

Análise da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra a partir das pesquisas de informações básicas estaduais e municipais e sua relação com a Atenção Primária em Saúde

Analysis of the implementation on National Policy of Integral Health for the Black Population based on state and municipal basic information surveys and its relationship with Primary Health Care

Julyane Cristina dos Santos Felício^a

 <https://orcid.org/0009-0006-9609-783X>

E-mail: julyanecristina@outlook.com

Ana Paula da Cunha^b

 <http://orcid.org/0000-0002-1400-1472>

E-mail: anapaula.dacunha.apc@gmail.com

Márcia Pereira Alves dos Santos^c

 <https://orcid.org/0000-0003-0349-8521>

E-mail: dramarciaalves@gmail.com

Marly Marques da Cruz^d

 <https://orcid.org/0000-0002-4061-474X>

E-mail: marlycruz12@gmail.com

^a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^b Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^c Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^d Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

O estudo teve como objetivo analisar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) nos estados e municípios brasileiros, investigando sua associação com a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) e a proporção de população negra. Trata-se de uma análise quantitativa com dados secundários provenientes da pesquisa ESTADIC-MUNIC (2021). Nos estados, aplicou-se a análise de agrupamento (K-means) para identificar perfis de implementação da política. Nos municípios, empregou-se um modelo de regressão fracionária logit, apropriado para variáveis proporcionais, incluindo simultaneamente as variáveis explicativas. Os resultados revelaram desigualdades regionais importantes, com estados apresentando combinações distintas de cobertura, proporção de população negra e grau de implementação. Nos municípios, tanto os planos mostraram baixa institucionalização da PNSIPN, quanto a maior cobertura da APS esteve associada a menores níveis de implementação da política nos municípios, independentemente da proporção de população negra. Conclui-se que há baixa institucionalização da PNSIPN em níveis estadual e municipal, com concentração das ações em poucos territórios e marcada disparidade entre requisitos normativos (planos e colegiados) e ações efetivas voltadas à equidade racial. Embora a expansão da APS contribua para maior implementação da PNSIPN, persistem barreiras estruturais, especialmente em contextos com alta presença da população negra.

Palavras-chave: Políticas Públicas Antidiscriminatórias; População Negra; Organização e Administração; Planos Governamentais de Saúde; Brasil.

Correspondência

Márcia Pereira Alves dos Santos

E-mail: dramarciaalves@gmail.com

R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº 325 - Cidade Universitária, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, CEP: 21941-617.

Abstract

This study analyzed the implementation of the National Policy for Comprehensive Health Care for the Black Population (PNSIPN) across Brazilian states and municipalities, examining its association with Primary Health Care (PHC) coverage and the proportion of the Black population using secondary data from the ESTADIC-MUNIC survey (2021). In the state-level analysis, K-means cluster analysis was used to identify implementation profiles. At the municipal level, a fractional logit regression model suitable for proportional outcomes was applied, incorporating all explanatory variables simultaneously. The findings revealed significant regional disparities, with states exhibiting varied combinations of PHC coverage, Black population proportions, and policy implementation levels. At the municipal level, both health plans showed low institutionalization of the PNSIPN. Greater PHC coverage was associated with lower levels of policy implementation, regardless of the proportion of the Black population. The PNSIPN remains weakly institutionalized at both state and municipal levels, with actions concentrated in a limited number of territories. A notable gap persists between normative commitments, such as plans and councils, and the effective implementation of actions aimed at racial equity. While PHC expansion may support PNSIPN implementation, structural barriers continue to hinder sustained progress, particularly in areas with a higher proportion of Black residents.

Keywords: Public Nondiscrimination Policies; Black Population; Organization and Administration; State Health Plans; Brazil.

Introdução

O racismo instituído por meio de um conjunto de sistemas de opressão que impõe barreiras à existência de grupos e pessoas racializadas (Paradies et al., 2015), e retroalimentado pela branquitude, é um problema de saúde pública ao nível global, nacional e subnacional (Paradies et al., 2015). No Brasil, fundamenta-se nas generalizações alicerçadas no mito da democracia racial e na universalização excludente que desconsidera, intencionalmente ou não, as especificidades da população negra. As distintas dimensões do racismo estrutural e institucional têm sido identificadas como barreiras significativas para a equidade, como determinação de piores desfechos de saúde e redução da qualidade de vida da população negra (Da Silva et al., 2024).

No presente estudo, os termos pessoas racializadas e minorias são empregados em seu sentido sociológico e político, e não numérico. Pessoas racializadas referem-se aos grupos cuja posição social é produzida por processos históricos de racialização que organizam hierarquias, distribuem desvantagens e estruturam o acesso a direitos, conforme amplamente discutido na literatura antirracista (Paradies et al., 2015; Williams; Lawrence; Davis, 2019). Já o termo minorias não indica menor representatividade demográfica, mas grupos submetidos a relações de poder que os colocam em condição de vulnerabilização institucional, social e simbólica, mesmo quando constituem maioria populacional – como é o caso da população negra no Brasil (Werneck, 2016). Essa perspectiva é essencial para compreender como estruturas racializadas moldam desigualdades em saúde e influenciam padrões diferenciados de cuidado, acesso e resultados em saúde no SUS.

O preconceito racial na saúde e na educação em saúde é uma questão abrangente e profundamente enraizada que afeta significativamente a qualidade, acessibilidade e equidade do cuidado fornecido a grupos raciais e minorias étnicas (Sorice et al., 2025). Esses grupos frequentemente enfrentam barreiras sistêmicas para acessar cuidados e recebem atendimento de menor qualidade nos serviços de saúde em comparação com os brancos (Hamed et al., 2022). Preconceitos e estigmas estão

profundamente imbricados nas desigualdades sistêmicas nas instituições de saúde (Hamed et al., 2022). Eles se manifestam como disparidades no tratamento dos pacientes, acesso limitado a curas críticas, piores resultados de saúde para minorias étnicas ou para a população negra, em comparação com as populações brancas. Além disso, há estratégias inadequadas de monitoramento de qualidade para detectar e resolver esses problemas (Sorice et al., 2025). Compreender essas dinâmicas é crítico para abordar as barreiras enfrentadas por essas populações subalternizadas, nos sistemas de saúde em todo o mundo e no Brasil.

A população negra, nos seus distintos ciclos de vida e gerações, é majoritariamente usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela está ou não privada de liberdade, em situação de rua, em movimentos migratórios, vítimas de violências contra a mulher ou contra a juventude, em situação de pobreza e fome, ou ainda são pessoas com deficiências. Ela necessita de cuidados para a doença falciforme, na prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 2023a, 2023b) e nas doenças bucais de crianças (Moura et al., 2025). Por outro lado, ainda está sujeita à desvalorização de seus conhecimentos tradicionais em saúde (Da Silva et al., 2024). Em comum a essa (in)existência negra, as piores (in)experiências do exercício ao direito à saúde (Brasil, 2023a, 2023b).

A implementação de políticas antirracistas e a qualificação de profissionais de saúde em temas relacionados à diversidade e inclusão na Atenção Primária à Saúde (APS) são indispensáveis para uma resposta efetiva. Isso ocorre porque o nível primário do sistema de atenção à saúde brasileiro é conceitualmente reconhecido como um potente catalisador de um modo de produção de cuidado centrado no território vivo, na pessoa, sendo a porta de entrada elegível desse sistema de saúde (Starfield, 2005) universal, integral e equânime. Nesse contexto, sua função resolutiva sobre os problemas mais frequentes de saúde deve corresponder às demandas da população (Brasil, 2015). Todavia, apesar dos avanços da abrangência e cobertura da APS mostrados pelo Panorama da APS brasileira: o que revelam os resultados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) 2024 (Brasil, 2025), permanecem obstáculos que dificultam o acesso

dos usuários aos serviços básicos de saúde, como a falta de equidade (Brasil, 2025). Além disso, ações do cuidado ainda estão sendo desenvolvidas sem privilegiar a participação do usuário e o contexto comunitário onde vivem (Brasil, 2025; Da Rosa Tolazzi et al., 2022). O racismo é um dos motivos desse cenário (Brasil, 2025) e causa fundamental de resultados adversos para a saúde mental e física dos grupos racializados e das minorias étnicas, bem como das inequidades raciais/étnicas na saúde (William et al., 2019). De fato, constitui-se um dos desafios e fragilidades da APS (Brasil, 2025).

Uma das formas de produzir mudanças mais estruturantes para alterar a situação de saúde da população em geral, e da população negra, em particular, é a mobilização de diferentes atores e atrizes interessados para o avanço de políticas públicas. Tal iniciativa visa à promoção de princípios constitucionais básicos como cidadania, dignidade da pessoa humana, igualdade, equidade e o combate às diferenças étnico-raciais (Brasil, 1988). A norma fundamental determina que o direito à saúde se trata de dever do Estado destinado a todos e precisa ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Pase e colaboradores (2023) dissertam que existem competências administrativas entre os entes federados para a implementação das políticas públicas de saúde com o protagonismo e a prevalência de competência municipal, a quem incumbe gerir e executar todos os serviços públicos de saúde. No mais, tanto a União quanto os Estados e o Distrito Federal participam, colaboram, suplementam e apoiam demais serviços. Cabe enfatizar que a Portaria do Ministério da Saúde (MS) número 2.023 do ano de 2004 definiu que os Municípios e o Distrito Federal são “responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica” (Brasil, 2004).

Apesar da relevância política e social da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em vários âmbitos da sociedade e, inclusive, na luta por uma sociedade mais igualitária, após algumas décadas da sua implementação, a PNSIPN ainda se encontra incipiente nos estados e

nos municípios (Batista; Barros, 2017). Esse estudo contribui para o entendimento sobre possíveis razões da baixa implementação da PNSIPN. Para isso, faz uma análise das suas ações nos planos de saúde em bases digitais públicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O objetivo é compreender o panorama atual da sua implementação nos âmbitos estadual e municipal.

A busca é por estratégias que promovam a melhoria do acesso da população negra aos serviços de saúde e no enfrentamento ao racismo na APS, que está sob responsabilidade dos gestores municipais e deve ser apoiado pelos gestores estaduais e federal. Neste sentido, para instrumentalizá-los e avançar de forma prática, propõe-se a criação de um índice de implementação da PNSIPN (IIP-PNSIPN) para auxiliar os gestores na análise e no monitoramento de suas ações relativas à política.

O estudo traz como pergunta de pesquisa: Em que medida ações da PNSIPN constam nos planos de saúde dos instrumentos de planejamento e gestão em saúde, ao nível estadual e municipal, tendo a APS Forte como modelo de atenção e a população negra como referência demográfica territorial? Assume-se como hipótese que marcadores da diferença, como território e raça/cor, afetam diretamente o acesso digno aos direitos à saúde. Esse estudo objetivou levantar ações nos instrumentos de gestão no nível estadual e municipal, analisar como tais ações estão articuladas entre as esferas estadual e municipal e relacioná-las à cobertura da atenção básica e à demografia do território racializada por raça/cor. Tais marcadores estão vinculados à maior vulnerabilização em saúde, o que interfere em desfechos negativos relacionados à saúde, doença e mortalidade (Werneck, 2016; Batista; Barros, 2017) e justificam a assunção de suas relações. Afinal, Milton Santos, quando se referia à condição do negro no Brasil, dizia: “Diga-me onde moras e eu lhe direi a saúde que tens?” (Santos, 2003).

Passos que vêm de longe, marcos históricos e caminhos possíveis...

A PNSIPN foi estabelecida pelo MS em 2009, fundamentada nos princípios constitucionais de cidadania, dignidade da pessoa humana e igualdade, ratificados pelo SUS (Brasil, 2017). Sua criação

foi precedida por importantes eventos históricos, como a Marcha Nacional Zumbi dos Palmares em 1995 e a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas, realizada na África do Sul em 2001, convocada pela Organização das Nações Unidas (Werneck, 2016; Brasil, 2001).

Um documento crucial que subsidiou essa política, intitulado “Subsídios para o debate sobre a PNSIPN: uma questão de equidade”, evidenciou a maior prevalência de diversas doenças na população negra, incluindo anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, desnutrição, mortes violentas, elevada mortalidade infantil, abortos sépticos, anemia ferropriva, IST/Aids, doenças ocupacionais, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo, e transtornos relacionados ao abuso de substâncias psicoativas como alcoolismo e outras drogas. Assim, a PNSIPN surge do reconhecimento do racismo como um fator que gera iniquidade em saúde e adoecimentos (Paradies et al., 2015), buscando uma sociedade mais justa com a redução das diferenças étnico-raciais e a promoção do acesso equânime aos serviços de saúde para a população negra (Brasil, 2017). As políticas de saúde descentralizadas são administradas por meio da participação social. Ao nível estadual e federal, conselhos de saúde e comitês intergestores monitoram a execução dos programas de saúde (Ortega; Pele, 2023).

A divulgação das ações da PNSIPN nos planos de saúde dos estados e municípios é realizada por meio do IBGE:

- A Pesquisa de Informações Básicas Estaduais (ESTADIC), iniciada em 2012, abrange todas as unidades da federação e o Distrito Federal. Ela investiga a existência do Plano Estadual de Saúde, o ano de sua elaboração, a presença do desenho das regiões de saúde, e se as ações da PNSIPN estão incluídas nesse plano, dentre outras. Além disso, verifica-se a inserção de tópicos sobre saúde da população negra e combate ao racismo nos cursos e processos de formação de pessoal da área da saúde.
- A Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), iniciada em 1999, se estende a todos os municípios do país. Ela

analisa a incorporação da PNSIPN na gestão municipal do SUS, abordando a participação do órgão gestor da saúde em Colegiados de Gestão Regional, a frequência das reuniões, a existência e o ano de elaboração do Plano Municipal de Saúde, e a inclusão das ações da PNSIPN nesse documento. A MUNIC também verifica a inserção de temas como saúde da população negra e combate ao racismo na formação de profissionais de saúde, a existência de instâncias específicas para coordenar e monitorar ações para a população negra, e se os processos formativos incluem conteúdos sobre enfrentamento de discriminações de gênero e orientação sexual.

Esses dados são cruciais para compreender o grau de institucionalização da política e seu alinhamento com os princípios de equidade e inclusão, especialmente na APS.

A APS idealmente deve ser a principal forma de acesso ao sistema de saúde, associada ao acesso e a uma distribuição mais equitativa da saúde (Tasca et al., 2020). Desde a implantação do SUS, a APS no Brasil segue os princípios de universalidade, integralidade e equidade, havendo avanços consistentes em direção à cobertura universal, principalmente após a Estratégia Saúde da Família (ESF). O número de equipes de ESF cresceu significativamente, cobrindo potencialmente cerca de 130 milhões de pessoas. Esse aumento de cobertura está associado a melhorias no uso de serviços, resultados em saúde, redução de internações por condições sensíveis à APS e de mortes por causas preveníveis, além de queda na mortalidade infantil.

Apesar dessas conquistas inegáveis, os resultados negativos persistentes em saúde indicam que uma parte significativa da população, a saber, a população negra, ainda vivencia uma situação anterior a uma distribuição mais equitativa e acessível à saúde, caracterizada pela ausência de ações planejadas nos instrumentos de gestão, o que é mais uma expressão do racismo (De Souza et al., 2018).

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo-exploratório-inferencial, de abordagem quantitativa

que utilizou exclusivamente dados secundários disponíveis em bases públicas e analisou os planos administrativos dos estados e dos municípios relativos à PNSIPN a partir do ESTADIC e MUNIC, respectivamente, com base no ano de 2021, o e-Gestor e o censo do IBGE 2022. A Resolução nº 510/2016, oriunda da Resolução nº 466/2012, estabelece diretrizes específicas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Ela dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa para estudos que utilizem informações de acesso público.

Para o levantamento das ações relativas à PNSIPN, no âmbito estadual, utilizou-se o ESTADIC. Nele, selecionou-se o campo “Plano Estadual de Saúde e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, no tema “Saúde”, nas ações:

- 1) Existência do Plano Estadual de Saúde;
- 2) Inclusão no Plano Estadual de Saúde das ações previstas na PNSIPN e;
- 3) Inserção dos tópicos saúde da população negra e combate ao racismo nos cursos e processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde.

No MUNIC, que se refere ao âmbito municipal, selecionou-se o campo relativo ao “Colegiado de Gestão Regional, Plano Municipal de Saúde e PNSIPN”, nas ações:

- 1) Participação do órgão gestor da saúde em Colegiado de Gestão Regional;
- 2) Existência do Plano Estadual de Saúde;
- 3) Inclusão de ações previstas na PNSIPN no Plano Municipal de Saúde;
- 4) Inserção dos tópicos de saúde da população negra e combate ao racismo nos cursos e processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde;
- 5) Existência de instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra no município;
- 6) Inserção do combate às discriminações de gênero e orientação sexual nos cursos e processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde.

Além da distribuição geoespacial dos planos relativos à PNSIPN segundo o ESTADIC e o MUNIC, os dados levantados consideraram a cobertura da APS a partir do conceito de APS FORTE (Tasca et al., 2020),

que a categorizou como presente se a referência de cobertura territorial potencial foi acima de 63%. Por fim, a geoespacialização da cobertura da APS e por raça/cor foi obtida e uma relação entre APS Forte e população raça/cor foi estabelecida.

Construção do Índice de Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (IIP-PNSIPN)

Para avaliar o grau de implementação da PNSIPN nas diferentes esferas da federação, foi construído um Índice de Implementação da Política (IIP-PNSIPN), com base nas informações declaradas pelas unidades federativas e pelos municípios, das pesquisas ESTADIC e MUNIC, respectivamente.

No caso dos estados, foram selecionadas variáveis que abrangem componentes normativos, operacionais e formativos da política, como a inclusão da PNSIPN nos planos estaduais, a existência de ações específicas e a incorporação da temática racial nos processos formativos. Para os municípios, foram utilizados indicadores também relacionados à existência de planos e instâncias específicas, participação em colegiados e ações formativas com enfoque racial.

Todas as variáveis foram recodificadas, atribuindo-se o valor 1 para respostas afirmativas (“Sim”) e 0 para respostas negativas (“Não”) ou ausentes. O escore bruto do índice foi obtido pela soma das variáveis recodificadas para cada unidade da federação ou município. Para padronização e comparabilidade dos resultados, os escores foram normalizados em uma escala contínua de 0 a 1, em que 0 representa ausência total de implementação e 1 indica implementação plena. A partir dessa normalização, as unidades foram classificadas em três faixas de desempenho com base nos tercis da distribuição empírica:

- Baixo ($< 0,28$): implementação baixa.
- Moderado ($0,28 - < 0,65$): implementação intermediária.
- Alto ($\geq 0,65$): implementação alta.

O cálculo do índice foi realizado no software R (versão 4.3.3). A consistência interna do índice nos estados foi avaliada por meio da correlação item-total, com todos os itens apresentando correlação positiva superior a 0,30, indicando unidimensionalidade.

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. As respostas dicotomizadas em “Sim” e “Não” para cada aspecto relacionado à implementação da PNSIPN no ESTADIC e no MUNIC foram associadas quando pertinentes. A análise foi realizada no programa R Studio, versão 4.0, a um nível de significância de 5%.

Tanto para os estados quanto para os municípios, foi aplicado o teste binomial, com nível de significância de 5%, a fim de avaliar se a proporção de respostas “Sim” diferia significativamente de 50%. A escolha da proporção de referência de 50% foi adotada por se tratar de uma hipótese nula neutra, adequada para situações em que não há um parâmetro teórico ou normativo previamente estabelecido. Esse teste permite verificar se a frequência de respostas positivas é estatisticamente diferente do que seria esperado por acaso, diante de um cenário de equiprobabilidade entre as opções.

Também foi analisada a associação entre a implementação da política (índice padronizado entre 0 e 1), a cobertura da APS e a proporção de população negra nos estados brasileiros. Inicialmente, foram aplicadas diversas abordagens estatísticas tradicionais, incluindo correlação de Pearson, regressão linear múltipla, modelos logísticos (incluindo ordinal), modelos fracionários logit e regressões polinomiais. Contudo, em razão do número reduzido de unidades da federação ($N=27$), essas técnicas apresentaram limitações quanto ao poder estatístico.

Diante deste cenário, optou-se por empregar uma abordagem exploratória baseada em análise de agrupamento (cluster analysis), com o objetivo de identificar perfis semelhantes entre os estados, considerando simultaneamente o índice de implementação, a cobertura da APS e a proporção de pessoas negras. A técnica escolhida foi o algoritmo de K-means, amplamente utilizado para classificação de dados contínuos em grupos mutuamente exclusivos, com base na proximidade entre observações em um espaço multidimensional.

O algoritmo K-means parte de um número pré-definido de grupos (neste estudo, $K=3$) e busca minimizar a variabilidade intragrupo e maximizar

a variabilidade entre os grupos. Para garantir comparabilidade entre as variáveis (com escalas distintas), os dados foram previamente padronizados (z-score). Cada estado foi então alocado ao cluster cujo centróide representava maior similaridade, considerando os três indicadores. Posteriormente, os grupos resultantes foram caracterizados de acordo com as médias de cada variável, permitindo a identificação de perfis distintos de implementação da política em diferentes contextos sociais e de cobertura assistencial.

Para os municípios, a análise também considerou a associação entre o índice de implementação da política, a cobertura da APS e a proporção de população negra. Inicialmente, o índice foi tratado como uma variável proporcional contínua, variando entre 0 e 1, e modelado por meio de uma regressão fracionária logit (modelo quase-binomial com função de ligação logit), adequada para variáveis

proporcionais. O modelo foi ajustado de forma multivariável, ou seja, a cobertura da APS e a proporção de população negra foram incluídas simultaneamente como variáveis independentes. Para considerar a estrutura hierárquica dos dados – com municípios aninhados em estados – foram utilizados erros robustos agrupados por unidade da federação, garantindo estimativas confiáveis mesmo diante da correlação intragrupo. Essa abordagem permitiu estimar os efeitos independentes de cada variável explicativa sobre o índice de implementação, controlando pela outra.

Resultados

Foram acessados dados relativos aos 27 estados e aos 5.570 municípios nos sites do ESTADIC e MUNIC, respectivamente. A Tabela 1 mostra as ações isoladas e agrupadas relativas à PNSIPN.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e relativa com as comparações entre a presença e a ausência das ações da PNSIPN no ESTADIC e do MUNIC, 2021.

ESTADIC				
Ações	Estados N = 27 (100%)			
	Sim	Não	p-valor	IC 95%
1) Existência do Plano Estadual de Saúde	27 (100%)	0 (0%)	—	—
2) Inclusão no Plano Estadual de Saúde das ações previstas na PNSIPN	23 (85%)	4 (15%)	0,0003	67,5 % - 94,1 %
3) Inserção dos tópicos saúde da população negra e combate ao racismo nos cursos e processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde	18 (67%)	9 (33%)	0,122	47,8 % - 81,4 %
Ações agrupadas (1 + 2 + 3) da PNSIPN pela esfera estadual	16 (59%)	11 (41%)	0,44	40,7 % - 77,8%
MUNIC				
Ações	Municípios N = 5.570 (100%)			
	Sim	Não	p-valor	IC 95%
1) Participação do órgão gestor da saúde em algum Colegiado de Gestão Regional	5.129 (92%)	441 (8%)	<0.001	91,0% - 92,7%
2) Existência do Plano Municipal de Saúde	5.487 (99%)	83 (1%)	<0.001	98,6% - 99,4%
3) Inclusão de ações previstas na PNSIPN no Plano Municipal de Saúde	1.781 (32%)	3.789 (68%)	<0.001	30,7% - 33,7%
4) Inserção dos tópicos de saúde da população negra e combate ao racismo	1.725 (31%)	3.845 (69%)	<0.001	29,5% - 32,6%
5) Existência de instância específica para conduzir, coordenar e monitorar as ações de saúde voltadas para a população negra no município	371 (7%)	5.199 (93%)	<0.001	6,4% - 7,6%
6) Inserção do combate às discriminações de gênero e orientação sexual nos cursos e processos de formação do pessoal ocupado na área da saúde	2.833 (51%)	2.737 (49%)	0,757	49,5% - 52,6%
Ações agrupadas (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) da PNSIPN pela esfera municipal	199 (3,6 %)	5.371 (96,4 %)	< 0,001	3,1 % — 4,1 %

Fontes: ESTADIC, 2021 e MUNIC, 2021.

Entre os 26 estados e o Distrito Federal (N=27) analisados, verificou-se universalidade na existência do Plano Estadual de Saúde, configurando um requisito normativo cumprido. No que se refere à inclusão de ações da PNSIPN nos planos estaduais, 85% das unidades federativas declararam essa incorporação (IC 95%: 67,5%-94,1%), valor significativamente superior ao ponto de referência de 5% (teste binomial bilateral, $p=0,0003$). Por outro lado, 67% dos estados informaram abordar a saúde da população negra e o combate ao racismo em cursos e processos de formação do pessoal da saúde, mas essa proporção não diferiu estatisticamente de 50% (IC 95%: 47,8%-81,4%; $p=0,1220$), o que impede afirmar que essa ação esteja consolidada nacionalmente (Tabela 1).

Quando consideradas de forma conjunta, apenas 59% dos estados atenderam simultaneamente às três ações (IC 95%: 40,7 %-77,8 %; $p=0,44$), também sem evidência de diferença estatística em relação ao ponto de referência. Esses achados indicam que, embora haja descrição das ações, elas não constituem um conjunto estruturado e articulado de ações para a implementação da PNSIPN nos planos estaduais. Elas se restringem a ações fragmentadas, dispersas, limitadas e heterogêneas, especialmente no que se refere à formação permanente dos profissionais de saúde (Tabela 1).

Nos 5.570 municípios, a presença de requisitos normativos e instâncias de governança apresentou grande variação. A participação em Colegiado de Gestão Regional foi elevada (92%; IC 95%: 91,0%-92,7%; $p<0,001$), assim como a existência do Plano Municipal de Saúde (99%; IC 95%: 98,6%-99,4%;

$p<0,001$). Entretanto, somente 32% relataram incluir ações da PNSIPN em seus planos (IC 95%: 30,7%-33,7%), e 31% declararam inserir temas de saúde da população negra e combate ao racismo na formação profissional (IC 95%: 29,5%-32,6%), ambas as proporções significativamente inferiores a 50 % ($p<0,001$). A existência de instância específica para coordenar a política foi residual (7%; IC 95%: 6,4%-7,6%; $p<0,001$). O conteúdo sobre combate às discriminações de gênero e orientação sexual apareceu em 51 % dos municípios (IC 95%: 49,5%-52,6%), valor estatisticamente equivalente à equiprobabilidade ($p=0,757$) (Tabela 1).

Quando os seis indicadores municipais foram agrupados, apenas 199 municípios (3,6%; IC 95%: 3,1 %-4,1%) cumpriram simultaneamente todos os requisitos, proporção muito inferior a 5 % ($p<0,001$). Esses achados evidenciam baixa institucionalização da PNSIPN no nível local, com concentração das ações em poucos territórios e marcada disparidade entre requisitos normativos (planos e colegiados) e ações efetivas voltadas à equidade racial (Tabela 1).

As Figuras 1 e 2 mostram a distribuição geoespacial em relação aos planos no ESTADIC e MUNIC, 2021.

A análise de agrupamento (K-means, K=3) possibilitou a identificação de três perfis distintos entre as unidades da federação. Isso se refere à combinação entre o índice de implementação da política (IIP), a cobertura da APS e a proporção de população negra (Tabela 2). O Cluster o (Co) reuniu estados como Rondônia, Amazonas, Pará, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás e o Distrito Federal e se caracterizou

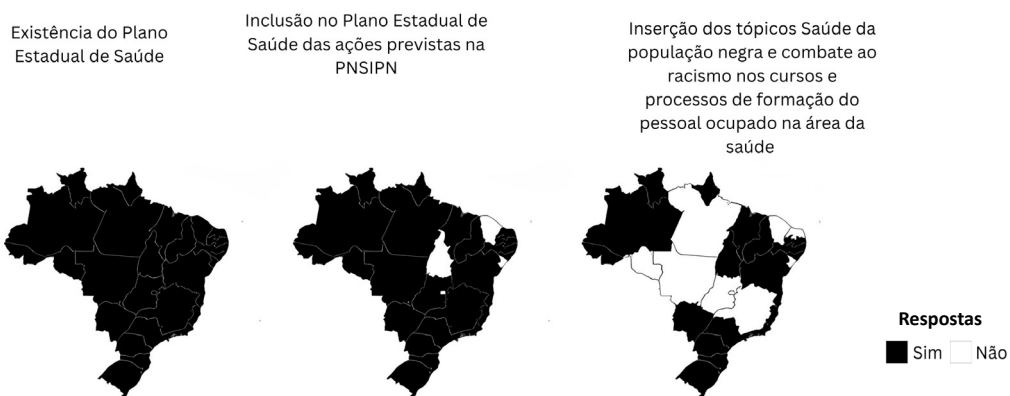


Figura 1 - Distribuição geoespacial das ações da PNSIPN nos estados, segundo ESTADIC, 2021.

por um índice médio de implementação baixo (0,27), uma cobertura da APS forte (próxima de 93%) e uma alta proporção de população negra (68%) (Tabela 2).

O Cluster 1 (C1) agrupou os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com índice de implementação

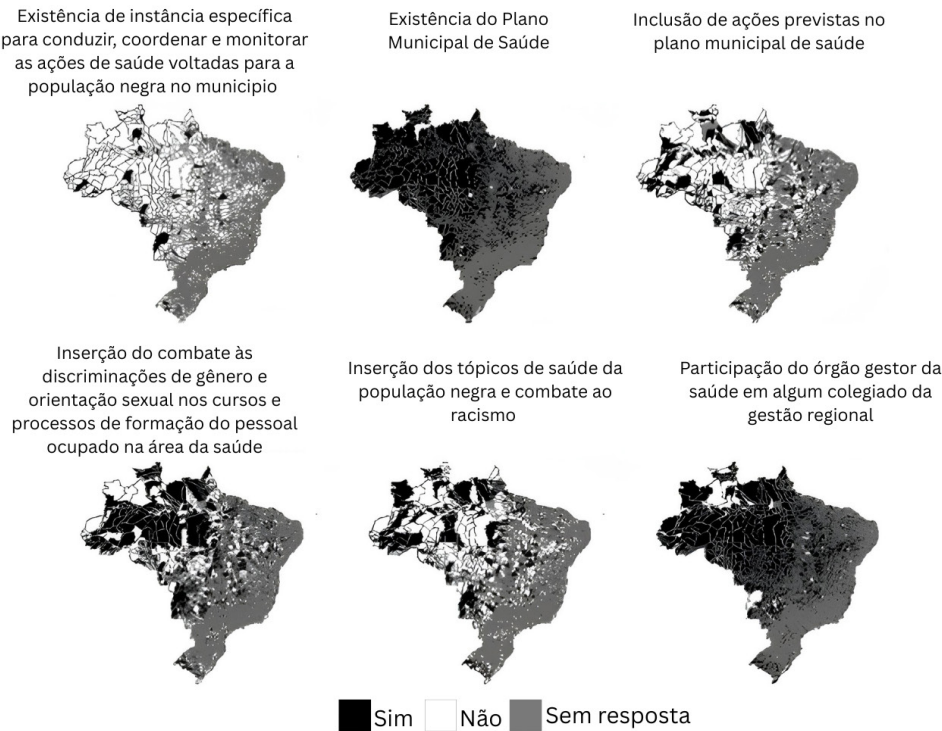


Figura 2 - Distribuição geoespacial das ações da PNSIPN nos municípios, segundo MUNIC, 2021.

Tabela 2 - Análise de cluster, tipologia dos estados brasileiros segundo agrupamento por cobertura da APS, proporção de população negra e nível de implementação da política (K-means, K = 3), Estados e Distrito Federal, 2021.

Cluster	UF	Média			Características centrais	Possível implicação
		IIP	APS*	% Pop Negra		
C0 – Alta % pop negra + cobertura elevada, índice de implementação baixo	RO, AM, PA, CE, RN, SE, MG, MT, GO, DF	0,27	93%	68%	Alta proporção de população negra, cobertura da APS próxima de 100 %, índice de implementação baixo	Sugere barreiras de gestão/ financiamento apesar da boa cobertura assistencial
C1 – % Baixa % pop negra, índice de implementação intermediário	RJ, SP, PR, SC, RS	0,62	82%	36%	Proporção população negra moderada, cobertura APS abaixo de 85 %, índice de implementação médio	Pode refletir UFs com maior infraestrutura geral, mas cobertura ainda em expansão
C2 – Alta % negra + cobertura muito alta, índice de implementação alto	AC, RR, AP, TO, MA, PI, PB, PE, AL, BA, ES, MS	0,85	106%**	71%	Proporção de população negra muito alta, cobertura frequentemente acima de 100 %, índice de implementação alto	Indica que algumas UFs com população majoritariamente negra conseguiram avançar simultaneamente na cobertura e na implementação da política

Fonte: ESTADIC, 2021; e-GESTOR, 2023; IBGE, 2025; * Cobertura da atenção primária à saúde. **Excesso de cobertura.

intermediário (0,62), cobertura da APS forte (em torno de 82%) e proporção de população negra baixa (36%). Esse perfil pode refletir estados com maior infraestrutura e capacidade instalada, mas que ainda se encontram em processo de expansão da cobertura da atenção primária, o que pode influenciar o ritmo de implementação da política (Tabela 2).

Já o Cluster 2 (C2), englobou doze unidades da federação – Acre, Roraima, Amapá, Tocantins, Maranhão, Piauí, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul – apresentou o maior índice médio de implementação (0,85), cobertura da APS forte (acima de 100%) e alta proporção de população negra (71%). Esse achado sugere que, mesmo em contextos de alta vulnerabilidade social e demográfica, algumas

unidades da federação têm conseguido avançar de forma significativa tanto na ampliação da cobertura da APS quanto na implementação de políticas voltadas à equidade racial (Tabela 2).

Na análise multivariável por regressão fracionária logit, observou-se que maior cobertura da APS esteve associada a menores níveis de implementação da política nos municípios. Para cada aumento de 10 pontos percentuais na cobertura da APS, houve uma redução significativa na chance de atingir valores mais altos no índice de implementação (OR=0,79; IC 95%: 0,72-0,86; $p<0,001$).

A proporção de população negra não apresentou associação estatisticamente significativa com o índice, após ajuste pela cobertura da APS (OR=1,00; IC 95%: 0,99-1,01; $p=0,27$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre cobertura da APS e proporção de população negra com o índice de implementação da política – municípios brasileiros, 2021.

Variável explicativa	OR ajustada	IC 95 %	p-value
Cobertura da APS	0,79	0,72 – 0,86	< 0,001
% população negra	1	0,99 – 1,01	0,27

Modelo quase-binomial com função de ligação logit e erros robustos agrupados por estado.

Discussão

Esse estudo mostra que, segundo as pesquisas ESTADIC e MUNIC, nos estados e na massiva maioria dos municípios, as ações da PNSIPN são desarticuladas e não são planejadas. Ou seja, estados e municípios não têm ações integradas, o que justifica a baixa implementação da PNSIPN. Além disso, evidencia, a priori, uma situação de não acesso e de falta de uma produção de cuidado efetiva para a saúde da população negra. Demonstra que há desafios institucionais além de estruturais. Tais achados são corroborados por estudos anteriores que mostraram o quantitativo inexpressivo de municípios que responderam a levantamentos sobre a implementação da política, apontando uma significativa dificuldade em operacionalizá-la no nível local (Batista; Barros, 2017; Chahuan Neto et al., 2015; Oliveira; Magalhães, 2022). Cabe lembrar que a execução da PNSIPN como política pública é uma atribuição que compete aos gestores municipais e

deve ser apoiada por gestores estaduais. A sua não operacionalização, traduzida na escassez de ações planejadas, integradas e articuladas, é sentida na fragilidade ou inexistência de indicadores para o monitoramento de ações que impactam diretamente na efetivação da PNSIPN, que é entendida como expressão do racismo institucional (Werneck, 2016). Isto limita os avanços em direção à equidade racial no SUS (Batista; Barros, 2017; Batista et al., 2020). Tal constatação foi evidenciada no Censo sobre as UBS, se apresenta como um desafio a ser superado (Brasil, 2025).

O estudo traz uma inovação ao criar o índice de implementação da PNSIPN (IIP-PNSIPN) na APS. Isso não apenas permitiu analisar a implementação da PNSIPN de forma prática e objetiva, mas também oportunizou a comparabilidade entre estados e municípios e viabilizou o monitoramento da sua execução pela ótica do território, com uso de fontes de informações de acesso público e livre. O índice de implementação da PNSIPN criado é, portanto, mais

uma ferramenta para a gestão pública no sentido de contribuir e qualificar a implementação da PNSIPN. Isto quer dizer que o estudo não se restringiu a quantificar a existência ou não de ações da PNSIPN nos planos de gestão dos estados e municípios, ele aponta caminhos para superá-las ao sinalizar lacunas e potencialidades. O índice é um produto técnico desenvolvido neste estudo para monitorar e avaliar a implementação da PNSIPN e foi capaz de aferir distintos perfis de implementação da PNSIPN, configurando-se potencialmente como um novo indicador de equidade. Tal necessidade é apontada como sentida pelo Censo das UBS 2024 ao recomendar novos indicadores para redimensionar as equipes de saúde da família na lente da equidade e no sentido de reduzir as iniquidades (Brasil, 2025).

Outra questão fundamental apontada pelo nosso estudo foi que a cobertura da APS esteve relacionada aos menores níveis de implementação da PNSIPN. Isso indica que a expansão da cobertura da APS não tem sido acompanhada da incorporação das diretrizes da PNSIPN nos processos de planejamento e gestão. Em outras palavras, embora a maior parte da população brasileira se autodeclare negra, esse dado demográfico não tem operado como um parâmetro orientador para a implementação da política, resultando em uma APS que se expande sem necessariamente integrar ações voltadas à equidade racial. Dentre as recomendações para fortalecer a APS constam a territorialização, a oferta de recursos humanos e a elaboração de plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da atenção primária, a estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para APS em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos, e o incentivo ao papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades (Tasca et al., 2020). Ao considerar o conceito ampliado de saúde, esta última recomendação deveria reorientar o modelo da APS, particularmente em cenários e contextos em que a produção social da saúde, como nas comunidades quilombolas, nos terreiros, ou ainda outros espaços de cura, não necessariamente se delimitam por adscrição territorial para alocação e vinculação das equipes de

saúde atuantes na APS. Isso gera iniquidades para acesso à saúde. Para Batista e Barros (2017), uma das razões pelas quais esses números são tão baixos é o avanço de forças conservadoras no executivo, no legislativo e no judiciário. Essas forças se ancoram no fundamentalismo conservador, despejam preconceitos e atacam direitos sociais conquistados pelas populações menos favorecidas. Isso pode ser observado nas mortes por causas evitáveis na anemia falciforme que ocorre em 6% a 10% da população negra; por diabetes mellitus tipo II que apresenta uma frequência cerca de 50% maior em mulheres negras do que em mulheres brancas; entre os 10% mais pobres, 76% eram pretos ou pardos, e 22,8% brancos; mas, a proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre brancos (74,8%) do que entre pretos (69,5%) e pardos (67,8%); na mortalidade materna, já que do total de mortes maternas em 2012, 60% foram de negras e 34% de brancas; em relação ao HIV/Aids, foi observada uma maior taxa de detecção em mulheres pretas (123/100 mil habitantes), seguida da parda (8/100 mil habitantes) e da branca (7,1/100 mil habitantes) (Brasil, 2017) mesmo após a implementação da PNSIPN. Apesar de a população negra ser a maioria entre os usuários do SUS, esse grupo ainda apresenta os piores indicadores sociais e de saúde, estando em desvantagem em relação à população branca (Oliveira; Magalhães, 2022). A falta de formação adequada por parte dos profissionais e a ausência de articulação entre os gestores para o monitoramento efetivo da política são obstáculos à implementação da PNSIPN (Adão; Campos, 2023; Batista et al., 2020). Estratégias pró-equidade racial mais justas e assertivas, incluindo a sensibilização dos profissionais e a articulação intersetorial, são cruciais para enfrentar essas barreiras e garantir que a PNSIPN implementada atenda, de fato, às demandas da população negra (Chehuen Neto et al., 2015; Adão; Campos, 2023).

Por outro lado, há também um desconhecimento dos profissionais de saúde e da sociedade sobre a própria PNSIPN, sobre como implementá-la e sobre os graves impactos que o racismo exerce no acesso aos cuidados e serviços de saúde oferecidos pelo SUS para a população negra. Na pesquisa realizada por Chehuen Neto et al. (2015), nas cinco regiões mais povoadas em Minas Gerais, 90,5% dos

entrevistados relataram desconhecer a PNSIPN e 52,7% declararam que a PNSIPN tende a reforçar a discriminação racial. Silva et al. (2022), em sua pesquisa realizada com gestoras e profissionais de saúde de nível superior e médio em cinco unidades de saúde da família (USF) na Bahia, encontraram um dado comum nas USF: o desconhecimento acerca da PNSIPN e das formas práticas de implementá-la e executá-la no ambiente de trabalho. Também foi verificada uma baixa inclusão de temas como saúde da população negra e combate ao racismo em cursos formativos, tanto em estados quanto em municípios. Isso aponta para a necessidade de maior capacitação, letramento racial e engajamento dos profissionais para reduzir as iniquidades raciais no SUS. Essa lacuna na formação tem sido destacada como um dos principais desafios para a efetivação de políticas antirracistas na saúde. Isso é discutido por pesquisadores que ressaltam a importância de incluir o racismo estrutural como determinante social da saúde nos currículos de formação (Silva et al., 2022).

A ausência de educação permanente sobre a temática dificulta que os profissionais compreendam os impactos do racismo nas condições de vida e nos indicadores de saúde da população negra, como apontado por Batista e Barros (2017). Nesse sentido, a inclusão de discussões sobre raça, etnia e gênero nos processos formativos é essencial para promover uma prática voltada à equidade, como ilustrado por experiências de grupos temáticos que abordaram esses tópicos de forma interdisciplinar (Matos; Tourinho, 2018). Além disso, estudos demonstram que a falta de preparo profissional reforça desigualdades ao não reconhecer as especificidades da população negra e suas vulnerabilidades, perpetuando iniquidades que se manifestam tanto no acesso quanto na qualidade do cuidado oferecido (Werneck, 2016; Oliveira; Magalhães, 2022). Portanto, a incorporação desses temas na formação e na prática profissional não apenas sensibiliza os trabalhadores da saúde, mas também fortalece a implementação de políticas públicas voltadas à promoção de saúde equitativa e ao enfrentamento do racismo institucional no SUS.

A presença da população negra nos territórios não se constitui motivação para a elaboração de ações que possam subsidiar o planejamento

estratégico e, por conseguinte, de seus planos de gestão por parte dos gestores, seja ao nível de estado ou de município, para obtenção de resultados em saúde que promovam o direito à saúde da população. Isto é uma dimensão do racismo, compromete a articulação necessária para combater o racismo institucional no SUS e dificulta a efetividade da política (Brasil, 2018; Werneck, 2016). É possível constatar assim que a implementação da PNSIPN enfrenta desafios significativos, especialmente no que tange à existência de instâncias específicas para coordenar ações voltadas à saúde da população negra. Embora a maioria dos estados possua estruturas para operacionalizar a PNSIPN, menos de 10% dos municípios relataram possuir tais instâncias. Essa carência de instâncias específicas nos municípios é evidenciada por dados do Ministério da Saúde, que apontam que apenas 7% dos municípios possuem comitês técnicos de saúde da população negra, em contraste com uma presença mais consolidada ao nível estadual (Brasil, 2018). A ausência dessas estruturas nos municípios impede a coordenação eficaz das ações da PNSIPN, resultando em dificuldades na implementação de políticas públicas que visem à promoção da equidade racial em saúde. Além disso, a falta de instâncias específicas compromete a capacidade de monitorar e avaliar as ações voltadas à saúde da população negra, perpetuando o racismo institucional no SUS (Werneck, 2016).

Entretanto, é imperativo fortalecer a criação e a atuação de instâncias específicas nos municípios para coordenar as ações da PNSIPN, garantindo uma implementação efetiva da política e promovendo a articulação necessária para combater o racismo institucional no SUS. A participação ativa dos gestores municipais, juntamente com o apoio das esferas estadual e federal, é crucial para superar as barreiras existentes e assegurar a equidade na saúde da população negra (Brasil, 2018; Werneck, 2016).

A participação nos colegiados se mostrou mais expressiva ao nível municipal. No entanto, essa mobilização não se traduziu em ações concretas da PNSIPN, sugerindo que a presença em fóruns decisórios não tem sido suficiente para garantir avanços significativos na aplicação da política em âmbito local. A participação dos municípios nos colegiados de gestão tem se mostrado expressiva,

especialmente no contexto da PNSIPN. Estudos recentes destacam a importância de indicadores para monitorar e avaliar a implementação da PNSIPN, permitindo uma análise mais precisa das ações desenvolvidas em diferentes níveis de gestão (Batista et al., 2020). Além disso, a construção de painéis de indicadores tem sido apontada como uma estratégia viável para subsidiar o processo de implementação da PNSIPN, possibilitando o aprimoramento da gestão ao nível municipal, estadual e federal (Batista et al., 2020).

A validação de planos de indicadores específicos para avaliar a implementação da PNSIPN nos municípios brasileiros também tem sido objeto de pesquisa, visando assegurar que os indicadores sejam representativos e adequados para a realidade local (Batista et al., 2020). Essas iniciativas refletem o compromisso dos municípios em participar ativamente dos colegiados de gestão e em implementar ações voltadas à saúde da população negra, contribuindo para a promoção da equidade racial no SUS. É importante ressaltar que, embora a participação nos colegiados seja fundamental, a efetividade das ações da PNSIPN depende também da existência de instâncias específicas para coordenar essas iniciativas ao nível municipal. A ausência dessas estruturas pode comprometer a articulação necessária para combater o racismo institucional no SUS (Oliveira; Magalhães, 2022). Portanto, fortalecer a criação e atuação de instâncias específicas nos municípios, aliadas à participação ativa nos colegiados de gestão, é essencial para a implementação efetiva da PNSIPN e para a promoção da saúde integral da população negra (Batista et al., 2020).

As limitações do estudo versam sobre o uso de dados de base secundária dependente do preenchimento e inserção dos dados que ainda precisam estar qualificados para disponibilizá-los em sítios eletrônicos a fim de subsidiar as análises. Além disso, o recorte temporal entre 2018-2021 dos planos de saúde relativos à PNSIPN traz um anacronismo em relação ao tempo presente. Para superar tais limitações, criou-se o índice de implementação da PNSIPN, que considerou, além dos planos ao nível de estado e de municípios, a cobertura da APS e a demografia segundo raça/cor a partir de dados atualizados. De toda forma, incentiva-

se que tais limitações possam ser mitigadas com novos estudos no tema. Concluiu-se que estados e municípios não têm ações integradas e articuladas sobre a PNSIPN no ESTADIC e no MUNIC. Além disso, a cobertura da APS foi associada aos menores níveis de implementação da PNSIPN.

Para superar esse cenário, recomenda-se o fortalecimento da APS (definindo seu papel no cadastro, acolhimento, projetos terapêuticos e coordenação da jornada do usuário), a qualificação do monitoramento (vinculando metas a indicadores específicos e mensuráveis) e a ampliação do escopo do cuidado (integrando saúde mental, capacitação profissional e articulação intersetorial). A cobertura universal é a melhor forma de alcançar o direito à saúde, garantindo acesso integral e de qualidade sem barreiras. Fortalecer a gestão e o planejamento é fundamental para superar barreiras de acesso, como preconceitos, e garantir acesso livre às Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2025). Mas, para essa efetivação, combater o racismo é o primeiro passo.

Referências

- ADÃO, A. H.; CAMPOS, M. C. Saúde da população negra: uma investigação sobre a implementação da PNSIPN no município de Rolândia-PR. *GeoTextos*, Salvador, v. 19, n. 1, p. 57-76, 2023.
- BATISTA, L. E. et al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 3, e190151, 2020.
- BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00090516, 2017.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 jul. 2025.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção de Saúde*. Brasília, DF:

- CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 22 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de gestão para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/manual-de-gestao-para-implementacao-da-politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra>. Acesso em: 22 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra*. Brasília, DF, v. 1, n. Especial, out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023>. Acesso em: 11 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra*. Brasília, DF, v. 2, n. Especial, out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-2-out.2023>. Acesso em: 11 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.023, de 23 de setembro de 2004*. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Panorama da APS brasileira: o que revelam os resultados do Censo Nacional das UBS 2024?* [S. l.: s. n.], 2025. 1 vídeo (3h 25min 01s). Publicado pelo canal TV Abrasco. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FXFWSl4vxFU>. Acesso em: 11 jul. 2025.
- CHEHUEN NETO, J. A. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015.
- DA SILVA, L. W. S. et al. Saberes de quilombos nas práticas de saúde: um estudo de revisão sistemática de literatura. *Odeere*, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 134-158, 2024.
- DA ROSA TOLAZZI, J.; GRENDENE, G. M.; VINHOLES, D. B. Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 46, p. e2, 2022.
- DE SOUZA, R. R. et al. *Relatório de pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos*.
- HAMED, S. et al. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 988, 2022.
- MATOS, C. C. de S. A.; TOURINHO, F. S. V. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018.
- MOURA, R. N. V. de et al. Social inequities and dental caries in 5-year-old children: a study with results from SB Brasil 2023. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 39, n. suppl. 1, p. e046, 2025.
- OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 39, p. e0214, 2022.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração de Durban*: Relatório da Conferência

mundial contra o racismo, discriminação racial, xenofobia e intolerância correlata. [S. l.]: ONU, 2001. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/150033-declara%C3%A7%C3%A3o-e-plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-de-durban-2001>. Acesso em: 17 nov. 2025.

ORTEGA, F.; PELE, A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. *Lancet Regional Health - Americas*, [S. l.], v. 28, e100631, 10 nov. 2023.

PARADIES, Y et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, [S. l.], v. 10, n. 9, e0138511, 2015.

PASE, H. L.; PATELLA, A. P. D; SANTOS, E R. O pacto federativo e a implementação da política pública de saúde no Brasil. *Caderno CRH*, Salvador, v. 36, e023013, 2023.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 309-314, 2003.

SILVA, S. O. et al. "Na verdade eu nunca participei e nem ouvi falar sobre": a Política Nacional de Saúde

Integral da População Negra na perspectiva de gestores e profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 4, e210969pt, 2022.

SORICE, V. et al. The Perpetual Cycle of Racial Bias in Healthcare and Healthcare Education: A Systematic Review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, [S. l.], p. 1-12, 2025.

STARFIELD B.; SHI L.; MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 44, p. e4, 2020.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WILLIAMS, D. R.; LAWRENCE, J. A.; DAVIS, B. A. Racism and health: evidence and needed research. *Annual Review of Public Health*, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 105-125, 2019.

Contribuição:

Julyane Cristina dos Santos Felício contribuiu na coleta de dados. Ana Paula da Cunha contribuiu na coleta e análise de dados, escrita do artigo e revisão. Márcia Pereira Alves dos Santos contribuiu na conceituação, metodologia, administração de projetos, escrita, revisão, edição e revisão final da escrita. Marly Marques da Cruz contribuiu na conceituação, aquisição de financiamento, metodologia, supervisão e revisão da escrita.

Editores: José Miguel Olivar, Raquel Souza

Recebido: 05/08/2025

Reapresentado: 04/10/2025

Aprovado: 12/12/2025