

DESIGUALDADES INTERSECCIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: GÊNERO, RAÇA E CLASSE SOCIAL COMO DETERMINANTES DO ACESSO E DA QUALIDADE DO CUIDADO

INTERSECTIONAL INEQUALITIES IN PRIMARY HEALTH CARE: GENDER, RACE, AND SOCIAL CLASS AS DETERMINANTS OF ACCESS AND QUALITY OF CARE

DESIGUALDADES INTERSECCIONALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: GÉNERO, RAZA Y CLASE SOCIAL COMO DETERMINANTES DEL ACCESO Y DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Geruza Silva de Oliveira Vieira¹, Celio Bispo de Souza²

DOI: 10.54899/dcs.v23i87.4623

Recibido: 16/02/2026 | Aceptado: 18/02/2026 | Publicación en línea: 20/02/2026.

RESUMO

O estudo analisa as desigualdades interseccionais na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, com ênfase no racismo estrutural que incide sobre populações indígenas e negras, articulado aos marcadores de gênero e classe social. Parte-se do problema de que a universalidade do Sistema Único de Saúde não garante, por si, a equidade no acesso e na qualidade do cuidado, tendo em vista a persistência de desigualdades históricas e institucionais. O objetivo consiste em examinar criticamente como raça, gênero e classe, de forma interdependente, produzem vulnerabilidades específicas no cotidiano dos serviços de saúde, com destaque para o racismo institucional direcionado às populações negra e indígenas. Trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza descritiva e bibliográfica, fundamentada em análise de documentos normativos e produções acadêmicas no campo da saúde coletiva e das políticas públicas. A análise foi organizada em três eixos: determinantes sociais da saúde, interseccionalidade e estratégias de equidade na APS. Os resultados evidenciam que mulheres negras, populações indígenas e pessoas LGBTQIA+ enfrentam barreiras simbólicas e institucionais que comprometem o acolhimento, a continuidade e a integralidade do cuidado. No caso indígena, identificam-se processos de deslegitimação cultural, fragilidades na articulação entre saberes tradicionais e biomédicos e falhas na coordenação da atenção. Conclui-se que a superação das iniquidades exige políticas públicas orientadas por abordagem interseccional, formação profissional antirracista e mecanismos de gestão que incorporem indicadores de raça, gênero e classe, de modo a fortalecer a APS como espaço estratégico de promoção da justiça social e do direito à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Interseccionalidade. Racismo Institucional. Saúde Indígena. Equidade em Saúde.

¹ Doutora em Sociologia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.
E-mail: geruza.vieira@ufmt.br

² Mestrando em Sociologia, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.
E-mail: celiobisposauza86@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2197-7370>

ABSTRACT

This study analyzes intersectional inequalities in Brazilian Primary Health Care (PHC), with an emphasis on structural racism affecting Indigenous and Black populations, articulated with gender and social class markers. It is grounded in the problem that the universality of the Unified Health System (SUS) does not, in itself, guarantee equity in access to and quality of care, given the persistence of historical and institutional inequalities. The objective is to critically examine how race, gender, and class, in an interdependent manner, produce specific vulnerabilities in the daily functioning of health services, highlighting institutional racism directed at Black and Indigenous populations. This qualitative, descriptive, and bibliographic research is based on the analysis of normative documents and academic literature in the fields of public health and public policy. The analysis was organized into three axes: social determinants of health, intersectionality, and equity strategies in PHC. The findings demonstrate that Black women, Indigenous populations, and LGBTQIA+ individuals face symbolic and institutional barriers that compromise welcoming practices, continuity, and comprehensiveness of care. In the Indigenous context, processes of cultural delegitimization, weaknesses in the articulation between traditional and biomedical knowledge, and failures in care coordination were identified. It is concluded that overcoming inequities requires public policies guided by an intersectional approach, anti-racist professional training, and management mechanisms that incorporate race, gender, and class indicators in order to strengthen PHC as a strategic space for promoting social justice and the right to health.

Keywords: Primary Health Care. Intersectionality. Institutional Racism. Indigenous Health. Health Equity.

RESUMEN

El estudio analiza las desigualdades interseccionales en la Atención Primaria de Salud (APS) brasileña, con énfasis en el racismo estructural que afecta a las poblaciones indígenas y negras, articulado con los marcadores de género y clase social. Se parte del problema de que la universalidad del Sistema Único de Salud (SUS) no garantiza, por sí misma, la equidad en el acceso y en la calidad de la atención, dada la persistencia de desigualdades históricas e institucionales. El objetivo consiste en examinar críticamente cómo raza, género y clase, de forma interdependiente, producen vulnerabilidades específicas en la vida cotidiana de los servicios de salud, destacando el racismo institucional dirigido a las poblaciones negra e indígena. Se trata de una investigación cualitativa, de carácter descriptivo y bibliográfico, fundamentada en el análisis de documentos normativos y producciones académicas en el ámbito de la salud pública y de las políticas públicas. El análisis se organizó en tres ejes: determinantes sociales de la salud, interseccionalidad y estrategias de equidad en la APS. Los resultados evidencian que mujeres negras, poblaciones indígenas y personas LGBTQIA+ enfrentan barreras simbólicas e institucionales que comprometen la acogida, la continuidad y la integralidad de la atención. En el caso indígena, se identifican procesos de deslegitimación cultural, fragilidades en la articulación entre saberes tradicionales y biomédicos y fallos en la coordinación asistencial. Se concluye que la superación de las inequidades exige políticas públicas orientadas por un enfoque interseccional, formación profesional antirracista y mecanismos de gestión que incorporen indicadores de raza, género y clase, con el fin de fortalecer la APS como espacio estratégico de promoción de la justicia social y del derecho a la salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Interseccionalidad. Racismo Institucional. Salud Indígena. Equidad en Salud.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem Atenção Primária à Saúde (APS) como o principal pilar de acesso universal e equitativo ao cuidado em saúde no Brasil. No entanto, as desigualdades sociológicas estruturais no país de ordem racial, de gênero e socioeconômica continuam a se reproduzir no interior do sistema de saúde, influenciando negativamente tanto o acesso quanto o vínculo, o acolhimento e a qualidade do cuidado prestado. A desigualdade social no acesso ao serviço de saúde do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) significa ausência de equidade, isto é, como regra, é oferecer mais a quem mais precisa, reconhecendo as desigualdades estruturais. Essas estratégias podem incluir políticas afirmativas, capacitação de profissionais para o cuidado culturalmente sensível, ampliação da participação social e integração intersetorial das ações.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), alcançar a equidade em saúde requer enfrentar os determinantes estruturais que geram exclusão e desigualdade, o que torna a APS um espaço estratégico para implementar práticas que garantam acesso universal e cuidado diferenciado conforme as necessidades.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde mostra-se fundamental para entender essa dinâmica de reprodução de desigualdades: segundo Göran Dahlgren e Margaret Whitehead (1991), os determinantes sociais configuram uma rede de fatores que ultrapassa o campo biológico, envolvendo condições de vida, trabalho, educação e renda. No âmbito global, a World Health Organization (OMS) alerta que a equidade em saúde depende do reconhecimento de como a distribuição desigual de poder, renda e recursos afeta o bem-estar dos grupos sociais.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) compreendem fatores como renda, escolaridade, habitação, trabalho, gênero, raça e acesso a serviços essenciais. De acordo com Dahlgren e Whitehead (1991), as desigualdades em saúde decorrem da distribuição desigual desses determinantes, o que resulta em iniquidade com diferenças evitáveis, injustas e desnecessárias. Na APS, compreender os determinantes sociais é essencial para planejar ações de promoção da saúde e reduzir desigualdades, uma vez que eles moldam tanto o risco de adoecimento quanto o

acesso aos serviços e a qualidade do cuidado.

Nesse contexto, a APS como porta de entrada preferencial do SUS deve ser entendida como espaço privilegiado para identificar, compreender e mitigar as desigualdades em saúde. Entretanto, a análise tradicional frequentemente segmenta os determinantes (gênero vs. raça vs. classe) de modo isolado, sem considerar como eles se entrecruzam e operam simultaneamente. Foi a jurista e feminista negra norte-americana Kimberlé Crenshaw, em 1989, quem cunhou o termo “interseccionalidade” para descrever como diferentes sistemas de opressão como racismo, sexismo e classismo se cruzam e interagem, produzindo formas específicas de discriminação e desigualdade. No clássico artigo “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex”, Crenshaw argumenta que as experiências de mulheres negras (...) não podem ser compreendidas separando-se raça e gênero, pois ambas as dimensões atuam de forma simultânea e interdependente» (CRENSHAW, 1989, p. 149).

Assim, este artigo tem como objetivo analisar as desigualdades interseccionais na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nas dimensões de gênero, raça e classe social, discutindo suas implicações sobre o acesso e a qualidade do cuidado prestado.

A justificativa desta pesquisa decorre da necessidade de aplicar essa lente interseccional ao SUS, evidenciando como raça, gênero e classe social interagem no interior da APS para produzir iniquidades em saúde. No cenário brasileiro, fatores históricos como o racismo estrutural, a desigualdade de gênero e as disparidades socioeconômicas convergem para vulnerabilizar determinados grupos sociais. Por exemplo, conforme Paula (2024) demonstram que “mulheres negras são mais propensas a experimentar negligência médica, subdiagnóstico e tratamento inadequado durante a gestação e o parto, o que reflete não apenas desigualdades econômicas, mas a intersecção entre racismo estrutural e sexismo institucional” (PAULA, 2024).

O conceito de interseccionalidade, cunhado por Kimberlé Crenshaw (1989), destaca que diferentes sistemas de opressão (racismo, sexismo, classismo) atuam simultaneamente, gerando experiências específicas de desigualdade.

Na saúde, isso significa que um homem negro e pobre, por exemplo, enfrenta riscos de exclusão que não podem ser explicados apenas por uma variável isolada, mas pela soma de todas. Assim, a análise interseccional na APS permite identificar quem são os sujeitos mais vulnerabilizados e como as políticas públicas podem (ou não) responder a essas necessidades complexas. Esse eixo também evidencia que a vulnerabilidade é um fenômeno socialmente produzido, não uma característica individual.

A interseccionalidade permite ver como as políticas públicas falham ao tratar os grupos sociais como homogêneos. Por exemplo, uma política de saúde voltada apenas às mulheres, sem considerar raça ou classe, tende a beneficiar desigualmente as mulheres brancas de maior renda. Assim, a proposta de Crenshaw (1989) é uma ferramenta analítica e política: ela convida os formuladores de políticas a pensarem o sujeito social em sua pluralidade de opressões e resistências.

Quanto ao enfoque metodológico esta pesquisa faz análise qualitativa, bibliográfica e dissertativa, baseada em dados secundários de artigos científicos a nível de Atenção Primária. Esta pesquisa contribui em propor caminhos de equidade aos cuidados de saúde a diferentes gêneros com ênfase na raça/cor negra.

Essa evidência aponta que políticas de saúde que tratam os sujeitos como grupos homogêneos por exemplo, “todas as mulheres” ou “todas as pessoas de baixa renda” correm o risco de invisibilizar as diferentes situações de opressão e cuidado que emergem da interseção de múltiplos eixos de desigualdade.

Assim, esta investigação propõe analisar de modo crítico as desigualdades interseccionais na APS, com ênfase nas dimensões de gênero, raça e classe social, discutindo suas implicações sobre o acesso, o acolhimento e a qualidade do cuidado prestado. Adota-se uma abordagem qualitativa, de natureza bibliográfica e dissertativa, baseada em dados secundários extraídos de artigos científicos no âmbito da APS.

A expectativa é que esta pesquisa contribua para a proposição de caminhos de equidade no cuidado em saúde, especialmente para diferentes gêneros com ênfase na raça/cor negra. Sob a lente interseccional, a desigualdade em saúde deixa de ser entendida somente como resultado da pobreza, para passar a ser vista como produto de uma estrutura social que marginaliza sujeitos segundo múltiplos eixos de poder como raça, gênero, classe e sexualidade. Portanto, sob a lente interseccional, a desigualdade em saúde não é apenas resultado da pobreza, mas de uma estrutura social que marginaliza sujeitos segundo múltiplos eixos de poder, como raça, gênero, classe e sexualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, dissertativa e bibliográfica, com base em autores clássicos e contemporâneos das áreas de saúde coletiva, sociologia e políticas públicas. Foram

analisados documentos institucionais, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2009).

A análise seguiu abordagem de conteúdo (Valle e Ferreira, 2024), priorizando três eixos temáticos: 1) Determinantes sociais da saúde e iniquidades; 2) Interseccionalidade e vulnerabilidades; 3) Estratégias de equidade na APS.

A coleta de material bibliográfico foi realizada entre março e setembro de 2025, em bases como SciELO, LILACS e PubMed, priorizando produções dos últimos dez anos e clássicos teóricos da área.

MARCO TEORICO

Desigualdade Racial e Racismo Institucional na APS

A desigualdade racial na Atenção Primária à Saúde (APS) expressa-se de forma contundente na presença do racismo institucional, fator que compromete o acesso, a qualidade e a efetividade do cuidado oferecido à população negra no sistema de saúde. O racismo institucional, entendendo como o conjunto de práticas e normas organizacionais que produzem e reproduzem exclusão racial, sedimenta as disparidades no atendimento, traduzindo-se em menor acolhimento e desigualdade em processos de cuidado (KALCKMANN, 2007). A raça/cor é um dos principais marcadores de desigualdade no SUS. Estudos Paula (2024) apontam que mulheres negras enfrentam maior tempo de espera e menor acesso a exames preventivos, mesmo quando inseridas na mesma unidade de saúde que mulheres brancas. Segundo Almeida (2019, p. 47), “o racismo estrutural é o modo como as desigualdades raciais se reproduzem institucionalmente, sem depender de intenções individuais”.

A política nacional a saúde integral a população negra (BRASIL, 2009) busca enfrentar esse quadro, mas sua implementação é limitada por falta de capacitação de profissionais e ausência de indicadores raciais nos sistemas de informação. Conforme Guimarães (2018), “sem dados desagregados por raça e gênero, o SUS não enxerga as desigualdades que deveria combater”.

Conforme Magalhães (2025), há um aumento significativo na taxa de mortalidade por câncer de mama devido ao diagnóstico tardio. E dentro dessa taxa, mulheres negras morreram

três vezes mais que mulheres não negras. A interseccionalidade atravessa toda a jornada: racismo estrutural, desigualdade socioeconômica, machismo. É como se o diagnóstico pesasse três vezes mais para uma mulher negra.

No âmbito da APS, essa forma de racismo manifesta-se de modo estrutural, quando políticas, rotinas e ações invisibilizam as necessidades específicas da população negra e limitam sua participação nas decisões relacionadas ao cuidado de saúde (OLIVEIRA, 2025). A pesquisa realizada por Tochetto et al. (2024) em unidades básicas de saúde do município de Chapecó aponta que o racismo institucional provoca falhas na coordenação do cuidado, resultando em deficiências nas referências e encaminhamentos, fragilizando o acompanhamento integral e longitudinal dos pacientes negros.

O racismo contra indígenas na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui barreira significativa ao acesso e à qualidade dos serviços oferecidos a esse grupo, refletindo práticas institucionais que geram desigualdade e exclusão. Esse racismo se manifesta pela desconsideração das especificidades culturais, linguísticas e territoriais dos povos indígenas, além da falta de equipamentos interculturais e profissionais capacitados para o atendimento adequado (APIB, 2020). A ausência de coordenação eficaz entre os diferentes sistemas de saúde que atendem os indígenas, como a Sesai (Secretaria Especial de Saúde Indígena) e os sistemas municipais, agrava ainda mais a situação, tornando o racismo institucional um obstáculo cruel no cotidiano desses usuários (SILVA, 2024).

Além disso, relatos indicam que indígenas frequentemente enfrentam atendimento tardio ou inadequado, preconceitos explícitos e exclusão social nos serviços municipais de saúde. A falta de profissionais indígenas ou falantes das línguas nativas e a escassez de acolhimento cultural apropriado são exemplos claros de racismo indigno que dificultam o acesso ao SUS (SILVA, 2024; APIB, 2020). Conforme um depoimento relatado, indígenas chegam cedo para consultas, mas são atendidos por último, enquanto não indígenas passam à frente, evidenciando o racismo operacional presente na APS (SILVA, 2024, p. 12).

O racismo que se percebe na Atenção Primária não apenas viola direitos básicos, mas tem impactos diretos na saúde, aumentando o sofrimento, a vulnerabilidade e a mortalidade desses povos. A promoção de práticas antirracistas, valorizando o conhecimento tradicional indígena, a formação intercultural dos profissionais e a garantia de uma rede coordenada e acolhedora são medidas essenciais para superar essa barreira (Ministério da Saúde, 2023). Segundo Silva (2024, p. 28), “a descoordenação no atendimento e a invisibilização das demandas indígenas nas

políticas municipais são manifestações do racismo institucional que fragilizam a Atenção Primária no acesso desse povo”.

Assim enfrentar o racismo contra os indígenas na APS exige um compromisso institucional para implementar políticas públicas que reconheçam e respeitem as especificidades culturais, linguísticas e territoriais deles. A melhoria do acolhimento e da coordenação entre serviços, aliada à educação antirracista e intercultural na formação dos profissionais de saúde, são passos indispensáveis para garantir equidade e dignidade no acesso à saúde dos povos indígenas.

A construção de uma APS antirracista deve, portanto, envolver um compromisso institucional permanente para desarticular os mecanismos racistas embutidos no sistema, assegurando o fortalecimento da equidade e do direito à saúde universal. Só assim será possível enfrentar a desigualdade racial e garantir que a população negra tenha acesso integral e justo aos cuidados de saúde.

Diante dessa realidade, promover a superação do racismo institucional exige estratégias que vão além do reconhecimento do problema e avançam na implementação de ações concretas, como a formação antirracista dos profissionais, a inclusão significativa de pessoas negras nos espaços decisórios, bem como a adoção de políticas públicas com enfoque na equidade racial (CLP, 2024). Segundo Silva (2017, p. 30), “a implementação de políticas antirracistas que promovam a representatividade negra e reformas nas práticas institucionais são caminhos fundamentais para a mudança estrutural no campo da saúde”.

Além disso, a incorporação do debate racial e a valorização das experiências da população negra na gestão e na execução das ações de APS potencializam a humanização do cuidado e a confiança nesses serviços (BORRET, 2020). Estratégias participativas e de controle social inclusivo são imprescindíveis para que a população negra possa ter voz ativa na construção de serviços que atendam sua real diversidade e complexidade.

Gênero, Trabalho Reprodutivo e Desigualdades no Cuidado

As desigualdades de gênero fazem presente na estruturam a APS. As mulheres representam mais de 70% dos usuários do SUS e a maioria dos trabalhadores da saúde, o que revela uma dupla carga de cuidado e vulnerabilidade (COBO ETAL, 2023).

De acordo com Saffioti (2015), o patriarcado opera como sistema de dominação que

naturaliza papéis de gênero, influenciando tanto a forma como as mulheres acessam o cuidado quanto como são cuidadoras no sistema. A ausência de políticas de saúde com perspectiva de gênero amplia o risco de sobrecarga física e emocional das mulheres na linha de frente da APS.

Do ponto de vista sociológico crítico da saúde, as desigualdades de gênero e sexualidade refletem relações históricas de poder, dominação e exclusão simbólica. O acesso à saúde, portanto, não se restringe a um problema de oferta de serviços, mas de reconhecimento e justiça social. Conforme Bourdieu (1998), “as estruturas sociais se reproduzem na prática institucional por meio de habitus, que naturalizam desigualdades e legitimam hierarquias sociais” (p. 45). No campo da saúde, esse habitus se manifesta nas relações entre profissionais e usuários, onde preconceitos de gênero, raça e sexualidade podem determinar o tipo e a qualidade do atendimento recebido.

De acordo com Schraiber e D’Oliveira (2015), os serviços da Atenção Primária ainda mantêm um modelo biomédico e androcêntrico, em que o corpo masculino é tratado como universal e o feminino e o LGBTQIA+ como desvios da norma. O modelo biomédico é uma forma de organização da atenção à saúde que se consolidou a partir do século XIX.

De forma indireta, pode-se afirmar que o modelo biomédico baseia-se em uma racionalidade técnica e curativista, centrada no hospital, no médico e no medicamento, priorizando o tratamento das doenças em detrimento da promoção da saúde. Essa visão fragmentada tem sido criticada por diversos autores, pois ignora os contextos socioeconômicos e as desigualdades estruturais que influenciam o adoecimento das populações (AYRES, 2004).

Além disso, a medicina moderna foi historicamente construída sob uma perspectiva androcêntrica, ou seja, tomando o corpo masculino como medida universal de normalidade. Conforme afirma Schiebinger (2001, p. 29), “a medicina ocidental tradicionalmente considerou o homem como o padrão de referência, relegando as especificidades do corpo feminino a uma posição secundária ou patológica”. Essa lógica produziu lacunas no conhecimento científico sobre as mulheres, bem como preconceitos e vieses na atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+, cuja corporalidade e identidade fogem do modelo normativo masculino-heterossexual.

Do ponto de vista sociológico, esse modelo reforça desigualdades sociais e de gênero. Ele se manifesta, por exemplo, na dificuldade de reconhecimento das dores e sintomas relatados por mulheres e pessoas LGBTQIA+, frequentemente interpretados como “exagero” ou “problema emocional” (HARAWAY, 1991). Também se reflete nas políticas de saúde, que tendem a concentrar recursos em doenças típicas de homens adultos e a negligenciar condições que afetam

majoritariamente grupos vulneráveis, como a saúde sexual e reprodutiva feminina, a saúde mental e as infecções sexualmente transmissíveis em populações marginalizadas.

Na análise de Bourdieu (1998), o campo médico reproduz as hierarquias sociais e simbólicas da sociedade mais ampla, de modo que as desigualdades de gênero, raça e classe se traduzem em desigual acesso à saúde e em diferentes formas de reconhecimento. Assim, o modelo biomédico e androcêntrico perpetua um “habitus institucional” excludente, no qual o saber técnico prevalece sobre o saber do paciente e no qual determinados corpos são mais legitimados que outros.

Dessa forma, as críticas contemporâneas apontam a necessidade de uma mudança de paradigma, em direção a um modelo biopsicossocial e interseccional, que reconheça as dimensões históricas, econômicas, culturais e identitárias que atravessam o processo de adoecimento e o cuidado em saúde. Como destaca Cecílio (2009, p. 56), “a superação do modelo biomédico exige reconhecer o sujeito como um ser integral, dotado de história, desejos e inserido em contextos sociais concretos”.

Essa estrutura simbólica produz vulnerabilidades específicas para cada grupo, tanto na busca quanto na permanência no cuidado.

Homens e a Masculinidade Hegemônica

Os homens apresentam menor frequência de utilização dos serviços de APS, o que é resultado de um modelo de masculinidade que associa o cuidado de si à fraqueza e à feminilidade. Como afirma Courtenay (2000, p. 1388), “as normas de masculinidade desencorajam os homens de procurar ajuda médica e os incentivam a negligenciar sintomas até que a doença se agrave”. Essa resistência cultural é reforçada pela organização dos serviços, que prioriza atendimentos durante o horário comercial e voltados a programas de saúde materno-infantil (Couto e Dantas, 2016)).

Consequentemente, doenças cardiovasculares, hipertensão e depressão masculina são frequentemente subdiagnosticadas ou tratadas tardiamente, o que contribui para a menor expectativa de vida dos homens brasileiros em relação às mulheres (IBGE, 2023).

Mulheres e a Sobrecarga do Cuidado

As mulheres, por outro lado, são as maiores usuárias da APS, mas isso não significa ausência de barreiras. Segundo Scott (1990), o gênero é uma categoria de poder que estrutura o acesso a recursos e define papéis sociais. Assim, o papel social da mulher como cuidadora naturalizada resulta em dupla vulnerabilidade: são cuidadoras e, ao mesmo tempo, pacientes negligenciadas.

Muitas vezes, os serviços de saúde reduzem a atenção feminina à função reprodutiva, ignorando dimensões como a saúde mental, o envelhecimento e a violência doméstica (PAULA, 2024). Essa lógica biologicista restringe o direito das mulheres à integralidade do cuidado e reproduz desigualdades de gênero na prática institucional.

População LGBTQIA+ e o Direito Negado à Integralidade

Conforme Mamedes et al (2023) a desigualdade de gênero caracteriza-se como um problema social que repercute no estado de saúde dos indivíduos, o qual pode ser prevenido ou amenizado quando as práticas dos profissionais de saúde adotam o gênero como fator transversal na sociedade

Por sua vez, a estrutura social baseada na desigualdade de gênero pode contribuir para práticas que dificultam o acesso aos serviços de saúde, e consecutivamente aumentam as iniquidades em saúde

São vários os desdobramentos trazidos por uma estrutura social favorecedora da desigualdade de gênero. A violência contra a mulher por parceiro íntimo, que por vezes culmina em feminicídio, evidencia a magnitude do problema. O Brasil ocupa a 5ª posição no ranking dos países com maior índice de feminicídio

A discriminação contra a população LGBTQIPA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, pansexuais e assexuais) é outro problema advindo da naturalização e biologização dos gêneros, criando barreiras de acesso ao grupo pelos serviços de saúde.

As desigualdades de gênero são construídas por meio de representações simbólicas e mitos, geralmente, as mulheres têm sua imagem associada à docilidade, à fragilidade, à passividade e à submissão, enquanto a do homem associa-se à virilidade, à fortaleza ao comando e à liderança.

No caso da população LGBTQIA+, o acesso à APS é frequentemente atravessado por discriminação estrutural, estigmatização e invisibilidade institucional. A ausência de formação específica de profissionais e a heteronormatividade dos protocolos clínicos dificultam o acolhimento dessa população (REIS, 2022).

Segundo a pesquisa “Transexualidade e Saúde Pública” (Fiocruz, 2020), 35% das pessoas trans já tiveram atendimento negado ou inadequado em serviços públicos de saúde, especialmente nas unidades de atenção básica. Como reforça Butler (2004), “a vulnerabilidade dos corpos queer não é uma condição natural, mas um produto da exclusão social e da ausência de políticas de reconhecimento” ().

Segundo Mamedes (2023), ressalta-se avanços importantes como o movimento contrário à discriminação do público LGBTQIA+ nos serviços de saúde, como a publicação, em 2006, da carta de direitos dos usuários da saúde, por meio da portaria nº 675, que contemplou o direito de receber tratamento pelo nome social e atendimento sem qualquer forma de preconceitos de gênero, como também a promulgação, em 2013, da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, dentre outros.

Contudo, apesar destes avanços, um estudo de revisão integrativa demonstrou que a heteronormatividade e a homofobia institucional configuram-se como principais obstáculos para que as referidas políticas sejam implementadas nos serviços de saúde. O que contribui para o reforço das vulnerabilidades enfrentadas pela população LGBTQIA+, com poucas iniciativas realizadas para sensibilizar os profissionais de saúde para o atendimento não discriminatório (MAMEDES ETAL, 2023).

Dessa forma, observa-se que a invisibilidade institucional das identidades dissidentes cria um ciclo de exclusão, em que a falta de políticas afirmativas resulta na perpetuação do adoecimento e da marginalização social.

Classe Social e Desigualdades Socioeconômicas como Barreira ao Acesso Universal a Saúde

A pobreza e a precarização do trabalho influenciam diretamente o acesso à saúde. Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que a saúde é um produto das condições sociais de vida e, portanto, as desigualdades econômicas determinam as iniquidades em saúde. A APS, embora universal, apresenta barreiras logísticas e simbólicas para populações periféricas, indígenas e quilombolas, onde a cobertura e a resolutividade são menores (PAIM, 2018).

Sen (1999) reforça que a liberdade de acesso à saúde é uma condição básica de justiça social. Desse modo, políticas redistributivas e afirmativas são essenciais para garantir equidade substantiva, e não apenas formal.

A classe social no Brasil que apresenta maior dificuldade de acesso ao serviço de saúde é a população de baixa renda, em especial as classes populares e vulneráveis socioeconomicamente. Essas desigualdades socioeconômicas impactam diretamente o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), criando barreiras como dificuldades financeiras, localização geográfica desfavorecida e falta de recursos nos serviços públicos de saúde.

Barros et al. (2025, p. 14) afirmam que “as desigualdades socioeconômicas são determinantes fundamentais no acesso aos serviços de saúde, configurando barreiras que afetam desde o deslocamento físico até a capacidade de buscar e utilizar os cuidados disponíveis”. Além disso, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2023) enfatiza que “a universalidade do SUS é condicionada pela distribuição desigual dos recursos e infraestrutura das unidades de saúde, favorecendo grupos economicamente mais privilegiados”. Silva Costa (2025) complementa, destacando que “o sucateamento das políticas públicas e o subfinanciamento do sistema público de saúde reflete diretamente na deterioração do atendimento à população mais vulnerável”.

Logo, é perceptível que as camadas sociais mais pobres enfrentam obstáculos severos para garantir acesso integral e de qualidade à saúde, evidenciando que o acesso universal ainda é um desafio a ser superado na prática.

Aquele que está abaixo da linha da pobreza é o que mais sofre com dificuldade o acesso integral a saúde. Quando não tem medicamento disponível no nas farmácia do SUS, sua renda financeira é menor para comprara a medicação. A desigualdade social e as desigualdades socioeconômicas representam barreiras significativas ao acesso universal à saúde, mesmo diante do princípio da universalidade defendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Essas desigualdades se manifestam no acesso aos serviços de saúde, na qualidade do atendimento e nos desfechos de saúde, impactando negativamente principalmente as populações em condições sociais desfavoráveis.

Estudos recentes demonstram que as desigualdades sociais, baseadas em classe e condição econômica, criam limitações físicas e financeiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Segundo Barros et al. (2025, p. 14), “as desigualdades socioeconômicas são determinantes fundamentais no acesso aos serviços de saúde, configurando barreiras que afetam desde o

deslocamento físico até a capacidade de buscar e utilizar os cuidados disponíveis”. A concentração de recursos, profissionais e equipamentos em áreas economicamente mais favorecidas gera um cenário em que populações de baixa renda enfrentam maiores dificuldades em obter cuidados adequados, especialmente para serviços de maior complexidade (IPEA, 2023).

Além disso, a vulnerabilidade social combinada com obstáculos estruturais, como transporte inadequado, baixo nível educacional e precariedade da rede de saúde em regiões periféricas, agrava a exclusão do acesso à saúde. Conforme Silva Costa (2025, p. 8), “o sucateamento das políticas públicas e o subfinanciamento do sistema público de saúde reflete diretamente na deterioração do atendimento à população mais vulnerável, reforçando os ciclos de exclusão social e desigualdade em saúde”.

Portanto, compreender a desigualdade social e econômica como barreira ao acesso universal à saúde implica reconhecer que a simples universalidade formal, garantida em lei, não se traduz automaticamente em acesso real e equitativo. É necessária a implementação de políticas públicas intersetoriais que atuem para reduzir essas desigualdades, por meio de transferência de renda, fortalecimento da atenção primária e expansão das redes de cuidados, de modo a garantir o efetivo direito à saúde para todas as classes sociais.

Interseccionalidade como Ferramenta Analítica

A abordagem interseccional, segundo Crenshaw (1989), permite compreender que as experiências de discriminação não são isoladas, mas simultâneas. No campo da saúde, isso significa que uma mulher negra e pobre não vivencia separadamente o racismo, o sexismo e a desigualdade de classe, mas um entrelaçamento dessas dimensões que afetam o cuidado recebido.

A interseccionalidade, teoria originada no pensamento feminista negro, tem se revelado fundamental como ferramenta analítica para compreender as barreiras que diferentes grupos enfrentam no acesso aos serviços de saúde. Essa abordagem considera múltiplas dimensões de opressão e desigualdade que se cruzam, como raça, gênero, classe social e escolaridade, produzindo iniquidades complexas que impactam diretamente a equidade em saúde (OLIVEIRA et al., 2025).

Como afirma Akotirene (2019, p. 62), “a interseccionalidade é uma categoria de análise que exige o reconhecimento das hierarquias sociais dentro do SUS e propõe a transversalização das políticas públicas”. Assim, incorporar essa perspectiva na APS é um passo fundamental para

a justiça sanitária e social.

Pesquisas indicam que a teoria interseccional ajuda a desvendar as diferentes formas de exclusão produzidas pelos sistemas de poder que regem as relações sociais. Isso demanda um olhar que ultrapasse a simples soma das opressões para entender seus efeitos combinados sobre a saúde individual e coletiva. Assim, a interseccionalidade contribui para o desenvolvimento de políticas públicas que considerem a complexidade das identidades sociais, promovendo um acesso à saúde mais justo e inclusivo (BRANDÃO, 2025; MACEDO, 2025).

Ademais, a interseccionalidade é essencial para a elaboração de desenhos de pesquisa e modelos de análise que possam medir simultaneamente a multidimensionalidade dos marcadores sociais em processos de iniquidade em saúde. Essa abordagem fortalece a prática da equidade em saúde, ao identificar grupos mais vulnerabilizados e fornecer subsídios para intervenções direcionadas que enfrentem as barreiras estruturais impostas pela sociedade (SANTOS, 2025).

Assim a interseccionalidade como ferramenta analítica permite uma compreensão profunda das barreiras ao acesso à saúde, revelando o entrelaçamento de múltiplas formas de opressão que produzem desigualdades. Essa compreensão é imprescindível para a construção de estratégias eficazes para a promoção da justiça social e do direito universal à saúde, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

- a) “A interseccionalidade reconhece que existem múltiplas e simultâneas estruturas de opressão, sendo uma ferramenta útil para a análise das posições sociais e como as mesmas se cruzam e se entrelaçam, produzindo iniquidades” (OLIVEIRA et al., 2025, p. 28).
- b) “Os achados do estudo mostram que, quanto mais categorias de opressão se interseccionam, maior a falta de acesso aos serviços de saúde por mulheres” (OLIVEIRA et al., 2025, p. 30).
- c) “A interseccionalidade, como ferramenta analítica, para teoria e prática na/da saúde promove a complexificação das interpretações sobre os fenômenos” (BRANDÃO, 2025, p. 15).
- d) “A produção das análises interseccionais na saúde se utiliza das abordagens quantitativas e, principalmente, qualitativa, a fim de investigar os processos de diferenciação social e a construção da identidade” (BRANDÃO, 2025, p. 18).

Principais Patologias e Barreiras de Acesso na Atenção Primária à Saúde, por Gênero e Grupo Social (Brasil, 2025*)

Na tabela 1 evidencia que as desigualdades em saúde são diferenciadas conforme o gênero e a orientação sexual, exigindo políticas de saúde que incorporem a diversidade e a equidade como princípios estruturantes. A literatura crítica da saúde (BARROS, 2002; AYRES, 2009) demonstra que o modelo biomédico, centrado na doença, é insuficiente para responder às necessidades sociais e simbólicas que determinam o adoecimento.

Ayres (2009, p. 52) argumenta que “a vulnerabilidade é sempre relacional e contextual, sendo expressão das formas de desigualdade que atravessam o sujeito em sua vida cotidiana”. Assim, o cuidado integral na APS requer uma abordagem interseccional, que reconheça as múltiplas identidades dos usuários e confronte as hierarquias de gênero e sexualidade no interior das instituições de saúde.

O preconceito, a discriminação e o racismo configuram-se como obstáculos estruturais que limitam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos na Atenção Primária. Esses fenômenos sociais perpetuam desigualdades no sistema de saúde brasileiro, refletindo-se em práticas e atendimentos diferenciados que comprometem a equidade e a universalidade do direito à saúde. Segundo Silva (2020), o racismo institucional é uma barreira histórica que dificulta o acesso da população negra aos serviços de saúde, manifestando-se tanto no atendimento diferenciado quanto na ausência de acolhimento adequado.

A discriminação embutida no sistema de saúde é resultado direto do preconceito racial e social, que interfere na relação entre profissionais e usuários. Oliveira e Magalhães (2022) destacam que o preconceito racial permeia decisões clínicas e administrativas, gerando desconfiança e afastamento dos serviços por parte daqueles que se sentem discriminados. Assim, a saúde da população negra é impactada pela combinação de racismo, sexismo e condições socioeconômicas adversas, que afetam diretamente a adesão ao cuidado e a assertividade dos atendimentos.

No contexto da Atenção Primária, considerada porta de entrada do sistema de saúde, o racismo manifesta-se de forma institucional e estrutural. Isso significa que, além das atitudes individuais, existem práticas organizacionais e políticas que reproduzem desigualdades raciais. Conforme Oliveira et al (2025), o racismo institucional se expressa em negligência, preconceitos e estereótipos associados à população negra, refletindo em barreiras objetivas e subjetivas que

dificultam o acesso e resultam em uma menor qualidade do serviço prestado.

Para enfrentar essas barreiras, é fundamental reconhecer o racismo como um determinante social da saúde, inserido em estruturas históricas e culturais da sociedade brasileira. A educação antirracista dos profissionais de saúde e a implementação de políticas públicas de combate ao racismo na atenção primária são medidas imprescindíveis para a promoção da equidade e humanização dos serviços (Oliveira et al, 2025; Magalhães, 2022). O acolhimento culturalmente sensível e a valorização das demandas específicas da população negra podem contribuir para a superação desses obstáculos.

Preconceito, discriminação e racismo são barreiras que inviabilizam o pleno acesso à Atenção Primária à Saúde para grupos historicamente marginalizados. Enfrentá-los é essencial para assegurar a universalidade e a justiça social no sistema de saúde brasileiro, com a adoção de práticas inclusivas e políticas antirracistas efetivas.

- a) Conforme Silva (2020, p. 15), “o racismo institucional é referido como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde, manifestando-se em atendimento diferenciado e preconceito do profissional relacionado à raça do usuário”.
- b) Oliveira e Magalhães (2022, p. 9) ressaltam que “o preconceito racial permeia decisões clínicas e administrativas, contribuindo para a exclusão e desconfiança da população negra em relação aos serviços de saúde”.
- c) Segundo Oliveira et al (2025, p. 12), “o racismo institucional se expressa em práticas organizacionais e políticas que reproduzem desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento na Atenção Primária”.

Tabela 1 – Principais patologias e barreiras de acesso na Atenção Primária à Saúde, por gênero e grupo social (Brasil, 2025)

Grupo Social / Gênero	Patologias mais frequentes na APS	Condições negligenciadas	Principais barreiras de acesso
Homens (cis)	Hipertensão arterial (38%), Diabetes tipo 2 (22%), Transtornos de ansiedade (15%)	Saúde mental, prevenção do suicídio, doenças sexualmente transmissíveis	Horários incompatíveis de atendimento; percepção cultural de invulnerabilidade; ausência de campanhas voltadas aos homens
Mulheres (cis)	Doenças ginecológicas (32%), Depressão e ansiedade (29%), Hipotireoidismo (18%)	Saúde mental pós-parto, climatério, doenças cardiovasculares	Redução da atenção à dimensão não reprodutiva; sobrecarga de cuidado; violência obstétrica
Pessoas LGBTQIA+	ISTs (28%), depressão (33%), automutilação e uso de psicotrópicos (12%)	Saúde mental, terapia hormonal, acompanhamento preventivo de câncer	Discriminação institucional; ausência de políticas específicas; profissionais despreparados para acolhimento

Fonte: Elaboração própria com base em dados da PNS (IBGE, 2019), Fiocruz (2020) e Ministério da Saúde (2023).

RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise empreendida ao longo desta pesquisa permite afirmar, com respaldo teórico e empírico, que as iniquidades na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil não se explicam por variáveis isoladas, mas emergem do entrelaçamento dinâmico de gênero, raça e classe social. Nesse sentido, a perspectiva interseccional mostrou-se mais do que um aporte conceitual: revelou-se um método de leitura do real que ilumina mecanismos de produção e reprodução das desigualdades no interior do próprio sistema de saúde. Ao deslocar o foco das “características individuais” para as relações estruturais de poder, a interseccionalidade possibilita reconhecer que barreiras de acesso, acolhimento precário e diferenças na qualidade do cuidado são efeitos de arranjos históricos e institucionais que distribuem de forma desigual recursos, reconhecimento e voz política.

O primeiro eixo temático, determinantes sociais da saúde e iniquidades, evidenciou que condições de renda, moradia, escolaridade, trabalho e território não apenas moldam o risco de adoecimento, mas também organizam trajetórias de busca de cuidado e de permanência nos serviços. A APS, concebida como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sofre os efeitos das assimetrias territoriais e socioeconômicas, sobretudo em áreas

periféricas, rurais, quilombolas e indígenas. A universalidade formal, conquanto fundamental, não elimina as barreiras materiais e simbólicas que segregam usuários por classe e raça, tampouco supera o padrão androcêntrico ainda presente em fluxos assistenciais e protocolos. Do ponto de vista prático, isso significa que as políticas e os processos de trabalho em saúde só se tornam efetivamente equânimes quando incorporam a heterogeneidade social como premissa de planejamento, financiamento e avaliação.

O segundo eixo a interseccionalidade e vulnerabilidades, comprovou que experiências de discriminação não se somam aritmeticamente; elas se potencializam em contextos institucionais específicos, produzindo padrões diferenciados de adoecimento e cuidado. Mulheres negras, por exemplo, enfrentam riscos aumentados de desfechos adversos em saúde sexual e reprodutiva; homens socializados em modelos de masculinidade hegemônica tendem a retardar a procura por cuidado e a abandonar tratamentos; pessoas LGBTQIA+ encontram ambientes clínicos hostis e insuficiência de protocolos sensíveis às suas necessidades; populações indígenas e quilombolas vivenciam processos sistemáticos de deslegitimação cultural e barreiras linguísticas. Tais constatações reforçam que não há sujeito universal do cuidado: há múltiplas posições sociais que requerem abordagens diferenciadas, desenho de serviços responsivo e competência cultural como atributo organizacional permanente.

O terceiro eixo, estratégias de equidade na APS, indica um conjunto coerente de caminhos institucionais e políticos. Em primeiro lugar, a formação e a educação permanente devem ir além de conteúdos informativos e incorporar pedagogias antirracistas, antissexistas e anti-LGBTfóbicas, capazes de alterar habitus profissionais e rotinas de cuidado. Em segundo, a gestão da informação precisa adotar indicadores interseccionais em prontuários e sistemas de saúde, com desagregação por raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, território e renda, garantindo monitoramento contínuo de acesso, oferta e desfechos.

Em terceiro, a governança participativa, conselhos de saúde, ouvidorias e comissões de equidade, deve incorporar participação qualificada de mulheres negras, população LGBTQIA+, povos indígenas e comunidades quilombolas, assegurando cogestão dos processos e controle social efetivo.

Em quarto, a intersectorialidade precisa deixar de ser enunciado retórico e traduzir-se em arranjos estáveis com assistência social, educação, habitação, saneamento e justiça, pois muitos determinantes cruciais não se resolvem dentro da unidade de saúde.

Os achados também sugerem ajustes no modelo de atenção. É imperativo fortalecer

atributos clássicos da APS, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, combinando-os a linhas de cuidado com recorte interseccional. Isso inclui, por exemplo, protocolos para saúde sexual e reprodutiva sensíveis a raça e gênero; itinerários terapêuticos trans-competentes; dispositivos de mediação cultural para povos indígenas; e agendas e horários de atendimento que considerem jornadas laborais precarizadas, transporte escasso e responsabilidades de cuidado não remunerado. Estratégias de busca ativa, navegação em saúde e agentes comunitários com formação em equidade mostraram-se centrais para superar barreiras de origem social e simbólica. Além disso, mecanismos de responsabilização, metas institucionais, avaliação de desempenho com recorte de equidade e pactos interfederativos são necessários para que a pauta deixe de depender apenas do empenho individual de profissionais e gestores.

A discussão sobre racismo institucional merece ênfase: ele não se resume a atitudes explícitas de discriminação, mas aparece em normas, rotinas e padrões decisórios que produzem resultados sistematicamente desvantajosos para pessoas negras e povos originários. Enfrentá-lo requer políticas de ação afirmativa na composição de equipes, protocolos de prevenção e manejo de vieses, revisão de fluxos de acolhimento, audição qualificada de usuários e canais seguros de denúncia e reparação. O mesmo raciocínio aplica-se às desigualdades de gênero e sexualidade: não basta capacitar; é preciso reconfigurar ambientes, processos e prioridades, de modo a reduzir assimetrias de poder nas relações de cuidado e garantir reconhecimento de identidades e saberes.

Do ponto de vista macropolítico, a equidade na APS depende de financiamento adequado e estável, de planejamento regional que considere vulnerabilidades acumuladas e de políticas nacionais (como a PNAB e a PNSIPN) operacionalizadas com metas, prazos e responsabilizações claras. A experiência internacional e nacional indica que recursos seguem prioridades: sem amarras orçamentárias para ações de equidade, a agenda tende a ser periférica, sobretudo em contextos de restrição fiscal. Por isso, recomenda-se a adoção de orçamento programático de equidade, com vinculação de parte do financiamento a resultados em acesso e qualidade desagregados interseccionalmente, bem como incentivos federados à produção de cuidado em territórios de alta vulnerabilidade.

No plano ético-político, a pesquisa reafirma que o direito à saúde universal, integral e equânime, só se concretiza quando a APS reconhece a diversidade como princípio e o combate às desigualdades como prática cotidiana. Isso supõe deslocar a pergunta do “quem se adapta ao serviço?” para “como o serviço se adapta ao usuário e ao território?”. A mudança de paradigma

requer lideranças comprometidas, equipes apoiadas, escuta comunitária e avaliação transparente, com comunicação pública de resultados. Os efeitos esperados vão além de indicadores clínicos: incluem confiança institucional, satisfação dos usuários e fortalecimento do tecido social.

Como toda investigação, esta apresenta limitações. A natureza qualitativa e bibliográfica, ainda que robusta para interpretação crítica, não substitui estudos de base populacional com métodos mistos, capazes de estimar magnitudes e testar intervenções em contextos reais. Ademais, a rápida evolução das políticas e das condições socioeconômicas requer atualização contínua. Tais limites, todavia, abrem agendas fecundas para pesquisas futuras: 1) desenvolvimento e validação de indicadores interseccionais aplicáveis aos sistemas de informação em saúde; 2) avaliações de implementação de estratégias de equidade na APS, com foco em efetividade e custo-efetividade; 3) estudos longitudinais sobre desfechos em populações negras, indígenas, quilombolas e LGBTQIA+; 4) uso de métodos geoespaciais para orientar alocação de recursos e redesenho de áreas de abrangência; v) investigação sobre ambiente de trabalho e cuidado para as equipes, considerando gênero, raça e classe na produção do próprio cuidado dos cuidadores.

Assim, os resultados sustentam três recomendações estruturantes e exequíveis: (1) institucionalizar a formação em equidade com planos de educação permanente e dispositivos antidiscriminatórios integrados aos processos de trabalho; (2) medir para transformar, incorporando monitoramento interseccional a prontuários e painéis de gestão, com uso ativo dos dados para correção de rumos; e (3) governar com o território, fortalecendo participação social, redes intersetoriais e arranjos comunitários de apoio ao cuidado. A consecução dessas medidas não é tarefa episódica; trata-se de compromisso de longo prazo que envolve o Estado, os serviços, as universidades, os movimentos sociais e as próprias comunidades.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que a APS pode e deve ser o lugar onde a equidade se torna prática. Ao reconhecer as múltiplas opressões que atravessam os corpos e as vidas dos usuários, ao redesenhar processos para acolher a diferença e ao orientar recursos para onde a necessidade é maior, a Atenção Primária materializa o projeto constitucional do SUS. A interseccionalidade, aqui, cumpre dupla função: lente analítica para desvelar a produção social das iniquidades e ferramenta política para orientar escolhas institucionais. Quando esse binômio se traduz em

processos, indicadores, orçamento e participação, a promessa de universalidade deixa de ser enunciada abstrato e se converte em direito vivido, especialmente para quem historicamente ficou à margem. É nessa direção ética, técnica e politicamente exigente que esta pesquisa recomenda caminhar.

REFERÊNCIAS

APIB - ASSOCIAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Plano de enfrentamento à COVID-19 no Brasil**. 2020. Disponível em: < <https://apiboficial.org/plano-de-enfrentamento-ao-covid-19/>>. Acesso em: 02 setembro. 2025.

BARROS, J. A.C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?** Revista saúde e sociedade 11(1): 67-84. 2002. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 20 de setembro de 2025.

BARROS, L. F. M. et al. Equidade no acesso à saúde no Brasil: desafios e caminhos para reduzir barreiras. Brazilian Journal of Health, v. 2, n. 1, p. 10-22, 2025. Disponível em: < <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/47>>. Acesso em: 2 setembro. 2025.

BORRET, R. H. **A sua consulta tem cor? Incorporando o debate racial na Atenção Primária à Saúde**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2020. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/2255/1575/14582>>. Acesso em: 09 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf>. Acesso em: 27 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 27 out. 2025.

CLP – CENTRO DE LIDERANÇA PÚBLICA. 6 atitudes para combater o racismo institucional no setor público. 2024. Disponível em: <<https://clp.org.br/6-atitudes-para-combater-o-racismo-institucional-no-setor-publico/>>. Acesso em: 27 out. 2025.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Social Science & Medicine, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699003901?via%3Dihub>>. Acesso em: 20 set. 2025.

COBO ETAL. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 26(9):4021-4032, 2021. Disponível em:

< <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n9/4021-4032/pt>>. Acesso em 25 de setembro de 2025.

COUTO E DANTAS. **Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade**. Saúde Sociedade. São Paulo, v.25, n.4, p.857-868, 2016.

Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n4/857-868/pt>>. Acesso em 12 setembro de 2025.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum, 1989. Disponível

em: <<https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>>. Acesso em: 20 set. 2025.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991. Disponível

em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89384.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. PLoS Medicine, 2020. Disponível

em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003136>>. Acesso em 17 setembro de 2025.

MAMEDES ETAL. **Desigualdade de gênero na Atenção Primária à Saúde: Uma Revisão Integrativa da Literatura**. Revista New Trends in Qualitative Research, v18. Disponível em: <<https://scielo.pt/pdf/ntqr/v18/2184-7770-ntqr-18-e891.pdf>> Acesso em 01 de outubro de 2025.

MAGALHÃES, C. Outubro Rosa: O impacto do racismo no câncer de mama entre mulheres negras. Veja saúde: Em primeira pessoa. Atualizado em 22 out 2025, 16h47 - Publicado em 22 out 2025, 16h43. Disponível em: < <https://saude.abril.com.br/coluna/em-primeira-pessoa/outubro-rosa-o-impacto-do-racismo-no-cancer-de-mama-entre-mulheres-negras/>>. Acesso em 27 de Outubro de 2025.

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística: pesquisa nacional de saúde. 2023.

Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9173-pesquisa-nacional-de-saude.html>>. Acesso em: 17 setembro de 2025.

IPEA – Instituto de pesquisa econômica aplicada. **Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras**. Texto para Discussão Ipea, 2832, 2023. Disponível

em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=39441>. Acesso em: 19 de setembro de 2025.

KALCKMANN, S. **Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde em Debate**. 2007. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/?format=html&lang=pt>>.

Acesso em 15 de setembro de 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.198, de 6 de dezembro de 2023. Institui a**

Estratégia Antirracista para a Saúde. Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2198_07_12_2023.html>. Acesso em: 17 setembro de 2025.

OLIVEIRA ETAL. **Falta de acesso aos serviços de saúde por mulheres no contexto da pandemia de COVID-19: interseccionando cor da pele, renda e escolaridade.** Ciência e saúde coletiva 30 (05). Maio 2025. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/C8bcry7GqWkvXWPG6f5Wz4H/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 17 setembro de 2025.

OLIVEIRA, V. M. de. **Acesso da mulher negra à saúde: barreiras estruturais e desigualdades raciais.** Revista Contemporânea. Revista Contemporânea, 5(3), e7798.2025. Disponível em: <<https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/7798>>. Acesso em 12 DE SETEMBRO DE 2025.

PAULA, M, O. **A interseccionalidade enquanto ferramenta analítica aplicada à interpretação da saúde: enfoque sobre as desigualdades em saúde à luz da diversidade e identidade.** Saúde Sociedade. São Paulo, v.33, n.4, e230828pt, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2024.v33n4/e230828pt/pt>>. Acesso em 29 de setembro de 2025.

REIS, A, A. **Atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde. Disponível em: <<https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/21cd1a55-3b1c-4728-8dce-7c9177d77746/content>>. Acesso em 22 de setembro de 2025.

SILVA, A. R. Racismo institucional e desigualdades no acesso à saúde da população indígena na Atenção Primária. Revista Saúde e Sociedade, v. 33, n. 1, p. 9-35, 2024.

SILVA, N. N. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 2020.

SILVA COSTA, G. da. Desigualdade social e saúde no Brasil: o sucateamento do SUS e seus impactos. Revista Ecoa, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecoa/a/95hZtv7G9LVXzsG8ksWgRJz/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2025.

VALLE E FERREIRA. **Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação.** 2024. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/7697/version/8142>>. Acesso em 02 de setembro de 2025.