



Perspectivas para a Equidade de Gênero e Raça no Sistema de Saúde Brasileiro a partir do paradigma da Governança Pública

Perspectives for Gender and Racial Equity in the Brazilian Health System from the Public Governance Paradigm

Perspectivas para la Equidad de Género y Raza en el Sistema de Salud Brasileño desde el Paradigma de la Gobernanza Pública

Grupo temático 03 - Longevidade, Gênero e Raça

Mariana Mota da Silva, Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa

RESUMO

O artigo analisa as desigualdades de gênero e raça como problema público complexo e estruturante da sociedade brasileira, com ênfase em suas expressões na política de saúde. Com base na literatura utilizada na disciplina e análise documental de marcos da administração pública e da governança, incluindo produções do IPEA e do Tribunal de Contas da União, o texto dialoga com a literatura da saúde coletiva e com abordagens contemporâneas sobre desigualdade e valor público. As reflexões indicam a governança pública como um paradigma com potencial para reorganizar práticas estatais e produzir valor público mediante processos participativos, éticos e intersetoriais apesar da expansão da cobertura de serviços, persistem iniquidades territoriais, raciais e de gênero no acesso e nos desfechos em saúde, especialmente entre mulheres negras, populações negras e indígenas. Por fim, aponta-se a necessidade contínua de aprimoramento nos sistemas de saúde, do ponto de vista do adequado preenchimento e da previsão de campos que abordem indicadores relacionados aos marcadores de raça e gênero e de pesquisas futuras que aprofundem a análise empírica dos mecanismos concretos de implementação das políticas de saúde sob a ótica interseccional.

Palavras-chave: Desigualdades; Equidade racial e de gênero; Governança Pública; Saúde pública.

ABSTRACT

The article analyzes gender and racial inequalities as a complex public problem that is structural to Brazilian society, with emphasis on their manifestations in health policy. Drawing on the literature discussed in the course and on documentary analysis of public administration and governance frameworks, including publications by IPEA and the Brazilian Federal Court of Accounts, the text engages with the field of collective health and with contemporary approaches to inequality and public value. The analysis identifies public governance as a paradigm with the potential to reorganize state practices and to produce public value through participatory, ethical, and intersectoral processes. Nevertheless, despite the expansion of service coverage, territorial, racial, and gender inequalities persist in access to and health outcomes, especially among Black women, Black populations, and Indigenous peoples. Finally, the article highlights the ongoing need to improve health information systems, particularly regarding the adequate inclusion of indicators related to race and gender, as well as for future research to deepen the empirical analysis of policy implementation mechanisms from an intersectional perspective.

Keywords: Inequalities; Racial and gender equity; Public Governance; Public health

RESUMEN

El artículo analiza las desigualdades de género y raza como un problema público complejo y estructurante de la sociedad brasileña, con énfasis en sus expresiones en la política de salud. Con base en la literatura utilizada en la disciplina y en el análisis documental de marcos de la administración pública y de la gobernanza, incluyendo



producciones del IPEA y del Tribunal de Cuentas de la Unión, el texto dialoga con la literatura de la salud colectiva y con enfoques contemporáneos sobre desigualdad y valor público. Las reflexiones indican la gobernanza pública como un paradigma con potencial para reorganizar las prácticas estatales y producir valor público mediante procesos participativos, éticos e intersectoriales. A pesar de la expansión de la cobertura de servicios, persisten inequidades territoriales, raciales y de género en el acceso y en los resultados en salud, especialmente entre mujeres negras y poblaciones negras e indígenas. Por último, se señala la necesidad continua de perfeccionamiento en los sistemas de salud, desde el punto de vista del adecuado registro y de la previsión de campos que contemplen indicadores relacionados con los marcadores de raza y género, así como de investigaciones futuras que profundicen el análisis empírico de los mecanismos concretos de implementación de las políticas de salud desde una perspectiva interseccional.

Palabras clave: Desigualdades; Equidad racial y de género; Gobernanza pública; Salud pública.

1. Introdução:

A desigualdade de gênero e raça constitui um problema público complexo, profundamente enraizado nas estruturas sociais, econômicas e políticas brasileiras. A raça é uma barreira crescente e difícil de superar quando observamos as elites brasileiras e, pior ainda, é a condição das mulheres negras nessa relação discriminatória de distribuição de riqueza e de poder (Medeiros, 2023).

Os dados recentes revelam a persistência dessa desigualdade, mesmo após avanços institucionais e normativos: “metade da população brasileira é negra. Quatro em cada cinco pacientes internados no Sistema Único de Saúde são negros, mas só um em cada cinco médicos do país é negro” (Medeiros, 2023, p. 95). Segundo auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2025, embora o percentual de servidoras públicas tenha aumentado entre 2008 e 2024, a presença feminina em cargos de alta liderança diminuiu de 44,2% para 41,5%. No cenário internacional, o Relatório do Fórum Econômico Mundial de 2022 posicionou o Brasil na 94ª colocação global em desigualdade de gênero, uma das piores da América Latina e do Caribe.

Esses indicadores revelam um problema público multifacetado e multicausal, alinhado ao que Secchi (2015) define como um “problema público complexo”: aquele que envolve múltiplos determinantes, ocorre em contextos sociais dinâmicos, atravessa diversas instituições e não apresenta solução única ou definitiva.

Em um país como o Brasil, no qual um quinto dos adultos não tem renda, em que 80% da população possui renda relativamente baixa¹ (Medeiros, 2023), para além de sua mensuração empírica, a desigualdade deve ser compreendida como um problema normativo central da vida social. Conforme argumenta Medeiros (2023), sua redução não se justifica apenas por seus efeitos instrumentais sobre o desenvolvimento ou a eficiência institucional, mas porque grande parte das desigualdades resulta de processos socialmente injustos e produz impactos negativos amplos sobre o bem-estar coletivo, o que torna a busca por maior igualdade um imperativo moral e político. Nesse sentido, a persistência das assimetrias de gênero e raça no Brasil não constitui apenas uma disfunção administrativa ou um déficit de desempenho estatal, mas expressa relações estruturais de poder que demandam respostas públicas orientadas pela justiça social.

¹ Segundo Medeiros (2023), a maioria das pessoas no Brasil vive com renda um pouco maior do que R\$1.000,00, enquanto o 1% mais rico, pouco mais de 1,5 milhão de pessoas, vive com, no mínimo, mais ou menos, R\$28.000,00 por mês.

A governança pública, nesse sentido, emerge como um paradigma com potencial para reorganizar práticas estatais e produzir valor público mediante processos participativos, éticos e intersetoriais. Ainda assim, sua efetividade depende de uma compreensão substantiva sobre a desigualdade no Brasil, como ela afeta a distribuição de poder, de riqueza e de bens e serviços entre a população brasileira.

Aqui daremos ênfase a um aspecto nessa complexa análise: a proteção social, particularmente, a saúde pública. Segundo Medeiros, as estimativas sobre os níveis de pobreza podem ser afetadas pelo comportamento geral da economia mas também pela ampliação da proteção social que, “entre outras coisas, dá estabilidade no alívio ou erradicação da pobreza”. (2023, p. 149) e que em situações de crise, as políticas de proteção não só evitaram a o retorno à pobreza como também ajudaram a retirar dela aquelas que já estavam nela.

Ademais, como aponta Arretche (2015):

o acesso a serviços sociais é uma dimensão do bem-estar distinta e não redutível aos rendimentos. Assim, pessoas com mesmos ganhos podem ter padrões de vida muito diferentes caso tenham distinto acesso a serviços. Além disso, a renda real é afetada pela desigualdade de acesso a serviços, dado que indivíduos com a mesma renda nominal poderão ter padrões de consumo diferentes dependendo do peso do gasto com bens essenciais em seus respectivos orçamentos. (p. 194)

A política de saúde é uma política social que integra o que chamamos de seguridade social. Para entender a política de saúde na sociedade brasileira e suas correlações com os fenômenos relacionados às desigualdades é necessário reconhecer que vivemos em uma sociedade dividida em classes com interesses antagônicos — marcadas por raça/etnia e gênero — que influenciam a agenda política e moldam a política pública. Surge ao final dos anos 1960 associado a essa compreensão o movimento da saúde coletiva, predominante no Brasil e na América Latina, como alternativa às abordagens assistencialistas da saúde comunitária. Distanciando-se da sociologia funcionalista, esse campo compreende o processo saúde-doença como fenômeno social complexo e contraditório (ALMEIDA-FILHO, 2004). Dados evidenciam correlações entre condições de saúde e marcadores de classe, raça/etnia e gênero (Galvão et al., 2021; Simões et al., 2021).

Em grupos historicamente discriminados, fatores de risco para DCNT são mais prevalentes e surgem de forma acelerada (ELSA-Brasil, 2023), e barreiras de acesso se acumulam (Oliveira et al., 2024). Para entender a política de saúde na sociedade brasileira e suas correlações com o racismo e sexismo, é fundamental considerar que “raça não é apenas um obstáculo à riqueza, é também um obstáculo à distribuição de poder” (Medeiros, 2023, p. 98), pois vivemos em uma sociedade dividida em classes com interesses antagônicos — marcadas por raça/etnia e gênero — que influenciam a agenda política e moldam a política pública. Surge nesse contexto o movimento da saúde coletiva, predominante no Brasil e na América Latina, como alternativa às abordagens assistencialistas da saúde comunitária. Distanciando-se da sociologia funcionalista, esse campo compreende o processo saúde-doença como fenômeno social complexo e contraditório (ALMEIDA-FILHO, 2004). Dados evidenciam correlações entre condições de saúde e marcadores de classe, raça/etnia e gênero (Galvão et al., 2021; Simões et al., 2021).

O racismo, negado historicamente enquanto categoria social, produziu silenciamento e naturalização de desigualdades (Milanezi; Silva, 2019). Políticas como PNASPI (2002) e PNSIPN (2006) enfrentam desafios persistentes de implementação. Mulheres negras, maior grupo populacional do país (Censo 2022), vivenciam desigualdades estruturais que se expressam no trabalho, renda, saúde e acesso ao poder (França et al., 2013; Gonzalez, 2020; Carneiro, 2001; Werneck, 2016). Esse quadro

evidencia como processos históricos marcados por raça, classe e gênero definem oportunidades e condições de vida no Brasil.

A partir dessa premissa, este artigo busca responder à seguinte pergunta: a governança pública, enquanto paradigma contemporâneo, pode contribuir com valor público orientado à equidade de gênero e enfrentar desigualdades estruturais presentes na saúde pública brasileira? Sustentamos a hipótese de que as desigualdades são determinadas por questões coletivas e estruturais, demandando intervenções direcionadas pelo Estado por meio das políticas públicas, e que, embora a governança ofereça instrumentos relevantes, sua capacidade de promover equidade está condicionada à incorporação de uma leitura crítica das desigualdades, conforme propõe Therborn (2013), e à superação de falhas de implementação, como analisado pelo IPEA (2019) em *Implementando desigualdades*. Entretanto, nos atentamos para os riscos apontados por Medeiros (2023, p. 13) de que o problema da desigualdade no Brasil é bastante complexo e de que “versões simplificadas do mundo ajudam a organizar as ideias, mas versões simplistas demais organizam ideias erradas”.

Metodologicamente, este artigo realiza um debate sobre o tema das desigualdades e a saúde pública no Brasil a partir de um viés de gênero e raça. Realiza-se um diálogo com parte da bibliografia debatida na disciplina “Desigualdades e Democracia”, assim como análise documental, envolvendo marcos teóricos da administração pública e governança, o Guia de Governança e Gestão em Saúde do TCU (2018), o livro *Implementando Desigualdades* (IPEA, 2019). Além desta introdução, o artigo se organiza em três seções: (a) desenvolvimento teórico e problematizações sobre desigualdades e iniquidades em saúde no Brasil; (b) governança pública, valor público e equidade de gênero e raça na saúde; e (c) considerações finais e apontamentos para trabalhos futuros.

2. Desigualdades e iniquidades em saúde no Brasil

Como afirma Medeiros (2023), o debate sobre desigualdade é um debate como as coisas se distribuem na sociedade, portanto, o que envolve compreender as causas dessas diferenças na realidade brasileira, na qual apesar de uma trajetória em que o PIB per capita foi aumentando ao longo das últimas décadas devido ao crescimento econômico, a desigualdade permaneceu praticamente inalterada, ou dito de outro modo, salvo exceções pontuais, “taxas elevadas de pobreza estão associadas às mais baixas taxas de cobertura nos serviços.” (Arretche, 2015, p. 219).

Nas últimas quatro décadas (entre 1970 e 2010), apesar da ampliação significativa das coberturas em diversas políticas essenciais, o acesso aos serviços no país não se universalizou. Esta é uma trajetória marcada pela coexistência entre expansão da oferta e persistência de desigualdades, uma vez que houve uma redução média das disparidades territoriais, entretanto, quando a expansão ocorre de forma concentrada, pode inclusive aprofundar desigualdades entre os territórios. Desse modo, não basta avaliar se houve diminuição das desigualdades, mas compreender sua direção social, isto é, se a ampliação dos serviços beneficiou prioritariamente territórios e populações mais ricas, com maior capacidade de implementação e pagamento, ou se alcançou efetivamente os segmentos historicamente desfavorecidos (Arretche, 2015).

Dentre os direitos sociais, a saúde, em seu conceito ampliado — como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o final da década de 1940 — é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego e acesso a serviços de saúde. Trata-se, portanto, do resultado das formas de organização social, as quais produzem desigualdades nos níveis e condições materiais de vida da população.



ARTIGO

Quando a questão analisada é a saúde, “não há consenso na literatura sobre a trajetória das desigualdades em saúde, nem sobre a importância relativa dos fatores que a afetam.” (COELHO; DIAS, 2015, p. 254). Os autores ao analisarem associações entre indicadores de saúde e fatores socioeconômicos e de oferta de serviços encontraram como relevantes: associação positiva entre maior renda média ou maior escolaridade de mulheres a taxas mais baixas de mortalidade infantil e maior expectativa de vida; mas quando relacionada a desigualdade de renda, a associação entre maior desigualdade e piores taxas de mortalidade infantil e menor esperança de vida, não foi consistente e diminuiu com o tempo; ademais, também não encontraram correlação significativa entre a aumento da oferta de serviços públicos de saúde e a melhora dos indicadores de saúde da população.

Apesar disso, as desigualdades em saúde são fato e apontam para reflexões relevantes sobre como são operadas e se materializam as estruturas relativas à raça/etnia, classe e gênero no Brasil. “Entre 1980 e 2010, a taxa de mortalidade infantil no Brasil caiu de 1 para 16 por mil nascidos vivos. Com relação à expectativa de vida, o país também registrou expressivos ganhos: esta passou de 62,6 anos em 1980 para 73,4 anos em 2010”. (Coelho e Dias, 2015, p. 249-250). Quando analisados os dados sob o viés étnico-racial, disparidades significativas são evidenciadas.

O Boletim Epidemiológico nº 1 da Saúde da População Negra do Ministério da Saúde (2023) evidenciou que, em 2020, mulheres brancas tiveram cerca de 80,9% de acesso ao pré-natal, enquanto mulheres pretas e pardas registraram taxas de 68,7% e 66,2%, respectivamente. Dados do SIM mostram que, entre 2009 e 2020, mulheres negras foram as principais vítimas da mortalidade materna. Mulheres indígenas também enfrentam desigualdades acentuadas: estudo publicado no *International Journal of Gynecology and Obstetrics* apontou índices mais elevados de mortalidade materna entre 2015 e 2021. Em 2022, a taxa de mortalidade infantil indígena foi de 34,7 por mil nascidos vivos — mais que o dobro da população geral (14,2/1000).

Essas desigualdades também se expressam em condições crônicas de saúde. Segundo o ELSA-Brasil (2023), a população negra é a mais acometida por multimorbidade: para cada pessoa branca com seis ou mais doenças crônicas, há aproximadamente 13 pessoas pardas e 15 pessoas pretas na mesma situação. Pesquisas com povos indígenas identificam fatores de risco elevados, como sedentarismo, sobrepeso e hipertensão (Soares et al., 2018; Chagas et al., 2020; Francisco et al., 2024). Estudo de 2024 publicado na *The Lancet Regional Health – Americas* mostrou que adultos indígenas de Pernambuco apresentam risco exacerbado para doença renal crônica (Gomes et al., 2024).

A Estatística Cardiovascular indica desigualdades expressivas entre pessoas negras: maior incidência de hipertensão, maiores taxas de hospitalização por complicações, menor controle da pressão arterial e maior prevalência de sobrepeso e obesidade. Trata-se de desigualdades determinadas pelos efeitos conjugados de raça, classe e gênero — expressão do racismo estrutural que impacta profundamente a saúde de populações negras e indígenas.

Esses dados justificam a equidade como valor moral e ético fundamental para o SUS. Conforme Werneck (2016), a relação entre racismo e iniquidades em saúde ganhou visibilidade após a Marcha Zumbi dos Palmares (1995), resultando na criação de marcos como o GTI e, posteriormente, a formulação de políticas específicas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). As políticas PNASPI (2002) e PNSIPN (2006) reconhecem o racismo como determinante social — mas sua implementação encontra barreiras persistentes, como lacunas formativas e estruturas institucionais discriminatórias.

Essa perspectiva reforça que o processo saúde-doença é atravessado por disputas políticas e estruturais, e que desigualdades raciais e de gênero constituem determinantes centrais na produção das

iniquidades em saúde no Brasil: dimensões e mecanismos estruturantes. Para Therborn (2013), a desigualdade é um processo social dinâmico que opera por meio de mecanismos de distanciamento, exclusão, hierarquização e exploração. Esses mecanismos moldam diferentes dimensões da desigualdade: desigualdade vital: relacionada às condições de sobrevivência e saúde; desigualdade existencial: ligada ao reconhecimento, dignidade e respeito; desigualdade de recursos: vinculada à distribuição desigual de poder, renda e oportunidades.

Essa abordagem amplia o escopo de análise, permitindo compreender como desigualdades de gênero e raça se manifestam não apenas em termos materiais, mas também na produção simbólica, institucional e relacional. Ao analisar políticas públicas sob essa lente, torna-se evidente que medidas redistributivas são necessárias, mas insuficientes. É imprescindível enfrentar desigualdades existenciais e hierárquicas, sobretudo em um país marcado pelo racismo e pelo machismo.

3. Governança pública, valor público e equidade de gênero e raça na saúde

A governança pública emerge como resposta às limitações dos paradigmas burocrático e gerencial, ao propor formas de coordenação estatal baseadas na articulação em redes, na participação social, na transparência e na responsabilização institucional (Silvestre, 2019; Martins; Marini, 2010). Mais do que um conjunto de instrumentos técnicos, trata-se de um paradigma normativo que redefine o papel do Estado na produção de bens coletivos e na mediação de conflitos sociais.

Nesse marco, a noção de valor público, formulada por Moore (1995), desloca o foco da eficiência administrativa para a produção de resultados socialmente relevantes, politicamente legitimados e orientados às necessidades coletivas. A criação de valor público depende da articulação entre capacidade operacional do Estado, ambiente autorizador — entendido como suporte político e institucional — e impactos sociais concretos. Quando aplicada às políticas de saúde, essa concepção exige reconhecer que desigualdades de gênero e raça não constituem externalidades, mas dimensões estruturantes das condições de acesso, cuidado e adoecimento.

O Guia de Governança e Gestão em Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU, 2018) incorpora parcialmente essa perspectiva ao afirmar que a melhoria da gestão pública requer eficiência, efetividade, qualidade e equidade. Todavia, a própria avaliação institucional revela os limites dessa incorporação: apenas 2% dos conselhos municipais de saúde alcançaram nível considerado aprimorado de governança, evidenciando a distância entre normatividade e prática. Essa lacuna não pode ser interpretada apenas como déficit técnico, mas como expressão de culturas organizacionais e arranjos institucionais historicamente atravessados por hierarquias de classe, raça e gênero.

A experiência brasileira confirma que a expansão de políticas públicas e de serviços essenciais não implica, automaticamente, a superação das desigualdades estruturais que moldam o acesso e a qualidade da atenção (Arretche, 2015). No campo da saúde, esse paradoxo se manifesta na coexistência entre cobertura formal ampliada e persistência de barreiras territoriais, raciais e socioeconômicas. Tal dinâmica reforça a necessidade de adotar o princípio do universalismo sensível às diferenças, segundo o qual políticas universais, quando desatentas às assimetrias sociais, tendem a reproduzir desigualdades preexistentes.

A incorporação dessa abordagem é fundamental para uma governança orientada à justiça social, entendida como capacidade institucional de identificar padrões históricos de exclusão, mapear desigualdades socioepidemiológicas e formular respostas diferenciadas. Como destaca Medeiros (2023), produzir justiça social implica criar condições estruturais para a redução do racismo e das assimetrias que organizam a vida social brasileira.

Entretanto, é na fase de implementação que tais contradições se tornam mais evidentes. Milanezi e Silva (2019) demonstram que o Estado não atua como agente homogêneo, mas como campo de disputas atravessado por interesses contraditórios e racionalidades concorrentes. As burocracias públicas reproduzem, em seu funcionamento cotidiano, as estruturas sociais mais amplas — marcadas pelo racismo institucional, pelo patriarcado e pela desigualdade de classe.

As contribuições de Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro e Jurema Werneck evidenciam que o racismo opera não apenas como ideologia, mas como prática material inscrita nas rotinas administrativas, nos critérios de priorização, nos processos decisórios e na distribuição desigual do cuidado. Mulheres negras, em particular, experimentam formas específicas de exclusão, negligência institucional e violência sanitária, o que compromete a efetividade de políticas formalmente universais.

O livro *Implementando desigualdades* (IPEA, 2019) sistematiza esse fenômeno ao demonstrar que a discricionariedade burocrática, os arranjos institucionais excludentes e a baixa representatividade nos espaços decisórios contribuem para a reprodução de estigmas e para a marginalização sistemática de grupos vulnerabilizados. Assim, a governança, quando desprovida de intencionalidade redistributiva e antirracista, corre o risco de converter-se em mecanismo sofisticado de manutenção das desigualdades.

Questão relevante para essa reflexão é a necessidade apontada por (Coelho; Dias, 2015) no sentido de aprimoramento das pesquisas e dados que sobre as relações entre as desigualdades socioeconômicas e iniquidades em saúde de forma robusta. Evidenciando a importância do aprimoramento nos sistemas de saúde, do ponto de vista do adequado preenchimento e da previsão de campos que abordem indicadores relacionados aos marcadores de raça e gênero, bem como de mais pesquisas que aprofundem a análise empírica dos mecanismos concretos de implementação das políticas de saúde sob a ótica interseccional.

Nesse contexto, Medeiros (2023) adverte que o enfrentamento das desigualdades não se realiza por meio de soluções simples ou consensuais, mas exige tempo, recursos, capital político e enfrentamento direto dos conflitos distributivos. A governança formal, quando limitada à adoção de procedimentos participativos ou instrumentos técnicos, pode simular inclusão sem alterar efetivamente as estruturas de poder — fenômeno que dialoga com a crítica de bell hooks às práticas institucionais que produzem aparência de diálogo sem redistribuição real de autoridade.

Por outro lado, o autor destaca o papel estratégico da diversificação racial e de gênero nas elites políticas e burocráticas como vetor potencial de transformação social. A recente institucionalização de cotas raciais para cargos de direção e assessoramento superiores na administração pública federal, por meio da Lei nº 14.723/2023, materializa essa perspectiva ao deslocar a agenda da igualdade racial para o campo da redistribuição de poder, prestígio e capacidade decisória no interior do Estado.

Sob a ótica da governança pública, tal medida não se limita a um gesto simbólico, mas constitui instrumento de produção de valor público orientado à equidade, ao ampliar a pluralidade de experiências sociais que informam a formulação, implementação e avaliação das políticas. Ao tensionar os padrões históricos de recrutamento e progressão funcional — profundamente marcados por hierarquias raciais e de gênero —, essa política fortalece a capacidade institucional de reconhecer o racismo como fenômeno estrutural e de responder às desigualdades que atravessam o sistema de saúde.

Dessa forma, a governança pública, para produzir valor público substantivo, deve articular participação social qualificada, enfrentamento explícito do racismo e do machismo institucional, mecanismos de responsabilização e estratégias de redistribuição do poder decisório. Sem essa

inflexão, a política de saúde tende a permanecer formalmente universal, mas materialmente seletiva, reproduzindo as desigualdades que declara combater.

Considerações finais

Este artigo partiu do reconhecimento de que as desigualdades de gênero e raça, longe de constituírem distorções residuais do desenvolvimento brasileiro, conformam dimensões estruturantes da organização social, da distribuição de poder e da produção das iniquidades em saúde. Ao analisar a trajetória recente das políticas sociais e, em particular, da política de saúde, evidenciou-se que a ampliação da cobertura de serviços não foi acompanhada, de forma automática, pela superação dos mecanismos que historicamente subordinam mulheres negras, populações negras e indígenas e grupos socialmente vulnerabilizados.

Os dados empíricos e a literatura mobilizada contribuem para a compreensão de que as iniquidades em saúde resultam da articulação entre desigualdades vitais, existenciais e de recursos, conforme a formulação de Therborn (2013), operadas por meio de processos de hierarquização racial e de gênero, exploração econômica e exclusão institucional. Nesse sentido, o SUS, embora constitua uma das mais relevantes conquistas democráticas do país, permanece tensionado por contradições internas que limitam sua capacidade de produzir equidade, especialmente quando políticas universalistas são implementadas sem consideração sistemática dos marcadores sociais da diferença.

A análise da governança pública e do conceito de valor público permitiu sustentar que a efetividade das políticas de saúde não depende apenas de capacidade técnica, expansão orçamentária ou aperfeiçoamento procedimental, mas de uma orientação normativa explícita para a justiça social. Quando desprovida de intencionalidade redistributiva e antirracista, a governança tende a reproduzir, por meio de rotinas burocráticas e decisões aparentemente neutras, as mesmas assimetrias que pretende enfrentar. A fase de implementação, como demonstrado pelo IPEA (2019), constitui espaço privilegiado dessa reprodução, marcada por discricionariedade, estigmatização e baixa representatividade nos processos decisórios.

Conclui-se, portanto, que a governança pública pode contribuir para a promoção da equidade de gênero e raça na saúde deve estar articulada a, pelo menos, três elementos fundamentais: (i) reconhecimento explícito do racismo e do sexismo como determinantes estruturais das iniquidades em saúde; (ii) transformação das culturas institucionais e dos arranjos burocráticos que naturalizam desigualdades; e (iii) ampliação substantiva da participação social e da representatividade nos espaços de formulação e implementação das políticas públicas. Sem essas inflexões, a governança corre o risco de operar como instrumento de gestão da desigualdade, e não como ferramenta para sua superação.

Por fim, este estudo aponta a necessidade contínua de aprimoramento nos sistemas de saúde, do ponto de vista do adequado preenchimento e da previsão de campos que abordem indicadores relacionados aos marcadores de raça e gênero, de pesquisas futuras que aprofundem a análise empírica dos mecanismos concretos de implementação das políticas de saúde sob a ótica interseccional, bem como a avaliação dos impactos institucionais da diversificação das elites administrativas sobre a qualidade da atenção, o acesso aos serviços e a redução das iniquidades raciais e de gênero. Em um país marcado por desigualdades historicamente produzidas e reiteradas, enfrentar tais questões não constitui apenas um desafio técnico, mas um imperativo político e ético para a consolidação de um sistema de saúde efetivamente universal, público e socialmente justo.

Agradecimentos



A autora agradece ao Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP), no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Administração Pública, pelo apoio institucional mediante a concessão de bolsa para o mestrado profissional.

Referências:

Arretche, M. (2015). Trazendo o conceito de cidadania de volta: A propósito das desigualdades territoriais. In M. Arretche (Org.), *Trajetórias das desigualdades: Como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos* (pp. 193–222). Editora Unesp.

Bonifácio, G. H. P., Costa, L. A., & Santos, L. M. (2023). Produção científica sobre a criação de valor público: Um estudo bibliométrico na base Web of Science (1998–2021). *Revista Gestão em Análise*, 12(1), 63–84. <https://doi.org/10.12662/2359-618xregea.v12i1.p63-84.2023>

Brasil. (2017). *Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017: Dispõe sobre a política de governança pública*. Diário Oficial da União.

Brasil. Tribunal de Contas da União. (2018). *Guia de governança e gestão em saúde*. TCU.

Carneiro, S. (2011). *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil*. Selo Negro.

Carneiro, S. (2023). *Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Zahar.

Chor, D. (2013). Desigualdades em saúde no Brasil: É preciso ter raça. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7), 1272–1275. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700002>

Coelho, V. S. P., & Dias, M. F. (2015). Saúde e desigualdade no Brasil. In M. Arretche (Org.), *Trajetórias das desigualdades: Como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos* (pp. 249–278). Editora Unesp.

ELSA Brasil. (s.d.). *Boletim do Dia da Consciência Negra*. <http://elsabrasil.org/boletim-do-dia-daconsciencianegra/>

França, D., & Macedo, J. M. (2022). Desigualdade social e racial na política de ação afirmativa no ensino superior brasileiro: A questão indígena. *Revista Trabalho, Política e Sociedade*, 7(12), e641. <https://doi.org/10.29404/rtps-v7i12.641>

Galvão, A. L. M., et al. (2021). Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: Uma revisão de escopo. *Saúde e Sociedade*, 30(2). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200743>

Gomes, O. V., et al. (2024). Prevalence and associated factors of chronic kidney disease among Truká Indigenous adults in Cabrobó, Brazil: A population-based study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 38, 100882.

Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano* (F. Rios & M. Lima, Orgs.). Zahar.



ARTIGO

hooks, b. (2020). *Ensinando pensamento crítico: Sabedoria prática* (B. Libanio, Trad.). Elefante.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). (2019). In R. R. C. Pires (Org.), *Implementando desigualdades: Reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. IPEA.

Martins, H. F., & Marini, C. (2010). Governança pública contemporânea: Uma tentativa de dissecação conceitual. *Revista do TCU*.

Medeiros, M. (2023). *Os ricos e os pobres: O Brasil e a desigualdade*. Companhia das Letras.

Milanezi, J., & Silva, G. M. (2019). Silêncio: Reagindo à saúde da população negra em burocracias do SUS. In R. R. C. Pires (Org.), *Implementando desigualdades: Reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas* (pp. 441–461). IPEA.

Moore, M. H. (1995). *Criando valor público: Gestão estratégica no governo*. ENAP.

Secchi, L. (2015). *Políticas públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos* (2ª ed.). Cengage Learning.

Silvestre, H. C. (2019). *A nova governança pública*. ENAP.

Stoker, G. (2006). Public value management: A new narrative for networked governance. *American Review of Public Administration*, 36(1), 41–57.

Therborn, G. (2010). Os campos de extermínio da desigualdade. *Novos Estudos*, 87.

Therborn, G. (2017). Dynamics of inequality. *New Left Review*, 103.

Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535–549.

World Economic Forum. (2022). *Global gender gap report 2022*. WEF.