pela administração privada complementar, por meio de contratos ou convênios com organizações sociais (OS), associações civis sem fins lucrativos, fundações privadas ou empresas privadas [18]. Segundo Batista, Monteiro e Medeiros [14], falta na produção científica sobre gestão do sistema de saúde estudos que discutam a forma de organização da atenção à população negra, no que diz respeito às características, ao funcionamento e à eficácia dos arranjos e modelos concretamente em curso no interior do SUS. O presidente Luiz Inácio Lula da Silva reassumiu a Presidência da República em 2023, num contexto pós-pandemia de covid-19, no qual o Sistema Único de Saúde esteve no centro do debate público e da disputa política acerca do balanço do governo anterior, de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022). Desde o início de seu terceiro mandato, o presidente Lula vem apontando a necessidade de lutar contra todas as formas de violência e desigualdades sociais, assumindo o compromisso de enfrentamento ao racismo. Para sinalizar esse compromisso, criou os ministérios dos Povos Indígenas e da Igualdade Racial, propondo, durante a 78ª Assembleia da Nações Unidas (ONU), realizada em setembro de 2023, a inclusão da igualdade étnico-racial como 18º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS-18) da Agenda 2030 (Galvão *et. al*, 2025) [19].

No Ministério da Saúde, a ministra Dra. Nísia Trindade Lima, primeira mulher a ocupar o cargo em 70 anos de história da instituição, estabeleceu uma agenda de recomposição do aparato institucional especialmente voltada a incorporar o enfrentamento ao racismo em suas políticas, ações e programas. Nesse sentido, as iniciativas voltadas à saúde da população negra e indígena, dentre outras que visam à promoção da equidade, foram consideradas instrumentos estratégicos de uma intervenção estatal antirracista [20].

Este ensaio descreve as ações realizadas pelo Ministério da Saúde, entre janeiro de 2023 e fevereiro de 2025, para o desenvolvimento e implementação de uma estratégia antirracista para a saúde, dando sequência a investidas anteriores para a institucionalização das políticas de saúde para grupos raciais ou etnicamente discriminados no Brasil. Para tanto, discute os sucessos e desafios, e fornece recomendações para construção de uma instituição pública efetivamente antirracista.

2. Materiais e Métodos

Os autores deste ensaio integraram a equipe da Assessoria para Equidade Racial do Gabinete da Ministra e da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, responsável pela coordenação da estratégia antirracista do Ministério da Saúde. Este texto utiliza-se de normativas oficiais (decretos, portarias e notas técnicas); cadernos, agendas e anotações dos integrantes da equipe de Assessoria para Equidade Racial do Gabinete da Ministra e da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, no período 2023-2025, com vistas a descrever a racionalidade das ações, os insumos necessários à sua consecução e os efeitos almejados [21, 22].

No período analisado a estrutura do Ministério da Saúde era composta pelo Gabinete da Ministra (GM) e pelas secretarias Executiva (SE), de Atenção Primária à Saúde (SAPS), de Atenção Especializada à Saúde (SAES), de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), de Saúde Indígena (SESAI), de Ciência, Tecnologia e Inovação do Complexo Econômico Industrial da Saúde (SECTICS), de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), além de órgãos colegiados, entidades vinculadas, unidades descentralizadas e órgãos de assistência direta e imediata à ministra, como a Assessoria para Equidade Racial em Saúde.

O estudo de caso visou à descrição sumária da implementação de ações de enfrentamento ao racismo realizadas pelo Ministério da Saúde, os principais desafios encontrados ao longo do processo, as soluções propostas, os sucessos e as lacunas percebidas.

3. Resultados e Discussão

3.1 Sucessos e desafios do passado

O processo constituinte, nomeadamente Assembleia Nacional Constituinte (ANC) [23], realizada entre 1987 e 1988, representou o ponto de origem de lutas que articulavam direito à saúde e justiça social como

dimensões indissociáveis de uma saúde para todas e todos, posteriormente regulamentada em leis e políticas públicas [24].

Nesse contexto, o país avançou na formulação do Sistema Único de Saúde e na criação de políticas voltadas para a justiça social, denominadas “políticas de promoção da equidade”. Dentre elas destacam-se: a já mencionada Política Nacional de Saúde Integral da População Negra [12] e também as políticas nacionais para a População em Situação de Rua [25]; de Saúde Integral LGBT [26]; e da População do Campo, Floresta e Águas [27] de Saúde da População Cigana [28]. A linha do tempo dessas políticas evidencia períodos que se destacam por:

- a) 2006-2009 – Processo de elaboração da PNSIPN e discussões internas ao Comitê Técnico de Saúde da População Negra, no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite (CTI), na perspectiva de pactuação da política;
- b) 2009-2015 – Fase de sensibilização social, marcada por reuniões, seminários e conferências de saúde;
- c) 2015-2016 – Esforços concentrados na implementação, com pactuação de planos operativos na CIT, e tentativas de estruturar coordenações municipais e estaduais; e
- d) 2016-2022 – Contingenciamento de recursos e reconfiguração institucional, com as coordenações de equidade sendo incorporadas à Atenção Primária à Saúde (APS).

Como se pode perceber por essa breve linha do tempo, as políticas de promoção da equidade vinham num processo de construção, que redundou, nessa última etapa, no apagamento de várias políticas, como a desestruturação da saúde indígena durante a pandemia de covid-19 e o enfraquecimento das iniciativas em prol da saúde das populações negra, cigana, do campo, da floresta e das águas [29].

Segundo o “Relatório de Transição Governamental: Brasil do Futuro” [30].

O grave quadro sanitário brasileiro decorre de um conjunto de retrocessos institucionais, orçamentários e normativos que levaram ao desmonte das políticas de saúde e que afetaram o funcionamento de diversas áreas do SUS. A degradação da autoridade sanitária nacional e do papel de coordenação e articulação do Ministério da Saúde (MS) foram fatores chave na desestruturação de políticas e programas até então bem-sucedidos, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), Mais Médicos, Farmácia Popular, IST-Aids e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Também foram

seriamente afetados os serviços que compõem as redes assistenciais do SUS: Atenção Básica, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Urgência, Pessoa com Deficiência, entre outros.

Do ponto de vista da configuração institucional, o maior exemplo do rebaixamento ao qual foi submetido o acúmulo das políticas de equidade em saúde está representado na extinção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, que tinha entre suas atribuições “contribuir para a equidade, apoiando e articulando grupos sociais que demandam políticas específicas de saúde” [31], bem como na fragmentação das suas atribuições entre as secretarias ministeriais, com relativa centralidade da agenda de equidade em saúde para uma coordenação de área da Secretaria de Atenção Primária à Saúde [32]. Discutiremos, mais adiante, as implicações institucionais dessas opções.

3.2 Um apelo à ação

Fase 1: Formando uma Coalizão Institucional

A Ministra da Saúde, Dra. Nísia Trindade Lima estabeleceu uma agenda de recomposição do aparato institucional especialmente voltada a incorporar o enfrentamento ao racismo nas ações do Ministério da Saúde. No que diz respeito à agenda antirracista, ela atribuiu funções específicas no Gabinete da Ministra, criando uma Assessoria Especial em Saúde nos Territórios e Periferias e uma Assessoria para Equidade Racial em Saúde. Seguindo a mesma orientação, o Gabinete da Secretaria-Executiva também criou essa atribuição específica na sua equipe. Coube a ambas as instâncias transversalizar a temática étnico-racial em todas as políticas, ações e programas do Ministério da Saúde.

O diagnóstico, compartilhado entre as organizações antirracistas-liderados por Criola! Organização de Mulheres Negras- e a nova gestão no processo de transição era justamente de que a atribuição dessa competência a uma área técnica específica do ministério privava essa agenda de uma dimensão vertical, sem a qual a transversalidade tem dificuldade de ser operacionalizada. Também havia uma percepção de que o tratamento dessa agenda como de gestão participativa limitava seus efeitos institucionais, dando maior foco à articulação com a sociedade civil do que com a incidência e a coordenação interna das políticas públicas de saúde, para que estas de fato incorporassem a variável raça/cor na sua concepção e execução. Assim, avaliamos que houve ganhos e perdas com o desenho institucional proposto,

que serão discutidos mais adiante.

Para além de atribuir essas funções dentro do núcleo decisório central do Ministério da Saúde, A Ministra Nísia Trindade Lima, em suas primeiras falas públicas, anunciou o enfrentamento ao racismo como uma das “questões mais urgentes de nosso tempo”. Ao assim proceder, a ministra definiu que um dos focos de sua gestão seria o combate às iniquidades étnico-raciais na saúde. Vejamos como isso aconteceu entre janeiro de 2023 a fevereiro de 2025.

A fase inicial de atividades destinadas ao cumprimento dessa missão foi relativamente complexa, por se tratar de um período de reconstrução institucional do próprio ministério, e deste como gestor do Sistema Único de Saúde. Parte do corpo técnico do Ministério resistia a inclusão da pauta racial nos instrumentos de gestão. Essa necessidade de reelaboração dos princípios básicos da gestão contribuiu para que as ações ocorressem de forma fragmentada em múltiplos níveis, o que resultou em riscos de ineficiência, desperdício de recursos humanos e de tempo, além do esgotamento profissional. Porém, diante do conjunto de demandas apresentadas a respeito da temática, em alguns meses, a partir do exercício da verticalidade proporcionada pela presença dessa agenda nos gabinetes da ministra e do secretário-executivo, as secretarias começaram a incorporar o entendimento de que enfrentar o racismo era uma das prioridades da gestão da Ministra Nísia Trindade Lima. Assim, a partir de importantes contribuições de agentes que já tinham atuação destacada nesse campo, ambos começaram a ordenar suas instâncias, atribuindo função específica para diretorias, coordenações e áreas técnicas acompanharem a agenda antirracista. Com isso, desde a coordenação da Secretaria Executiva, as atividades passaram a ser mais coordenadas.

Essa primeira fase também envolveu a inserção das estratégias de enfrentamento ao racismo nos marcos legais do planejamento e da gestão pública em saúde por meio da transversalização da temática étnico-racial no Plano Plurianual do Governo Federal – PPA 2024-2027, bem como no Plano Nacional de Saúde – PNS 2024-2027). No âmbito da Lei Orçamentária Anual (LOA) foram empregadas novas disposição e classificação orçamentária para saúde da população negra, a saber: Programa de Trabalho 10.122.5121.20YQ.0001 e Natureza da Despesa 339039. Desse modo, foi possível prever ação orçamentária para atender à PNSIPN e às estratégias de enfrentamento ao racismo.

Ainda em 2023 foi estabelecido um processo interno de

trabalho no Ministério da Saúde por meio do qual cada secretaria fez uma extensa avaliação das ações, em curso ou em potencial, que estavam em linha com os objetivos antirracistas do órgão. Em 5 de dezembro daquele ano, a partir desse trabalho, foi publicada a Portaria da Estratégia Antirracista para a Saúde (nº 2.198) [20], que determinou a formulação de um plano de ação enquanto instrumento de implementação de políticas de equidade para o órgão. Nesse escopo, o primeiro plano foi sistematizado em agosto de 2024, em uma oficina que reuniu representações de todas as secretarias do Ministério da Saúde. Como resultado foi criado um documento contendo os objetivos e produtos a serem desenvolvidos até fevereiro de 2025.

A elaboração do segundo Plano de Ação da Estratégia Antirracista para a Saúde (2025-2026) reuniu não somente todas as secretarias do órgão, mas também hospitais federais do Rio de Janeiro e os institutos vinculados à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Construído colaborativamente, a partir da avaliação dos sucessos e desafios da implementação do primeiro plano de ação, ele alinhou diretrizes e assegurou que múltiplas vozes e experiências fossem incorporadas à formulação das ações. Sua aprovação representou um passo decisivo para transformar em prática as propostas da estratégia antirracista².

Fase 2: Criando uma visão e uma estratégia para a mudança

Num segundo momento, a Estratégia Antirracista para a Saúde concentrou esforços em frentes de trabalho – a implementação do Programa de Ações Afirmativas; e o monitoramento e a avaliação de políticas públicas, incluídos os programas interministeriais.

O Programa de Ações Afirmativas, instituído pela Portaria GM/MS nº 5.801/2024 [33], tem como objetivo promover oportunidades de trabalho e formação para pessoas negras, indígenas, quilombolas, trans e com deficiência no âmbito das iniciativas geridas ou apoiadas pelo Ministério da Saúde. O programa tornou obrigatórias as medidas específicas às descritas na portaria: ampliar a diversidade étnico-racial e de gênero na composição das iniciativas das quais o ministério seja autor ou partícipe; induzir a equidade étnico-racial e de gênero no âmbito da produção científica apoiada pelo órgão, bem como apoiar a sua propagação nas parcerias e cooperações ministeriais; produzir, monitorar e avaliar dados de maneira a promover a transparência ativa no cumprimento dos dispositivos legais que disciplinam

² <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/estrategia-antirracista-para-a-saude-plano-de-acao-2025.pdf>

ações afirmativas; desenvolver ações de acolhimento e escuta da diversidade étnico-racial e de gênero promovidas pelos setores de gestão de pessoas; e adotar de medidas complementares que visem a consolidar os efeitos das ações afirmativas em todo o ciclo de gestão das iniciativas e parcerias do ministério.

Na prática, o programa criou a obrigatoriedade de que, em iniciativas e parcerias do Ministério da Saúde – por exemplo, nos Termos de Execução Descentralizada – sejam reservadas para pessoas negras 30% das vagas de trabalho, bolsas de pesquisa e vagas em cursos; 10% para pessoas com deficiência; e 5% para quilombolas, indígenas e trans. Significa dizer que 55% de todas as vagas criadas devem ser reservadas para ações afirmativas. Além disso, prevê o mesmo mecanismo para editais próprios lançados pelo Ministério da Saúde, sem participação de outras entidades, e também regimes e orientações específicas para os processos de contratação de estagiários, licitações e financiamento de pesquisas, por meio de programas próprios do órgão.

Como sabemos, a divulgação dos resultados das políticas afirmativas é um aspecto crucial para sua validação, uma vez que o sucesso delas tende a minorar os efeitos dos argumentos passionais, anticientíficos e, por vezes, abertamente negacionistas, comuns aos críticos contumazes das políticas de ações afirmativas, como os deputados Kim Kataguiri (União Brasil-SP)³ e Hélio Lopes (PL-RJ)⁴ que, respectivamente, tentaram judicializar o programa e questioná-lo no âmbito do legislativo.

A esse despeito, a ação já apresenta resultados visíveis. Sem pretender fazer uma avaliação de fôlego, que não caberia neste espaço, pelo menos um exemplo demonstra a necessidade de uma investigação sistemática a respeito desses resultados. No âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), podemos citar um edital para concessão de bolsas de ajuda de custos para residentes em serviços de saúde, no valor de 4.200 reais, de um estágio eletivo de um mês. O edital reservava 6 vagas para pessoas negras, 4 para pessoas indígenas, 4 para pessoas quilombolas, 4 para pessoas com deficiência e 4 para pessoas trans, em cada uma das 9 ofertas mensais de estágio, totalizando 198 vagas reservadas, das quais 97 foram ocupadas⁵. Considerando que o edital assegurava aos candidatos às vagas afirmativas também concorrem às de ampla concorrência, podemos afirmar que em apenas um edital 407 mil reais em bolsas de estágio de nível de pós-graduação que não seriam des-

tinados a pessoas negras, quilombolas, indígenas, com deficiência e trans foram remanejados para este perfil, por meio do Programa de Ações Afirmativas. A iniciativa denota uma oportunidade de quantificar qual montante do recurso financeiro, objetivamente, está sendo realocado em ações voltadas para equidade de raça, etnia, deficiência e gênero, demonstrando a urgência de investigação sistemática sobre o tema.

No âmbito da articulação, do monitoramento e da avaliação de políticas públicas, a execução da estratégia antirracista estava centrada na produção de incidência interna, coordenação institucional e centralização de decisões estratégicas relacionadas aos temas elencados na portaria que a institui. Isso significou, na prática, um trabalho junto às áreas técnicas e aos decisores de segundo escalão de sensibilização para iniciativas focadas na qualificação de dados em saúde, em especial o preenchimento dos campos raça/cor/etnia e integração de dados do CADSUS, CadÚnico e IBGE; revisão da Política Nacional das Pessoas com Doença Falciforme; instalação de comitês de equidade nas Redes de Atenção Psicossocial e acompanhamento da instalação de novos CAPS em territórios quilombolas, indígenas e ribeirinhos, bem como inclusão da temática étnico-racial na saúde mental; implementação dos projetos do Programa Nacional de Apoio à Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde (Portaria nº 5.803, de 28 de novembro de 2024) [34] acompanhamento do PET-Saúde Equidade; elaboração, aprovação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola; e acompanhamento e apoio à implantação da Rede Alyne, considerando o aspecto étnico-racial na sua concepção e execução. Sem a pretensão de cobrir todas as ações e todos os aspectos metodológicos da estratégia antirracista, podemos apontar que ela sistematizou um conjunto de desafios específicos de cada um dos órgãos de administração direta e indireta do Ministério da Saúde, ilustrativamente indicados em três exemplos.

A Portaria GM/MS nº 344/2017 [35] tornou obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor (seguindo o padrão do IBGE) em todos os sistemas de informação [35], enquanto a Portaria MS nº 2.198/2023 [20] determinou a retirada do campo “ignorado”. Ainda assim, levantamento não exaustivo feito pelo próprio Ministério da Saúde, em 2024, denominada “*Análise sobre o estado atual dos sistemas de informação do Ministério que lidam com dados de cidadãos ou trabalhadores vinculados ao SUS no*

³ Disponível em <https://oglobo.globo.com/blogs/lauro-jardim/post/2025/08/deputados-do-mbl-acionam-pgr-contranorma-de-cotas-do-ministerio-da-saude.ghtml>

⁴ Disponível em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2990555&filename=REQ%20119/2025%20CDHMIR

⁵ Disponível em <https://hospitais.proadi-sus.org.br/editais/editalestagiariosresidentes>

que concerne à presença do campo raça/cor, da qualidade do seu preenchimento e da conformidade com as normas técnicas e jurídicas vigentes sobre o assunto” revelou falhas graves: 5 sistemas não possuíam o campo raça/cor/etnia; em 7, o preenchimento era opcional; 17 ainda continham a opção “ignorado”; e 19 exibiam as categorias de forma incompleta ou fora do padrão [36]. Entendemos que essa ausência sistemática não é uma falha técnica, mas uma *recusa institucionalizada em nomear o racismo*, um pacto narcísico da branquitude de silenciamento que preserva a branquitude, como nos ensina [37, 38].

No âmbito da educação em saúde, o Programa Nacional de Apoio à Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde (AfirmaSUS) se propõe a promover a permanência de alunos negros, indígenas, quilombolas, ciganos, pessoas trans e com deficiência, migrantes e refugiados nas universidades públicas, por meio da oferta de bolsas de estudo. Essa estratégia visa a apoiar a permanência dessas e desses estudantes até a conclusão de seus cursos na área da saúde, ao mesmo tempo em que busca fomentar a diversidade no ensino, na pesquisa, na extensão e na cultura. Em 2025 foi lançado o primeiro edital com essa perspectiva, no qual se cadastraram 205 universidades, tendo sido aprovados 124 projetos de instituições públicas, sendo 25% deles na Amazônia Legal, com um investimento inicial de 12 milhões de reais.

A estratégia antirracista propiciou apoio aos proponentes do programa no processo de viabilizar política e financeiramente o estabelecimento de alianças internas e também com os ministérios da Educação, da Igualdade Racial e dos Povos Indígenas, contribuindo para que essa iniciativa se tornasse não apenas viável, mas também triunfante. Com o apoio do programa, espera-se reduzir a evasão escolar de os alunos vulnerabilizados, qualificar o cuidado em saúde para atender a populações diversas e transformar a formação de profissionais para que o SUS seja mais inclusivo.

Já o Programa Rede Alyne, instituído pela Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, propõe um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança no Sistema Único de Saúde. Atualização da Rede Cegonha, o programa propõe reduzir em 50% a mortalidade de mulheres negras e indígenas até dezembro de 2027. Para atingir esses objetivos, a Rede Alyne prevê a reestruturação dos serviços de urgência e emergência e maior incentivo ao aleitamento materno, além de mais investimentos em pré-natal, leitos Canguru e modelo de financiamento por nascido vivo. A construção de 30 Casas de Parto e de 30 novas maternidades

também compõe a proposta do programa. A estratégia antirracista foi fundamental para a inclusão de meta específica para a redução da mortalidade materna por grupo étnico-racial, impulsionando, ainda, a parceria do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para discutir com as gestões estaduais temas como determinação social da saúde, diferenciais étnico-raciais na atenção ao pré-natal e parto, na morbimortalidade e *near miss* na qualificação da informação.

No que diz respeito à Política de Saúde Integral da População Quilombola – um compromisso da ministra Nísia com a luta dos remanescentes de quilombolas, protagonizada pela Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq) –, o processo de construção se iniciou com a análise de materiais já existentes e disponibilizados por essa entidade, além de dados do Censo de 2022, da ampla discussão técnica e política com todas as secretarias dos ministérios da Saúde e da Igualdade Racial, sempre presente nas discussões. Importante destacar que o processo de elaboração dessa política contou com o entendimento da saúde como um conceito amplo, que reconhece a resistência ancestral e comunitária na manutenção da vida quilombola, visando a garantir o acesso integral à saúde dessa população.

Para o acompanhamento do processo de formulação e, posteriormente, a execução e monitoramento da PNASQ, foi criado o Grupo de Trabalho de Saúde Quilombola Graça Epifânio (GTESQ/MS), que conta com a participação de representantes da sociedade civil e de técnicos dos ministérios da Saúde e da Igualdade Racial. A política passou por consulta pública, durante 45 dias, no portal Participe Mais Brasil, recebendo mais de 300 contribuições. Como resultados, destacamos a inserção da atenção psicossocial e saúde mental na política, um eixo transversal de promoção da saúde e qualidade de vida, e a inclusão de ações e metas para segurança alimentar e nutricional e doença falciforme e albinismo.

De 15 a 17 de agosto de 2025 foi realizado o 1º Seminário de Saúde Quilombola, em Alcântara (MA), no *campus* do Instituto Federal do Maranhão (IFMA), que reuniu sete coletivos temáticos e promoveu cinco mesas redondas e dois painéis temáticos, com representantes quilombolas de todo o país, além de pesquisadores, gestores e profissionais da saúde. Durante o seminário também foi realizada a Feira de Saúde, que ofertou mais de 140 procedimentos, dentre eles a testagem para HIV, consultas e retinografia por tele-saúde, bem como va-

cinação. Também foi promovida a Gira Cultural, que mobilizou cerca de 400 pessoas, sendo mais de 70 artistas da cultura quilombola local. Como resultado do seminário, no último dia foi apresentada e pactuada a “Carta de Alcântara em defesa da PNASQ/SUS”, com assinatura de mais de 60 movimentos sociais nacionais e internacionais e representantes da sociedade civil.

Quando da escrita deste ensaio, a PNASQ estava em processo de pactuação na Comissão Intergestora Tripartite, não havendo previsão de quando seria pactuada, em que pese sua urgência. Porém, durante todo o processo de construção e elaboração da política, concomitantemente foi elaborado o Plano Operativo AquilombaSUS: Mais Saúde nos Quilombos (2025-2030), que visa a orientar políticas e ações voltadas a população quilombolas já existentes no Ministério da Saúde, igualmente orientado pela estratégia antirracista (2023). Dentre as ações do AquilombaSUS, destacamos: 35 novos CAPS em território quilombola; 300 novos médicos, do Programa Mais Médicos, em municípios com que abrigam territórios quilombolas; 25 educadores e 500 educandos remanescentes de quilombolas no Programa AgPopSUS; repasse de cerca de 240 milhões de reais para investimentos em saúde bucal em cidades com populações quilombolas; instalação de antenas de conectividade pelo Novo PAC; ampliação de telessaúde em 120 UBS que atuam em quilombos; trilha formativa em saúde quilombola “Profi-Quilombo” para trabalhadores e gestores do SUS; mais de 50 milhões de reais para o Projeto Veracis (PROADI-SUS), com vistas ao enfrentamento do racismo ambiental em quilombos de todos os biomas brasileiros; lançamento de dados específicos sobre saúde quilombola no portal da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) pelo Ministério da Saúde; e por último, no mês de novembro de 2025, pactuação na CIT do novo incentivo para custeio mensal das equipes de saúde da família que atuam em quilombos de todo Brasil. Esse incentivo prevê aproximadamente 1.252 municípios elegíveis para solicitar o cofinanciamento federal, alcançando cerca de 1,3 milhão de remanescentes de quilombolas. O adicional de custeio abarca unidades de apoio, meio de transporte e profissionais acrescidos à composição mínima das eSF.

Fortalecimento das diretrizes da PNSIPN – Projeto Estratégia de Enfrentamento ao Racismo na Saúde

A criação de grupos de trabalho para atuar junto a gestores estaduais e municipais (gestão tripartite) e aos movimentos sociais também se constitui ação estratégi-

ca para a implementação do projeto de fortalecimento da PNSIPN. Nesse sentido, o Ministério da Saúde delegou à Fiocruz, por meio do Termo de Execução Descentralizada nº 166/2023, a responsabilidade de operacionalizar cinco eixos de trabalho: 1) apoio estratégico para a implementação e fortalecimento dessa política, com participantes das cinco regiões do país, junto a gestores subnacionais, sobretudo nos planos municipais e estaduais de saúde; 2) avaliação e monitoramento da PNSIPN, para identificar como estava se dando o processo de sua implementação, e elaboração de um observatório para apoiar a sociedade civil, gestora/es, pesquisadoras/es e ativistas; 3) articulação institucional e interinstitucional (outros ministérios, Organização Pan-Americana de Saúde – Opa, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e Conselho Nacional de Secretários da Saúde-Conass) para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento ao racismo; 4) formação e educação em saúde, identificando se e como a temática étnico-racial está inserida nos processos de formação inicial e continuada dos profissionais de saúde; e 5) ampliação da visibilidade da PNSIPN por meio de estratégias para que comunicadores populares e institucionais incluam a temática racial em suas ações.

Embora a experiência aqui descrita tenha ocorrido num curto espaço de tempo, de janeiro de 2023 a fevereiro de 2025, esse processo possibilitou o desenvolvimento de um sistema de preparação inovador que permite enfrentar o racismo na saúde.

Considerações finais

Para se opor ao racismo é necessário reconhecer que ele estrutura a nossa sociedade e está presente em nossas instituições. Implica dizer que examinar suas dinâmicas e, em seguida, organizar e planejar intervenções por meio de políticas ações e programas visando assegurar direitos e promover equidade se configura como um caminho assertivo.

A alteração nas estruturas institucionais, a inclusão da pauta nos planejamentos e a criação de instâncias formais, como foi a experiência das Assessorias para Equidade Racial em Saúde, ligadas ao Gabinete da Ministra e dos Secretários do Ministério da Saúde, também catalisou a mobilização para a criação de políticas, programas e ações para promover a equidade étnico-racial em saúde.

A consequente defesa da alta gestão e a intensificação do compromisso institucional com a mudança antirra-

cista alinharam-se aos esforços de um grande grupo de profissionais que já trabalhavam em iniciativas de perspectiva antirracistas. Quando a equidade étnico-racial é integrada à estrutura operacional e à cadeia de comando de um ministério, sem ficar relegada ao espaço de temática específica a ser tratada apenas em nível técnico, ela aprimora a política universal. E para isso, além de uma forte indução da linha de comando da instituição para efetuar mudanças na estrutura burocrática, é preciso criar diversas estratégias de gestão focadas no antirracismo.

Neste texto demonstramos que as principais insuficiências do modelo anterior à estratégia antirracista ora descrita estavam, por um lado, na precária institucionalização do processo de atenção à saúde das populações racializadas, uma vez que havia normativas atribuindo essas funções às assessorias, mas que não estavam formalmente inscritas na estrutura regimental do ministério. Por outro lado, o enraizamento dessa perspectiva combinada de transversalidade e verticalidade nas concepções em circulação no debate público e na sociedade civil é também uma condição necessária, o que não se confirmou ao longo dessa experiência.

Mas fica a questão: como a agenda antirracista pode ocupar de maneira mais permanente as políticas, as ações e os programas do Ministério da Saúde? Como garantir que os recursos públicos reduzam e não ampliem ainda mais as desigualdades étnico/raciais? Um sistema que reproduz iniquidades, seria esse o risco que se corre quando o antirracismo é agenda específica e não está organicamente integrada às políticas universais de saúde?

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.

Todos os autores contribuíram igualmente na redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e na aprovação final da versão a ser publicada. Logo, são igualmente responsáveis pela exatidão e integridade de qualquer parte do texto.

Bibliografia

1. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde soc.* 2007;16(2):146-55.
2. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde soc.* 2016;25(3):535-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
3. Osório R. Desigualdade racial e mobilidade social no Brasil: um balanço das teorias. In: Theodoro M, organizador. *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA; 2008. p. 65-97.

4. Bernardino-Costa J, Brito Y. O “negro-vida” e o “branco-tema”: apontamentos sobre uma nova patologia social do branco brasileiro. *Sociedade e Cultura*. 2022;25. DOI: 10.5216/sec.v25.72743.
5. Brito YS. A armadilha da alma branca: prática docente em Faculdades de Direito da UnB, UFBA e USP diante das políticas de ação afirmativas [tese]. Brasília: Departamento de Sociologia da UnB; 2024.
6. Experiência de Discriminação cotidiana pela população brasileira. <https://equidaderacialesaude.org.br/experiencia-de-discriminacao-cotidiana-pela-populacao-brasileira/>
7. Ministério da Saúde (BR). Seminário Morte materna das mulheres negras no contexto do SUS: relatório. Brasília; 2025. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_oficina_morte_maternamulheres_negras.pdf
8. UNICEF, Brasil; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: (2021-2023). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública: UNICEF; 60 p.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico especial: saúde da população negra. Brasília; 2023a.
10. Camarano AA, Fernandes D, Pereira CF, Ribeiro TS. Acesso aos direitos estabelecidos pelo estatuto da pessoa idosa: diferenciais por raça/cor. Brasília: Ipea; 2024. (Texto para Discussão, n. 3050).
11. CIDACS - Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde. Boletim Saúde Quilombola no Brasil: Evidências para equidade [internet]. Salvador; 2025 [acesso em 5 dez 2025]. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/material/boletim-saude-quilombola-no-brasil-evidencias-para-a-equidade/>
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 maio 2009a
13. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Cienc saúde coletiva*. 2017;22(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>
14. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais em saúde: o ciclo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde debate*. 2013;37(99). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400016>.
15. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2017;33 (Suppl 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8QtV5qy9LSRPCWytv45yspS/?format=html&lang=pt>
16. Batista LE, Barros S, Silva NG, Tomazelli PC, Silva A, Rinehart D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde Soc.* 2020;29(3). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2020.v29n3/e190151/en/>
17. Ravioli AF, Soárez PC de, Scheffer MC. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde. *Cad saúde pública*. 2018;34(4):p. e00114217, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00114217.
18. Scheffer MC, Aith FMA. O sistema de saúde brasileiro. *Clín Méd*. 2016;1:355-65.
19. Galvão TG, Silva TD, Ramiro R, Martins ALJ, Martinelli YRM, Martins R *et al*. Ethnic-racial approach to the SDG: promoting a global South perspective to the 2030 Agenda and sustainable development. *Earth System Governance*. 2025;25. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.esg.2025.100272>
20. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.198, de 2023, que dispõe sobre a Estratégia Antirracista para a Saúde. *Diário Oficial da União*. 6 dez. 2023b.
21. Casanova AO. Estratégias governamentais e comunitárias para o enfrentamento da COVID-19 no território do Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco. *Cienc saúde coletiva*. 2024;29(12). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jhrdVBWFhBKCVKtsnyW8s6j/?lang=pt>
22. Allen AM, Abram C, Pothamsetty N, Jacobo A, Lewis L, Maddali SR *et al*. Leading Change at Berkeley Public Health: Building the Anti-racist Community for Justice and Social Transformative Change. *Prev Chronic Dis*. 2023;20:E48. Disponível em: <https://doi.org/10.5888/pcd20.220370>.
23. Brasil, Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 out. 1988.
24. Santos NNS. A voz e a palavra do movimento negro na Assembleia Nacional Constituinte (1987/1988): um estudo das demandas por direitos [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2015.
25. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 2009b.
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. *Diário Oficial da União*. 31 dez. 2018.
27. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Diário Oficial da União*. 2 dez. 2011a.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que

institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Diário Oficial da União. 5 dez. 2011b.

29. Cruz MM, Santos MPA dos, Cunha AP, Cruz RP, Batista LE. Avaliação em saúde e racismo: contribuições para uma agenda antirracista no Sistema Único de Saúde. (no prelo).

30. Relatório de Transição do Governo Federal (2022/2023). https://futurodasau-de.com.br/wp-content/uploads/2023/01/GT-Saude_Relatorio-Final1.pdf

31. Brasil, Decreto 6860 de 27 de maio de 2009, que cria a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 29 mai. 2009.

32. Brasil, Decreto 9795 de 17 de maio de 2019, que cria a Secretaria de Atenção Primária a Saúde do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 18 mai. 2019.

33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 5.801, de 28 de novembro de 2024, que institui o Programa de Ações Afirmativas do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. DF, 29 nov. 2024.

34. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 5.803, de 28 de novembro de 2024 institui o Programa Nacional de Apoio à Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde. Diário Oficial da União. DF, 29 nov. 2024.

35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União. 2 fev. 2017;24:52.

36. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 32/2024-SE/GAB/SE/MS. Brasília; 2024.

37. Bento, M. A. *O pacto narcísico da branquitude: racismo, identidade e poder*. São Paulo: Caleidoscópio, 2002.

38. Krieger, N. Structural racism, health inequities, and the two-edged sword of structural problems require structural solutions. *Front Public Health*, 2021; 9:655447. Doi: 10.3389/fpubh.2021.655447.