



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

AURIENE RODRIGUES SANTOS

**O RACISMO INSTITUCIONAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS DE QUILOMBOLAS**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2023

Auriene Rodrigues Santos

O Racismo Institucional e o Acesso aos Serviços de Saúde: Experiências de Quilombolas

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.
Orientadora: Dra. Jamile Luz Morais Monteiro.

Miracema do Tocantins, TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- S237r Santos, Auriene Rodrigues.
O Racismo Institucional e o Acesso aos Serviços de Saúde: Experiências de Quilombolas. / Auriene Rodrigues Santos. – Miracema, TO, 2023.
78 f.
- Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2023.
Orientadora : Jamile Luz Morais Monteiro
1. Racismo Institucional. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Quilombolas. 4. Interpretação de Sentidos. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AURIENE RODRIGUES SANTOS

O RACISMO INSTITUCIONAL E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
EXPERIÊNCIAS DE QUILOMBOLAS

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia, foi avaliada para obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de Aprovação: 12/12/2023

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Jamile Luz Morais Monteiro, Orientadora, UFT.

Profa. Dra. Daniele Vasco Santos, Examinadora, UFT.

Dr. Ronildo Deividly Costa da Silva, Examinador, FIBRA.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que se fez *Lumen de Lumine*, por todas as vezes em que me mostrou as pegadas no alto-mar quando eu as procurei e precisei vê-las.

Ao meu pai, Benjamin Balbino e à minha mãe, Otacília Rodrigues, pelo sangue, suor e lágrimas derramados para que eu tivesse condições de concluir um curso integral, às orações que fizeram por mim e por todo apoio e estrutura que puderam me dar conforme nossas condições. Aos meus irmãos, Clara Rodrigues, Moisés Rodrigues e Filipe Rodrigues, por acreditarem em mim e se fazerem família mesmo estando longe.

Ao meu amigo Matheu Costa, que por tantos anos, mesmo na distância, me apoiou e manteve sua fé inabalável e irrestrita em mim. Agradeço pelo acolhimento e por todo o cupuaçu usado como gerenciamento de crise.

Às minhas amigas/o, afeto e família que escolhi e que me acolheram durante a graduação, Mateus Araújo, Débora Gama e Maria Luiza Kuhnen, por todas as vezes em que nos perdemos e nos encontramos na presença um do outro. Aquela lanchonete recolhe em si alguns dos nossos fragmentos.

Às minhas amigas/o Bhruna Morais, Heitor Magalhães, Thamyres Ferreira, Késia Kauane Pereira, Paula Tavares e Millena Menezes, pelo colo, paciência e insistência. Pela dor e o amor compartilhados durante a graduação. Às amigas/o que fiz depois, Kannanda Silva, Maria Tereza Reis, Ava Hanna Strefling e João Roberto Abreu, que puderam me ensinar sobre a importância de se sentir pertencente e acolhida em um lar miracemense.

À minha orientadora, Profa. Dra. Jamile Luz Morais, que me ensinou sobre acolhimento e empatia, que aceitou esta parceria comigo e tantos outros pedidos inusitados durante a graduação. Agradeço por tudo que me ensinou intra e extramuros, por toda a empolgação e afetos compartilhados comigo. Obrigada pelo ensino crítico e poético da psicanálise, saúde e tantas outras temáticas que se iluminam sob seu olhar. Por tudo e por tanto, agradeço por se fazer Luz durante essa jornada.

À minha amiga e professora, Dra. Daniele Vasco, que na condição de professora negra, me convocou a me implicar a respeito das questões étnico-raciais e de gênero, me abrindo as portas para o ensino, pesquisa e extensão. Na condição de amiga, me acolheu, se fez morada, colo e conselheira. Se bell hooks nos ensina a importância de regressar ao amor, você me ensinou e me mostrou como se faz do amor o ponto de partida. Este caminho que agora trilho foi pavimentado por você. Estendo esse agradecimento à Vicente (Vico) Vasco, por me acolher na sua família e me apresentar sua visão simples mas muito melhor articulada sobre as coisas.

Ao professor Dr. Ladislau Nascimento, pelas trocas e confiança durante a graduação, por ter demonstrado durante as aulas que o que eu tinha a dizer também era importante, e por me ensinar que a luta nos fortalece enquanto coletivo.

Ao professor Dr. Ricardo Monteiro, pelo incentivo enquanto docente e supervisor de estágio. Por me ensinar, na prática, a importância de fazer valer os princípios éticos da profissão e pela preocupação e vínculo construídos para além da teoria psicanalítica.

À banca examinadora, Daniele Vasco e Ronildo Silva, por terem me aceitado me acompanhar neste processo e pelas críticas e sugestões que tornaram este trabalho possível.

De modo geral, agradeço às professoras e professores do Colegiado de Psicologia, por terem me ensinado, de uma forma ou outra, qual tipo de Psicologia desejo seguir, me mostrando a importância de priorizar uma perspectiva ética, crítica e politicamente comprometida.

Agradeço às instituições e órgãos que me permitiram sonhar, à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Ministério da Educação (MEC) e Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários (PROEX-UFT) pela oportunidade de ingresso, permanência enquanto bolsista e, por fim, da conclusão deste curso de graduação.

Meus agradecimentos à Maria Aranha e Luís Gama, nomes fictícios dados aos participantes desta pesquisa, por me deixarem escrever um pouco desta história sob a perspectiva de quem foi vitimado/a por ela. À todas as “Marias” e aos “Luís” das comunidades quilombolas, que celebram seu conhecimento adquirido através da ancestralidade, mas sem perder de vista a reivindicação dos direitos básicos já conquistados por aqueles/as que vieram antes. Por fim, agradeço à minha comunidade, Boa Esperança, pelo exímio exemplo de organização e por me ensinar o significado de vivência comunitária, afeto e partilha.

“Porque mesmo que queimem a escrita,
Não queimarão a oralidade.
Mesmo que queimem os símbolos,
Não queimarão os significados.
Mesmo queimando o nosso povo,
Não queimarão a ancestralidade.”

Nego Bispo

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender as experiências de quilombolas acerca do acesso aos serviços de Saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória com utilização de pesquisa de campo. Como instrumento, adotou-se a entrevista semiestruturada partindo de um roteiro de 8 perguntas, acompanhado de um questionário com vistas a coletar o perfil sociodemográfico dos(as) participantes. Trabalhou-se com uma amostra de 2 participantes, sendo maiores de 18 anos e associados a comunidades quilombolas. Para o tratamento dos dados, foi utilizado o Método de Interpretação de Sentidos, ancorado em uma perspectiva hermenêutica-dialética, visando alcançar uma descrição analítica. Este método é fundamentado nas seguintes etapas: 1) Transcrição e digitação das gravações das entrevistas individuais; 2) Atribuição de códigos aos entrevistados e às pessoas por eles mencionadas; 3) Leitura intensiva e compreensiva dos textos transcritos. Ao final, foram elaborados eixos temáticos com ideias centrais presentes na narrativa do(a) entrevistado(a), sendo discutidos por meio de uma perspectiva interseccional, com recurso de autores(as) *standards* nesse campo como Silvio Almeida, Mbembe, Fanon, Kilomba, Gonzales, Angela Davis, Akotirene e Foucault. A partir das entrevistas, os resultados foram sistematizados nos seguintes eixos temáticos: I) O cuidado em saúde quilombola: os saberes ancestrais como primeira opção; II) Experiências e Desafios no acesso à Rede de Atenção à Saúde; III) Racismo Institucional e seus efeitos sobre a saúde da população negra; e IV) A cor da dor: Racismo e Saúde Mental. Concluiu-se que a expressão do Racismo Institucional impõe barreiras para o acesso à saúde das(os) integrantes das comunidades quilombolas e da população negra na medida em que não se reconhece, nas ações e serviços da RAS, as especificidades socioculturais dessa população e nem se utiliza de dispositivos racializados no cuidado em saúde. Constatou-se que embora tenha havido avanços no que diz respeito à implementação de políticas públicas que consideram a raça como um determinante da saúde, estas encontram entraves para sua efetiva concretização.

Palavras-chave: Racismo Institucional. Sistema Único de Saúde. Quilombolas. Interpretação de Sentidos.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the experiences of quilombolas regarding access to health services offered by the Unified Health System (SUS). This is a qualitative, exploratory study using field research. The instrument used was a semi-structured interview based on a 8-question script, accompanied by a questionnaire aimed at collecting the sociodemographic profile of the participants. We worked with a sample of 2 participants who were over 18 and associated with quilombola communities. To process the data, the Interpretation of Meanings Method was used, anchored in a hermeneutic-dialectic perspective, with the aim of achieving an analytical description. This method is based on the following stages: 1) Transcribing and typing the recordings of the individual interviews; 2) Assigning codes to the interviewees and the people they mentioned; 3) Intensive and comprehensive reading of the transcribed texts. At the end, thematic axes were drawn up with the central ideas present in the participant's narrative, which were discussed from an intersectional perspective, using standard authors in this field such as Silvio Almeida, Mbembe, Fanon, Kilomba, Gonzales, Angela Davis, Akotirene and Foucault. Based on the interviews, the results were systematized into the following thematic axes: I) Quilombola health care: ancestral knowledge as the first option; II) Experiences and challenges in accessing the Health Care Network; III) Institutional Racism and its effects on the health of the black population and IV) The color of pain: Racism and Mental Health. It was concluded that the expression of Institutional Racism imposes barriers to access to health care for members of quilombola communities and the black population insofar as the actions and services of the RAS do not recognize the socio-cultural specificities of this population and do not use racialized devices in health care. It was found that although there has been progress in the implementation of public policies that consider race as a determinant of health, there are obstacles to their effective implementation.

Keywords: Institutional Racism. Unified Health System. Quilombolas. Interpretation of meanings.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	METODOLOGIA	18
2.1	Método e Procedimentos.....	18
2.2	Instrumento	18
2.3	Participantes	19
2.4	Coleta de dados.....	20
2.5	Análise dos Dados.....	20
2.6	Aspectos éticos	21
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
3.1	O cuidado em saúde quilombola: os saberes ancestrais como primeira opção	22
3.2	Experiências e Desafios na Rede de Atenção à Saúde	29
3.3	O Racismo Institucional e seus efeitos sobre a Saúde da População Negra	32
3.4	A Cor da dor: Racismo e Saúde Mental.....	41
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICES.....	54
	ANEXOS	74

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo compreender a experiência de integrantes de comunidades quilombolas acerca do acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, faz-se necessário realizar uma breve incursão sobre como esse Sistema surgiu e se colocou no contexto da saúde no território brasileiro, de modo que seja possível vislumbrar como se estruturavam as ações em torno da saúde e como hoje se organizam, visando discutir como os serviços de saúde se colocam diante das comunidades quilombolas.

Durante a Primeira República, um conjunto de fatores fizeram com que o Movimento Sanitário questionasse o sistema de saúde vigente e, para isso, tal movimento se organizou a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs), que “constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias” (BRASIL, 2011, p. 18). Na década de 60, emergiram críticas ao modelo medicalizante e aos programas alternativos para o cuidado em saúde.

Com o período do regime ditatorial brasileiro, reacendeu-se o debate sobre saúde e qualidade de vida da população, uma vez que o movimento sanitário se apresentou contra diversos ideais dos governos autoritários que, dentre outros ataques, reduziram os recursos destinados à saúde da população e fortaleceu o modelo médico-hospitalar, durante a ditadura, já que “[...] a saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia.” (BRASIL, 2011, p. 16). O movimento sanitário representou uma potência contra-hegemônica e, com o fim da ditadura, ganhou força na reivindicação de direitos e espaço na tomada de decisões da política brasileira. Deste modo, “justamente para enfrentar aquele decálogo de problemas e democratizar a saúde no Brasil, foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS” (PAIM, 2009, p. 39).

A referida Reforma Sanitária, portanto, destaca-se no fim da década de 70 ao propor a redemocratização da saúde, pois até então a saúde brasileira se estruturava de maneira semelhante à do modelo americano, onde havia a predominância dos serviços privados e, por conseguinte, não era acessível à toda a população. À vista disso, o movimento lutou pela reestruturação do sistema de serviços de saúde e acesso integral para toda a população.

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1978, que a Reforma Sanitária (conhecida como RSB) demarcou seu lugar no debate nacional. Como consequência disso, “o

relatório final do evento inspirou o capítulo ‘Saúde’ da Constituição, desdobrando-se, posteriormente, nas leis orgânicas da saúde (8.080/90 e 8.142/90), que permitiram a implantação do SUS” (PAIM, 2009, p. 60). Foram várias alternativas de cuidado em saúde pública propostas pelo Movimento Sanitário anteriores à consolidação legal do SUS. Foram criados programas, por exemplo, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds). Entretanto, a saúde só foi instituída como direito social em 1988 com a promulgação da Constituição da República.

No contexto de sua promulgação, o Artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p)

Com o advento da Constituição, os serviços de saúde passaram, a partir de então, a serem oferecidos à toda população sob a responsabilidade do Estado. No Art. 198, são estabelecidas as diretrizes e ações que constituem um sistema único, são elas: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988, s/p). A partir de sua promulgação, apresentou-se a necessidade de explicitar de que forma tais diretrizes seriam aplicadas na prática.

Dessarte, foi criada a Lei Orgânica da Saúde. Aprovada em 19 de setembro de 1990, a Lei 8.080/90 dispõe sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde e competências das esferas do governo federal, estadual e municipal. Ademais, tem-se no artigo 4º a definição do Sistema Único de Saúde como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990, s/p). Além disso, a Lei dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS. No que tange aos princípios doutrinários, destacam-se a Universalidade, a Integralidade e a Equidade.

O princípio da universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência, isto é, nos níveis primário, secundário e terciário. O Princípio da Integralidade diz respeito ao cuidado articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Já a Equidade, embora não conste dessa forma na lei 8080/90 ou na Constituição, estabelece

como princípio a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, evidenciando, dessa forma, que a igualdade do acesso à saúde é o fundamento constituinte do SUS (BRASIL, 1990).

As Diretrizes ou os Princípios Organizativos aparece como uma forma de colocar em prática a doutrina que rege o SUS, entre eles estão: a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização, a Participação Social e a Resolutividade. A Diretriz da Descentralização versa sobre a independência das esferas de governo (a municipal, estadual e federal), o que indica que as ações e os serviços de saúde não obedecem a uma única esfera de governo. A Descentralização está diretamente relacionada à regionalização, que “surge como expressão de compartilhamento solidário de responsabilidades das autoridades da administração pública e especificamente sanitárias no intuito de redução das históricas e crônicas desigualdades que assolam o país desde seus primórdios e de garantia e promoção de equidade social” (FERNANDES, 2017, p. 1312). Isto quer dizer que a elaboração das ações de saúde devem ser pensadas considerando a realidade social de cada coletividade, seja no Estado, mas principalmente nos municípios.

A Hierarquização vincula-se com o Princípio da Integralidade da atenção, pois parte do pressuposto segundo o qual todos(as) têm direito aos serviços de saúde independente do nível de complexidade, isto é, desde a Unidade Básica de Saúde (UBS), passando pela média complexidade (serviços especializados e ambulatorios) até a alta complexidade (Hospitais e Unidades de Terapia Intensiva). A Participação Social trata-se de uma Diretriz que foi colocada, especificamente, na Lei Orgânica Complementar 8.142/90, que fala do controle social, o que implica no exercício da cidadania através da participação de diversos atores de diversos segmentos sociais representativos (prestadores, gestores, trabalhadores de saúde e usuários) e aponta para a existências dos Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e Nacionais, que são órgãos deliberativos que atuam planejando, reivindicando e controlando as políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990). Por fim, a Diretriz da Resolutividade relaciona-se com a capacidade de resolução de problemas quando alguém busca determinado serviço de saúde, levando em conta o nível da sua complexidade (BRASIL, 1980).

Isto posto, fica mais compreensível vislumbrar que a organização do SUS parte da concepção acerca dos lugares sociais onde cada sujeito está inserido com a finalidade promover saúde a todos, sustentado em suas Diretrizes e princípios. Foi nessa perspectiva que nasceram uma série de políticas públicas de saúde com o objetivo de estar de acordo com as necessidades da população.

Uma dessas políticas é a Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN). Sabendo que toda política pública nasce da necessidade de uma determinada população, instituída em 2009, a PNSIPN aparece como signo do racismo institucional no panorama do SUS. É importante destacar que, no Brasil, existem 2.474 comunidades quilombolas, sendo que 40 delas residem no Estado do Tocantins. Portanto, é de suma importância investigar como a PNSIPN se concretiza, principalmente em relação ao acesso da população quilombola aos serviços de saúde.

Ademais, apesar da relevância dessa política, faz-se mister refletir como o racismo institucional ainda se apresenta no SUS, considerando que os dados apontam que pretos e pardos “comumente procuram menos o médico e o dentista. Uma vez procurando, possuem maiores probabilidades de não serem atendidos. Uma vez atendidos, tendem a se declarar menos satisfeitos com o serviço recebido” (PAIXÃO et al., 2011, p.19). Dessa maneira, identificar que as instituições de saúde pública não estão isentas de operar sob a lógica do racismo institucional, ainda que legalmente promova políticas de equidade, é uma forma de enfrentamento dessa dimensão do racismo estrutural, a qual produz efeitos “silenciosos” e, por isso, torna-se invisível aos olhos do poder público.

A manutenção do racismo estrutural e sua manifestação institucional demanda que haja discussões em torno das suas consequências para a população negra, especialmente para as comunidades quilombolas que são, muitas vezes, invisibilizadas. Além disso, resgatar o princípio de equidade vigente no SUS e analisar o seu cumprimento, na prática, trata-se de uma forma de enfrentamento ao racismo.

Por outro lado, é importante mencionar que a escolha desta temática passa por uma mobilização dos afetos da própria pesquisadora que, na condição de estudante negra e quilombola de um Instituição Pública Federal, precisou compreender os desdobramentos do racismo no âmbito da saúde pública, pois partir dessas condições subjetivamente estruturantes e socialmente determinadas implicou na compreensão da importância do Sistema Único de Saúde para a população negra e, uma vez compreendida tal importância, necessitou-se pensar nos desafios para o cumprimento das políticas de equidade vigentes. Da mesma forma que os quilombos, esta pesquisa também aspira ser um modo de subverter e resistir à perversidade que advém do racismo institucional. A resistência se expressa, dentre outras formas, na militância. Nas palavras de bell hooks (2017): “a militância é uma alternativa à loucura. E muitos de nós estão adentrando os domínios da loucura” (p. 29).

Vale destacar as manifestações, explicitamente racistas, que têm ocorrido no presente ano de 2023 em diversos setores sociais, recentemente, no que concerne ao esporte e às artes.

Destaca-se o jogador do time Real Madrid, Vinícius Jr., que vem sofrendo racismo sistematicamente e sem qualquer intervenção, onde os torcedores fazem coro gritando “macaco”, dentre outras violências direcionadas ao jogador e não são penalizados por isso. No Brasil, encontramos humoristas reivindicando pelo direito de fazer piada sobre o período escravocrata e sobre pessoas pretas em geral. Em um dos casos específicos, a “piada” foi retirada das plataformas digitais por decisão judicial, mas não tardou que o autor dela e outros humoristas brancos denominassem a decisão judicial como censura.

Tais episódios racistas, recorrentes e explícitos, evidenciam a necessidade de refletir sobre as violências que vitimam as pessoas pretas e são, muitas vezes, socialmente normalizadas, haja vista que reflete o funcionamento “normal” da estrutura social. A reprodução do racismo no humor e no futebol denotam que esse tipo de violência encontra-se tão imbrincada às relações raciais que têm-se reivindicado o direito de praticar tal violência e o de convivência com este tipo de discriminação responsável por assassinatos cotidianos.

Conforme o Conselho Federal de Psicologia (2017), urge a necessidade de haver “a produção de teorias e que contribuam com a superação do racismo, do preconceito e das diferentes formas de discriminação” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017). Portanto, pensar as relações raciais e o racismo enquanto determinante para as condições de saúde da população negra também diz respeito à atuação ética da(o) profissional de Psicologia.

Em consonância com o Código de Ética do Psicólogo (2005), o segundo Princípio Fundamental expõe a importância de a(o) profissional de psicologia atuar na promoção de saúde de modo a contribuir para a eliminação de desigualdades, tais como negligências, discriminação e violência. Além disso, a Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 18/2002 estabelece que a(o) psicóloga(o) contribuirá, segundo seus conhecimentos, para a reflexão sobre o preconceito e a eliminação do racismo. Portanto, a atuação profissional é orientada conforme referências que reiteram a importância da eliminação de formas de discriminação e, portanto, do racismo.

Cabe destacar que este projeto de pesquisa está em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Psicologia (2001), onde um dos princípios fundamentais é “a compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão” (BOCK, 2015, p. 117). A formação deve propiciar um olhar crítico diante dos fenômenos sociais que são causadores de sofrimento.

No que tange à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em seu discurso de posse de ministério, no presente ano, a atual ministra da Igualdade Racial, Anielle Franco,

destacou a necessidade de fortalecer a PNSIPN, uma vez que as políticas de igualdade racial passaram por um significativo esvaziamento nos últimos anos e multiplicou a vulnerabilidade da população negra em termos de saúde e outros setores. Para Santos e Santos (2013), “o descaso com relação à necessidade de investimento na saúde da população negra tem sido uma das faces mais perversas do racismo” (p. 568), na medida em que impede a oportunidade de manter condições de saúde a este grupo, reforçando a “presença da população negra nos piores índices nacionais em termos de preservação da saúde” (SANTOS; SANTOS, 2013, p. 568). Os autores afirmam ainda:

[...] o sentido majoritário atribuído à PNSIPN é, em um primeiro momento, corroborado pelo mito da democracia racial discriminatória que busca dar sentido àquilo que não faz sentido, pois não contempla a realidade e a lógica. De certa forma, é um coro de profissionais que entoam as dissonâncias e fazem emergir falsa igualdade de uma população desigual. Não se pode esquecer que, segundo Almeida (2007), somente tratando diferentemente os desiguais, segundo a própria ‘regra da justiça’, poder-se-á alcançar uma maior igualdade entre os grupos (SANTOS; SANTOS, 2013, p. 569).

Nesse sentido, verifica-se, conforme o Relatório Anual das Desigualdades Raciais (2009-2010), que embora a importância do SUS para população preta e parda seja superior comparado a pessoas brancas, os dados refletem que isso não significou acesso igualitário e de qualidade, pelo contrário, demonstra que muitas vezes essa população não tem sequer chegado ao sistema. Diante disso, este estudo fundamentou-se no seguinte problema de pesquisa: De que forma integrantes de comunidades quilombolas experienciam o acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS?

Diante das relações sociais e raciais brasileiras, é fundamental ressaltar que a desconsideração de raça enquanto determinante social se contrapõe aos princípios doutrinários do SUS, o que aponta para uma questão que envolve o racismo institucional e estrutural, os quais se apresentam a seguir.

Conforme Silvio Almeida (2018), é preciso entender que “o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça” (p. 26). Compreende-se que o racismo opera além da esfera individual, isto é, também opera nas instituições que, por conseguinte, reproduzem a lógica que rege a estrutura social.

Destarte, deve-se considerar que a formação social das relações raciais atuais se estabeleceram a partir de uma estrutura política, social e econômica que tem como base o sistema escravagista, de modo que no imaginário social ainda permeiam as relações da época

(senhor - escravo) e consequentes formas de dominação. Dessa forma, afirma Neusa Souza(1983) que “a sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça, demarcou o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior.” (p.30)

Assim sendo, considerando que as instituições são parte da sociedade e organizadas por ela, os conflitos sociais existentes também são manifestados nas instituições, isto é, nelas são reproduzidas as mesmas tentativas de manutenção da ordem social e, por conseguinte, as instituições operam sob a mesma lógica da discriminação racial que serve à manutenção do poder hegemônico.

Dessa maneira, é estabelecido no funcionamento das instituições mecanismos que “direta ou indiretamente dificultam a ascensão de negros e/ou mulheres, e, em segundo lugar, da inexistência de espaços em que se discuta a desigualdade racial e de gênero, naturalizando, assim, o domínio do grupo formado por homens brancos”. (ALMEIDA, 2018, p. 27-28)

Entende-se o racismo institucional como a materialização do racismo estrutural. Entretanto, importa-nos refletir, se nem mesmo a sociedade considerar a existência do racismo estrutural e, conseqüentemente, sua manifestação institucional, como poderiam as instituições de saúde saírem da inação e promover ações antirracistas?

Vale ressaltar que o conceito do racismo institucional também pode ser entendido a partir de Michel Foucault. No curso “Em Defesa da Sociedade”, de 1976, Foucault traz o conceito de biopolítica e do biopoder, um poder de regulamentação que opera de uma forma distinta do poder soberano. Assim, “a soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer.” (FOUCAULT, 1976/2000, p. 294).

Nesse sentido, Foucault (1976/2000) aponta que a biopolítica se sustenta na eliminação do perigo biológico, logo, “o racismo é indispensável como condição para poder tirar a vida de alguém, para poder tirar a vida dos outros” (p. 306). Tal poder de fazer viver e deixar morrer é o enfoque do ensaio de autoria de Mbembe, intitulado “Necropolítica” (2017), o qual dialoga com Foucault ao relacionar o biopoder e a Necropolítica que, conforme o autor, é uma das “formas contemporâneas de subjugação da vida ao poder da morte” (MBEMBE, 2017, p. 146). Além disso, em consonância com Foucault, Mbembe (2017) aponta que o racismo cumpre importante papel diante dessa nova tecnologia:

[...] em termos foucaultianos, racismo é acima de tudo uma tecnologia destinada a permitir o exercício do biopoder, “aquele velho direito soberano de morte”. Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de

morte e tornar possível as funções assassinas do Estado (MBEMBE, 2017, p. 128).

Com efeito, o racismo enquanto dispositivo do biopoder promove a discriminação e divisão da humanidade em grupos por parte do Estado, o “estabelecimento de uma censura biológica entre uns e outros” (MBEMBE, 2017, p. 128) e a justificativa para o fazer morrer. Sendo assim, a necropolítica também se estende às instituições de saúde pública, na medida em que os atendimentos são prestados sob o viés da discriminação racial, o que acarreta na promoção de saúde de modo segregacionista, ou seja, a Necropolítica se apresenta nessas instituições na forma de o Estado gerir os corpos separando-os e instituindo uma política de morte que extermina aqueles que são descartáveis.

No entanto, é importante destacar que ir na contramão do racismo institucional não se trata de definir que as instituições de saúde pública partam da concepção de que “somos todos iguais” ou, ainda, do chamado mito da democracia racial, isto é, a ideia de uma suposta igualdade social e cultural, mas pelo contrário, considerar as especificidades econômicas e sociais da população negra é o alicerce do enfrentamento ao racismo, o qual está ao lado do princípio da equidade, posto que igualdade de acesso fala de um respeito às diferenças..

No tocante ao mito da democracia racial, destaca-se que este “se estabeleceu como uma imposição política: a proibição social de se falar em racismo.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2017, p.46). À vista disso, é relevante analisar qual o papel dessa concepção no (não) enfrentamento ao racismo. Segundo Lélia Gonzalez (1984): “Como todo mito, o da democracia racial oculta algo para além daquilo que mostra” (p. 227). Utilizando-se da psicanálise como fundamentação, a autora cunha o termo “neurose cultural brasileira”, isto é:

Ora, sabemos que o neurótico constrói modos de ocultamento do sintoma porque isso lhe traz certos benefícios. Essa construção o liberta da angústia de se defrontar com o recalçamento (...) No momento em que fala de alguma coisa, negando-a, ele se revela como desconhecimento de si mesmo. (GONZALEZ, 1984, p.232).

O mito da democracia racial seria uma expressão do racismo, e este por sua vez “se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira” (GONZALEZ, 1984, p. 224). Desse modo, em sua tentativa de ocultar a existência da discriminação racial e formas de dominação, revela-se a necessidade da branquitude de se utilizar do recalçamento para classificar o racismo como algo que não lhes pertence. Para a autora, a neurose cultural brasileira “exerce sua violência simbólica de maneira especial sobre a mulher negra” (GONZALEZ, 1984, p. 228). Nessa direção, a lógica de dominação na cultura brasileira confere à mulher negra o seu “lugar natural”, seja nas favelas, enquanto domésticas, prostitutas, etc.

Outrossim, Akotirene (2019) defende a importância de realizar a discussão racial também sob o viés interseccional, pois

enquanto as mulheres brancas têm medo de que seus filhos possam crescer e serem cooptados pelo patriarcado, as mulheres negras temem enterrar seus filhos vitimados pelas necropolíticas, que confessional e militarmente matam e deixam morrer, contrariando o discurso cristão elitista-branco de valorização da vida e contra o aborto – que é um direito reprodutivo. (AKOTIRENE, 2019, p.16)

Dessa forma, é de suma importância haver a articulação dos recortes de gênero, raça e classe ao analisar os efeitos do racismo, pois essa perspectiva põe em xeque a categoria de mulher universal e expõe que os diferentes marcadores sociais produzem preconceitos diferentes. É importante considerar que, culturalmente, mulheres pretas e mulheres brancas partem de lugares sociais diferentes, e isso é determinante para analisar fenômenos sociais tais como o sexismo, racismo e vulnerabilidade socioeconômica.

Entretanto, Akotirene (2019) alerta que não se trata de “somar” os atravessamentos, mas sim de analisar as condições estruturantes da identidade. Portanto,

A interseccionalidade é sobre a identidade da qual participa o racismo interceptado por outras estruturas. Trata-se de experiência racializada, de modo a requerer sairmos das caixinhas particulares que obstaculizam as lutas de modo global e não servir às diretrizes heterogêneas do Ocidente, dando lugar à solidão política da mulher negra, pois que são grupos marcados pela sobreposição dinâmica identitária. (AKOTIRENE, 2019, p. 21)

Por esta razão, é imprescindível analisar as implicações dos marcadores sociais sem que se faça uma hierarquização das opressões e formas de sofrer. A ótica interseccional propicia que as identidades sejam analisadas a partir do que incide socialmente sobre elas e, por conseguinte, propõe desconstruir as falsas concepções de sofrimento uniformizadas a partir dos gêneros, classes ou raças. Em suma, a “interseccionalidade revela o que classe pode dizer de raça, da mesma forma que raça informa sobre classe.” (AKOTIRENE, 2019, p.22). O conceito de interseccionalidade, assim, não pode ficar fora deste debate, pois quando se fala de racismo estrutural e institucional, faz-se necessário analisá-lo cruzando com outros marcadores, com vistas a descortinar outras formas de opressão que andam juntas com o racismo.

2 METODOLOGIA

Realizou-se um estudo de natureza qualitativa e exploratória, com pesquisa de campo. Segundo Minayo e Deslandes (2013, p.22), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares” pois ela se ocupa de compreender aspectos da realidade subjetiva e das ações que constituem determinada realidade social. Sendo assim, conforme aponta Minayo e Deslandes (2013 p.19), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Portanto, a abordagem qualitativa possibilita a compreensão de fenômenos sociais que não podem ser quantificados. Nesse sentido, a pesquisa trata-se de uma investigação sobre a experiência de quilombolas em relação ao acesso aos serviços de saúde no âmbito do SUS, resgatando suas vivências e os sentidos atribuídos a elas. Já a pesquisa exploratória “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses” (GIL, 2002, p. 41).

2.1 Método e Procedimentos

O procedimento metodológico utilizado foi a pesquisa a campo, a qual segundo Gonsalves (2003) objetiva buscar os dados na população pesquisada, exigindo do pesquisador um contato direto com esta população. O pesquisador vai no campo, ou seja, no espaço onde a situação acontece com a finalidade de reunir um conjunto de informações que fale daquela população. Dessa forma, a pesquisa a campo torna possível o acesso aos indivíduos e seus respectivos lugares, permitindo que a pesquisa contribua para a compreensão do fenômeno a partir da interação com quem o vivencia. Para Marconi e Lakatos (1996), a pesquisa a campo deve abranger três fases, são elas: a princípio, realizar uma pesquisa bibliográfica a respeito do tema pesquisado. Na segunda fase, deve-se estabelecer as técnicas de coleta de dados a serem utilizadas, bem como determinar a amostra da pesquisa. Por fim, deve-se determinar as técnicas de registro dos dados e técnicas para sua posterior análise.

2.2 Instrumento

Para a realização da pesquisa foi utilizada entrevista do tipo semiestruturada a partir de um roteiro pré-estabelecido (Apêndice A), que foi usado como um guia, mas que também foi adaptado no decorrer da narrativa da(o) participante. Segundo Marconi e Lakatos (2006), nesse

tipo de entrevista, o entrevistador tem a liberdade para desenvolver o tema a partir da interação com o entrevistado. Conforme aponta Silva et al. (2018), as palavras do entrevistado representam um instrumento de coleta de informações de extrema importância, pois a palavra tem a capacidade de revelar condições estruturais, além disso, comparece na fala aspectos constituintes de determinado grupo ou do próprio sujeito, tais como as condições históricas, manifestações culturais, linguagens e símbolos nos quais ele está inserido.

2.3 Participantes

Os(as) participantes da pesquisa foram escolhida(o) de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Homens e/ou mulheres, de idade maior ou igual a 18 anos, que se autodeclara negra(o), autodefinindo-se como pertencente a uma comunidade quilombola localizada no estado do Tocantins e que tenha tido alguma experiência nos serviços da RAS no âmbito do SUS e, por fim, devendo assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

A amostra foi composta por 2 participantes, haja vista que o propósito desta pesquisa qualitativa foi propiciar a expressão das subjetividades, não a quantificação da mesma. Buscou-se compreender os sentidos atribuídos pelos participantes a partir da sua experiência. Portanto, a qualidade da amostra foi definida pelo quanto a(o) participante estava implicada(o) com o tema considerando a sua vivência.

Participaram deste estudo um homem e uma mulher nomeados¹ como Luís Gama e Maria Aranha (ver apêndice C). O homem possui 58 anos, cujo estado civil é solteiro, autodeclarado pardo e associado à comunidade quilombola Alto Cerrado². Reside na comunidade, nunca ouviu falar na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e utiliza os serviços do SUS com muita frequência.

A mulher possui 45 anos, estado civil solteira, autodeclarada preta, associada à comunidade quilombola Alto Cerrado, não reside mais na comunidade, nunca ouviu falar na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e utiliza os serviços do SUS com pouca frequência.

¹ É importante ressaltar que foram eleitos nomes fictícios aos participantes, bem como a todas as informações que pudessem levar algum tipo de identificação visando a integridade dos mesmos. Ao participante homem, nesta pesquisa, foi-lhe atribuído o nome de Luís Gama, em homenagem ao advogado negro, ex escravizado que judicialmente libertou mais de 500 pessoas escravizadas. E à mulher foi nomeada Maria Aranha, em homenagem à Felipa Maria Aranha, protagonista na formação e modos de defesa do Quilombo Mola, no Tocantins.

² À comunidade quilombola também atribuiu-se um nome fictício.

2.4 Coleta de dados

As(os) participantes foram selecionadas(os), aleatoriamente, conforme os critérios de inclusão e exclusão e a escolha de voluntárias(os) ocorreu por busca ativa, de forma presencial. A pesquisadora foi à comunidade quilombola e abordou as pessoas dessa comunidade, convidando a participar da pesquisa, e lhes explicando os riscos e os benefícios da mesma através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma vez atendido aos critérios de inclusão e exclusão dos/as participantes e do consentimentos dos/as mesmos/as, a entrevista semiestruturada foi agendada e iniciada após a leitura, consentimento e assinatura do TCLE, além disso, a(o) participante estava ciente dos potenciais riscos e benefícios advindos da pesquisa. Após a assinatura, a(o) participante recebeu uma cópia impressa do TCLE.

As entrevistas semiestruturadas tiveram um roteiro de 8 perguntas e também um breve questionário para estabelecer o perfil sociodemográfico do(a) participante. As entrevistas levaram cerca de 50 minutos para serem respondidas. O ambiente da entrevista foi presencial, em uma sala que garantiu a integridade do(a) participante. Após consentido pela(o) participante, as entrevistas foram gravadas para transcrição e maior fidedignidade dos dados. As pesquisadoras se comprometeram em utilizar este material apenas para a finalidade do tratamento dos dados da presente pesquisa.

2.5 Análise dos Dados

Os dados foram tratados baseando-se no Método de Interpretação de Sentidos, ancorado em uma perspectiva hermenêutica-dialética, o qual segundo por Gomes et al. (2005) (apud MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008), está ancorado baseado na “interpretação do contexto, das razões e das lógicas das falas, das ações e do conjunto de inter-relações de forma contextualizada” (ibid, p. 39), visando alcançar uma descrição analítica. De acordo com os(as) autores(as), este método segue as seguintes fases: 1) Transcrição e digitação das gravações das entrevistas individuais; 2) Atribuição de códigos aos entrevistados e às pessoas por eles mencionadas; 3) Leitura intensiva e compreensiva dos textos transcritos. Ao final, elaboraram-se eixos temáticos com ideias centrais presentes na narrativa do(a) entrevistado(a) (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2008). Os dados foram analisados a partir de autores de referência na temática em questão como Silvio Almeida, Mbembe, Fanon, Kilomba, Gonzales, Angela Davis, Akotirene e Foucault, sem perder de vista um olhar interseccional.

2.6 Aspectos éticos

Após a qualificação do presente projeto, o mesmo foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT), que regulamenta a realização de pesquisas dessa natureza, de forma a respeitar a ética e integridade das(os) participante (**CAEE 74258323.9.0000.5519**), tendo sido aprovada (**nº do parecer 6.535.227**) através do parecer consubstanciado (ver Anexo A). Às(aos) participantes, foram assegurados seus direitos quanto ao sigilo das informações prestadas e desistência de participação, explicitando que sua desistência não acarretaria em quaisquer danos ou prejuízos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As falas dos/as participantes foram inseridas em tabelas (Apêndice C), separadas pelas perguntas integrantes do roteiro de entrevista, visando organizar os eixos temáticos, considerando, principalmente, o que foi exposto em comum entre eles/as. A discussão que se segue foi sistematizada pelos seguintes eixos: I) O cuidado em saúde quilombola: os saberes ancestrais como primeira opção; II) Experiências e Desafios no acesso à Rede de Atenção à Saúde; III) Racismo Institucional e seus efeitos sobre a saúde da população negra e IV) A Cor da dor: Racismo e Saúde Mental.

3.1 O cuidado em saúde quilombola: os saberes ancestrais como primeira opção

Neste eixo, encontram-se enxertos relacionados à pergunta 1: “Como você costuma cuidar da sua saúde?” e 2: “Quando você adoecer, recorre a algum lugar disponível na sua comunidade?”. Ambos os participantes responderam que exerciam o cuidado em saúde recorrendo, primeiramente, aos saberes tradicionais, ao invés de procurar, como primeira opção, algum serviço da Rede, tal como fica evidente na fala do participante Luís Gama:

É sempre aos meio, mesmo meio indígena com casca de pau chá de folha de erva natural. A gente aprende na prática, assim, desde do pessoal, dos antepassados, né? Porque como aqui mesmo não tinha médico, não tinha esse negócio de saúde SUS, né? A gente morava aqui e não tinha transporte, isolado de tudo. Aí era gente que ia... o pessoal mais velho, o filho adoecia, e aí fazia um remédio, fazia uma folha de pau, cozinhava outro, até que achava algo dava certo e aí com isso, eles iam ensinando de geração em geração, vai passando de geração em geração (...) Eu sempre ou eu vou direto na cidade, no postinho ou então eu recorro mesmo às minhas ervas do mato. Aí se não der jeito, for obrigado ir ao hospital aí que eu vou, mas é, recorro primeiro às ervas.

Os saberes ancestrais têm um lugar fundamental no cuidado em saúde das comunidades quilombolas. Diante da fala exposta, vê-se que apesar das tentativas insistentes de aniquilamento das comunidades, fruto de uma lógica de funcionamento da sociedade essencialmente colonialista, os quilombos resistem em suas tradições e modos de existência. Como expresso na fala do participante, o conhecimento acerca do cuidado em saúde é passado de geração em geração, sendo que em muitos casos, a própria comunidade estuda, por tentativa e erro, determinado tipo de planta para determinada doença.

Além disso, também é expresso na fala do participante o quanto as práticas indígenas estão imbricadas com as práticas do quilombo. Conforme o Mestre quilombola Antônio Bispo

ou Nego Bispo (2023), foi nesse entrelaçamento com os povos tradicionais indígenas que foram construídos os quilombos, assim, ele destaca que

Não fizemos os quilombos sozinhos. Para que fizéssemos os quilombos, foi preciso trazer os nossos saberes de África, mas os povos indígenas daqui nos disseram que o que lá funcionava de um jeito, aqui funcionava de outro. Nessa confluência de saberes, formamos os quilombos, inventados pelos povos afroconfluentes, em conversa com os povos indígenas (BISPO, 2023, p. 32).

Isto posto, a confluência entre os povos tradicionais possibilitou o compartilhamento de saberes fundamentais para a criação dos quilombos e sua (re)existência. A memória também possui destaque na resistência quilombola, uma vez que é através dela que, de geração para geração, os conhecimentos são transmitidos e a tradição perpetuada. A respeito dessa importância, Antônio Bispo (2023) explica que, ainda que o conhecimento das comunidades seja subjugado e tachado como insuficiente e/ou rudimentar, os povos quilombolas encontram em seu próprio modo de funcionamento mecanismos para “imunizar-se” às tentativas de mercantilizar seus saberes, pois conforme Bispo (2023) “Somos povos de trajetórias, não somos povos de teoria. Somos da circularidade: começo, meio e começo. As nossas vidas não têm fim. A geração avó é o começo, a geração mãe é o meio e a geração neta é o começo de novo.”

Sendo assim, o isolamento e a falta de acesso aos serviços do SUS contribuíram para a manutenção dos saberes locais enquanto principal modo de cuidado em saúde. Outrossim, ressalta-se que a IV Diretriz Geral da PNSIPN (2009) assegura a “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas” (p. 19), sendo necessário, portanto, considerar como válidas tais práticas que perpassam os quilombos por gerações e que sustentaram a saúde da comunidade enquanto único modo de saúde que lhes era possível. Diante disso, evoca-se o questionamento: até que ponto acessar os saberes tradicionais como primeira opção implica que, de fato, a comunidade não necessita dos serviços da rede?

De acordo com Alves, Soares, Costa e Santos (2023), fortalecer a Política Nacional de Saúde, principalmente a Política de Atenção Básica (PNAB), é também reforçar territórios quilombolas em uma perspectiva antirracista e decolonial. Particularmente o Estratégia Saúde da Família (ESF), como Atenção Primária à Saúde no SUS, tem uma função primordial nesse sentido, pois seu foco está na comunidade e no território, respeitando a realidade e cultura local, bem como estabelecendo um cuidado em saúde que garanta o princípio da universalidade e democratização das ações e serviços de saúde, acompanhado pela equidade, isto é, pela promoção do acesso dessas ações e serviços a considerar as diferenças de cada um e de cada coletividade. Os autores trazem um dado relevante, a saber, que “a morte de quilombolas rurais

pela Covid-19 foi quatro vezes maior do que entre pessoas brancas em zona urbana, como destacou o Grupo Temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2021, apud ALVES et al., 2023, p. 3). O não incentivo à PNAB não deixa de ser uma forma de racismo institucional, pois sabemos que os mais prejudicados são justamente aqueles que mais precisam, ou seja, a população rural, pobre, negra, quilombola e indígena.

Isso entra em concordância com o que nos disse a Participante Maria Aranha nos seguintes enxertos:

A minha saúde eu cuido assim com remédio caseiro. Porque é dificilmente, graças a Deus, é dificilmente eu sinto alguma coisa, e quando eu sinto, eu bebo remédio caseiro. Aprendi com a minha mãe que aprendeu com a mãe dela, que a mãe dela aprendeu com a mãe. E assim, meus antepassados. A minha mãe fazia, agora eu aprendi com ela. Aí, fico aqui, mesmo tendo a unidade aqui perto, eu não vou, só se for um caso muito sério que aí é necessário.

Verifica-se, a partir da fala de Maria Aranha, que ela também recorre aos saberes ancestrais em primeiro lugar, o que denota a presença marcante da necessidade de sustentar um espaço de resistência a partir da comunidade e dos saberes compartilhados por ela. Tais espaços podem ser representados pelos quilombos. Isto posto, nos cabe resgatar a história de como se deu a constituição dos quilombos no Brasil. A esse respeito, Dealdina (2020) ressalta que os quilombos tratam-se de “um projeto de partilha, de viver em comunidade, de construção do território enquanto coletivo, compartilhando o acesso a bens, em especial à terra” (DEALDINA, 2020, p. 24).

A esse respeito, a historiadora quilombola Beatriz Nascimento, no documentário *Ôrí* (1989) conceitua essa população enquanto um coletivo de paz, e não somente enquanto território geográfico. Assim, ela ressalta que

É importante ver que, hoje, o quilombo traz pra gente não mais o território geográfico, mas o território a nível duma simbologia. Nós somos homens. Nós temos direitos ao território, à terra. Várias e várias e várias partes da minha história contam que eu tenho o direito ao espaço que ocupo na nação. E é isso que Palmares vem revelando nesse momento. Eu tenho o direito ao espaço que ocupo dentro desse sistema, dentro dessa nação, dentro desse nicho geográfico, dessa serra de Pernambuco. A Terra é o meu quilombo. Meu espaço é meu quilombo. Onde eu estou, eu estou. Quando eu estou, eu sou. (NASCIMENTO, 1989).

Entenderemos os quilombos, portanto, enquanto um coletivo que nutre uma relação simbólica e de afetividade com o próprio território, mas que ultrapassa o entendimento geográfico do espaço. As comunidades quilombolas resistem por também preservarem a vivência coletiva, de vínculo e de costumes que remontam à ancestralidade africana.

Nascimento (1989) destaca, ainda, que os quilombos tratam-se de sociedades que se organizam de modo a buscar a liberdade de viver conforme o histórico legado afrobrasileiro. Assim, os quilombos são caracteristicamente comunidades de luta pela liberdade e pela preservação de seus modos de existir.

Ademais, Bispo (2007) resgata que os povos africanos, ao chegarem no Brasil, rebelaram-se contra os colonizadores de diversas formas. Dentre elas, reorganizaram-se em grupos comunitários que se estabeleciam em territórios, sendo eles fixos ou não. Tais grupos “foram denominadas pelos colonizadores como Mucambos, Quilombos, Retiros, etc., e consideradas pela legislação vigente como organizações criminosas” (BISPO, 2007, p. 48). Destarte, por mais de 300 anos os Quilombos foram considerados organizações criminosas e, ainda que tal legislação não esteja mais em vigor desde a abolição da escravidão, a imposição colonizadora de criminalização das comunidades e consequentes formas de violências a seus modos de existir tiveram um papel determinante na construção da realidade social brasileira tal como a conhecemos.

Em consonância, o historiador Gomes (2015) expõe que os “Quilombos eram sinônimos de transgressão à ordem escravista” (p.20) e, portanto, um meio de resistir autonomamente longe de um sistema perverso. Assim sendo, conforme ressalta Silva e Nascimento (2012):

Por muito tempo a “história oficial” considerou os quilombos como lugares longínquos e isolados, constituídos exclusivamente por escravos fugidos. No entanto, os quilombos não podem ser vistos apenas desta forma, eles representaram uma importante forma de resistência ao sistema vigente e mesmo após a abolição continuaram a representar essa resistência, visto que o negro não foi verdadeiramente integrado como cidadão à sociedade. (SILVA; NASCIMENTO, 2012, p.25)

Considerando isso, partiremos da lógica proposta por Nego Bispo de se utilizar de um jogo de palavras para contrariar o coloniasmo e, assim, enfraquecê-lo. Dessa forma, entenderemos os quilombos como coletivos de luta e resistência contracoloniais. (BISPO, 2007). Os quilombos, apesar da crença colonialista de homogeneidade, funcionam conforme múltiplas formas de organização, principalmente no concernente aos aspectos socioeconômicos. E assim se constituíram enquanto a materialização da resistência, os quais eram formados não somente pelos povos africanos fugitivos da escravidão, como também por indígenas e desertores militares (GOMES, 2015).

Destarte, a promulgação da Lei Áurea em 1888, que declarou a extinção da escravidão no Brasil, nem de longe significou sinônimo de liberdade para os “estrangeiros”, isto é, para os povos africanos. Isso se expressa no que expõe Bispo (2007):

Na primeira constituição republicana, em 24 de fevereiro de 1891, todos os analfabetos, em sua imensa maioria negros e índios, perderam o direito ao voto e o direito de serem eleitos, assim como também foram cerceados o direito de falarmos as nossas línguas, de praticarmos os nossos cultos, de festejarmos, etc., criminalizando e/ ou impondo uma série de dificuldades para mantermos vivos todos os símbolos e as significações dos nossos modos de vida (BISPO, 2007, p.50).

Nesse sentido, embora houvesse, à época, a institucionalização da abolição da escravatura, isso não se concretizou na prática, marcava apenas a continuação de lutas frente à sociedade imbuída da lógica colonialista.

Trazendo para a realidade tocantinense, tem-se que das quase 3 mil comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), 40 delas residem no Estado do Tocantins, são elas a saber: Mimoso (Arraia|Paranãs), Morro de São João (Santa Rosa do Tocantins), Claro, Prata e Ouro Fino (Paraná), Fazenda Lagoa dos Patos e Fazendas Káagados (Arraias), Margens do Rio Novo, Riachão e Rio Preto (Mateiros), Pé do Morro (Aragominas), Lagoa da Pedra (Arraias), São José (Chapada da Natividade), Córrego Fundo (Chapada da Natividade), Chapada da Natividade (Chapada da Natividade), Malhadinha (Brejinho de Nazaré), Mumbuca (Mateiros), Povoado do Prata (São Félix do Tocantins), Redenção (Natividade), Projeto da Baviera (Aragominas), São Joaquim (Porto Alegre do Tocantins), Barra do Aroeira (Lagoa do Tocantins| Novo Acordo| Santa Tereza), Laginha (Porto Alegre do Tocantins), Cocalinho (Santa Fé do Araguaia), Grotão (Filadélfia), Mata Grande (Monte do Carmo), Santa Maria das Mangueiras (Dois Irmãos do Tocantins), Ambrósio, Carrapato e Formiga (Mateiros), Curralinho do Pontal (Brejinho de Nazaré), Dona Juscelina (Muricilândia), Rio das Almas (Jaú do Tocantins), Lajeado (Dianópolis), Manoel João (Brejinho de Nazaré), Baião (Almas), Ilha São Vicente (Araguatins), Boa Esperança (Mateiros), Água Branca (Conceição do Tocantins), Matões (Conceição do Tocantins), Carrapiché (Esperantina), Ciríaco (Esperantina), Praiachata (Esperantina), Lagoa Azul (Ponte Alta do Tocantins), Poço Dantas (Almas), Raízes de Quilombo (Silvanópolis), Brejão Santa Maria (Natividade). (BRASIL, 2023)

A história dos quilombos no Tocantins é marcada por duas importantes rotas migratórias: “Uma entrada pela região sudeste, na busca de ouro: a rota do ouro; e outra pela região norte, na busca de pastos naturais para a criação de gado: a rota do gado” (GONÇALVES, 2012, p. 4).

Entretanto, a fuga da escravidão também não significou plena liberdade, pois sabe-se que as táticas de etnocídio e opressão dos modos de existência dos povos tradicionais não cessaram com a suposta abolição da escravidão, de modo que os processos de luta e resistência,

não apenas pelos territórios mas pelo próprio modo de vida nos quilombos, perduram até hoje. Assim,

Embora a legislação atual seja favorável ao reconhecimento dos direitos territoriais quilombolas, é flagrante o seu descumprimento. Um conjunto de interesses em favor da concentração da terra na mão de poucos (proteção de latifundiários, expansão do agronegócio e de projetos de desenvolvimento), aliado a políticos profissionais corruptos, tem impedido que territórios sejam demarcados. (DEALDINA, 2020, p.25)

No que tange à incessante característica de resistência dos quilombos, urge o resgate do papel das mulheres nesse contexto, pois embora haja o ocultamento da função das mulheres na organização dos quilombos, conforme pontua o historiador Gomes (2017) as mulheres tiveram um papel fundamental de resistência, por exemplo, na reconstrução da agricultura dos quilombos, pois era a partir dos grãos escondidos nos cabelos das mulheres que a economia do quilombo era reconstruída após serem atacados. Mas essa história foi ocultada da narrativa dominante, pois “o faziam para justificar a necessidade de sua destruição. São abundantes as imagens de fujões, bandidos e assassinos, havendo pouco espaço para narrativas sobre famílias, culturas e poder político.” (p. 42)

Ademais, nota-se o papel de destaque ocupado pelas mulheres quilombolas para o funcionamento do quilombo na transmissão do conhecimento de uma geração para outra. A esse respeito, Dealdina (2020) pontua que tal papel é marcado pelo constante protagonismo das mulheres nas lutas de resistência dos quilombos. Para além da resistência ao racismo, elas ocupam um papel de “guardiãs das tradições da cultura afro-brasileira” (p. 33), sendo as responsáveis pela preservação da cultura quilombola e representantes na luta contra o racismo e opressão dos quilombos.

Nos quilombos, os valores culturais, sociais, educacionais e políticos são transmitidos às e aos mais jovens pela oralidade. A mulher quilombola tem um papel fundamental na transmissão e na preservação das tradições locais; na manipulação das ervas medicinais, no artesanato, na agricultura, na culinária e nas festas. São as mulheres que desempenham um papel central, estabelecendo vínculos de solidariedade e transmitindo experiências. (DEALDINA, 2020, p.33).

Nessa perspectiva, embora a história das mulheres quilombolas ainda seja invisibilizada ou são elas reduzidas a representações estereotipadas, tais como mãe preta e mucama, doméstica e mulata (GONZALEZ, 2020), a cultura e reprodução do conhecimento quilombola só foi possível de ser preservado através das “guardiãs” de todo esse legado.

Quando, por exemplo, a participante Maria Aranha fala do cuidado em saúde recorrendo aos antepassados, refere-se a um isolamento comunitário onde não chegava médico, de tal forma que uma das alternativas de prevenir e tratar as doenças era pela via dos saberes

ancestrais. Mesmo dizendo que vai ao postinho ou a cidade mais próxima, com o estabelecimento do SUS, percebe-se que essa não representa a modalidade mais procurada. Da mesma forma, acontece com outro participante ao dizer que mesmo tendo a Unidade Básica perto da sua casa, só vai se for muito necessário. O que isso, de fato, nos diz?

Embora reconheçamos a importância de manter vivo tais saberes ancestrais, a própria existência do quilombo, com seu distanciamento em relação à cidade, reflete que a comunidade quilombola, histórica e estruturalmente, manteve-se à margem da sociedade, e continua assim até hoje, quando, apesar da introdução da Política de Atenção Integral à População Negra, não vemos sua concretização efetiva. A não procura pelos serviços do SUS podem ser considerados um índice deste fato.

A permanência dos quilombos e o uso de seus saberes no cuidado em saúde também denotam uma resistência frente ao seu apagamento e sua memória, entendida segundo Gonzales (2020, p. 240) “como esse lugar de inscrições que restituem uma história que não foi escrita, o lugar da emergência da verdade, dessa verdade”. Nesse sentido, a memória se trata daquilo que é excluído da consciência. Portanto, a memória faz emergir aspectos de uma inconsciência em que reside a ancestralidade.

Apesar de toda a tentativa de apagamento, os saberes ancestrais, signos da amefricanidade, resistem a essa tentativa de apagamento da consciência. Essa tentativa de apagamento de uma cultura amefricana, como nos diz Gonzalez, representa o que ela chama de “racismo por denegação”, que ocorre, sobretudo, nos países de colonização luso-espanhola, em especial nos países da América Latina. O “racismo por denegação” parte do princípio segundo o qual todos são iguais perante a lei. Assim, aponta:

O racismo latino-americano é suficientemente sofisticado para manter negros e índios na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças a sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento. Veiculada pelos meios de comunicação de massa e pelos aparelhos ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores do Ocidente branco são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca demonstra sua eficácia pelos efeitos de estilhaçamento, fragmentação da identidade racial que ele produz: o desejo de embranquecer (de “limpar o sangue”, como se diz no Brasil) é internalizado, com a simultânea negação da própria raça, da própria cultura (GONZALEZ, 2020, p. 131-132).

Nessa perspectiva, a ideologia do branqueamento trabalha com esse “racismo por denegação”, rejeitando a memória, na qual o discurso dominante impõe o que é a verdade. A insurgência da memória sinaliza, entretanto, que esse discurso dominante manca, posto que não consegue tudo apagar. Com base na psicanálise, Gonzalez (2020) elucida que “o neurótico

constrói modos de ocultamento do sintoma porque isso lhe traz certos benefícios. Essa construção o liberta da angústia de se defrontar com o recalçamento” (p. 245-246).

A cultura quilombola revela, portanto, a resistência do que a ideologia do branqueamento quer suprimir. Porém, mesmo essa resistência sendo importante e necessária na sociedade brasileira, isso não (des)implica o Estado, através do SUS, de fazer com que as ações e os serviços cheguem até as comunidades quilombolas. O “receio” em procurar primeiramente esses serviços pode ser tido como sinal de deficiência do referido Sistema que não está fazendo cumprir o princípio da equidade. Dito isto, verifica-se que

A população negra brasileira se encontra numa situação que não é muito diferente de há noventa anos atrás, pois as formas de dominação e exploração não acabaram com a falsa abolição, mas simplesmente se modificaram. Continuamos marginalizados na sociedade brasileira que nos discrimina, esmaga e empurra ao desemprego, subemprego, à marginalidade, negando-nos o direito à educação, à saúde e a moradia decente (GONZALEZ, 2020, p.302)

3.2 Experiências e Desafios na Rede de Atenção à Saúde

Nesta categoria, encontram-se os enxertos relacionados às perguntas 3 (três), 4 (quatro) e 5 (cinco), que são respectivamente: “Como foi sua experiência em relação ao acesso às ações e serviços do SUS quando você residia na sua comunidade? (nos casos em que o(a) participante não reside mais na comunidade)”; “Como está sendo a sua experiência em relação ao acesso às ações e serviços do SUS onde você reside atualmente? (nos casos em que o(a) participante não reside mais na comunidade)” e “Quais os principais desafios para o acesso aos serviços? (para os casos em que o(a) participante reside na comunidade ou não? Como você descreve esta experiência?”. Aqui, discutimos, de modo geral, como os/as participantes narram suas experiências na RAS no âmbito do SUS, considerando a descrição desta, bem como os obstáculos/desafios encontrados.

Luís Gama, quando perguntado sobre sua vivência no tocante às ações e serviços do SUS, respondeu que “com as campanhas que teve de 2006 pra cá, melhorou muito”, relatando que antes não tinha campanha e que era difícil o atendimento, “não era fácil”. No caso de Maria Aranha, ela informou que foi uma experiência razoável, na medida em que foi atendida todas as vezes em que precisou.

O curioso, considerando especialmente o que diz Luís Gama, é que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado desde 1988 com a promulgação da Constituição. É indubitável, portanto, que o SUS se articule de modo a considerar as particularidades da população brasileira com vistas à eliminação das iniquidades no acesso à saúde. Entretanto,

considerando o que nos disse Luís Gama, ressalta-se especialmente os princípios doutrinários da Universalidade e Equidade nos quais se fundamenta o SUS, pois o desconhecimento acerca da existência desse sistema ou mesmo a crença de existir em outros lugares, mas não para as pequenas comunidades tradicionais - muitas vezes marcadas pelo isolamento - aponta para a reflexão da vigência destes princípios na prática.

Sobre o princípio da universalidade, Narvai (2022), afirma que a universalidade “decorre do fato de que é imprescindível que todos, sem exceção, usufruam dela. Não fosse apenas por razões humanitárias e de justiça social, mas também por razões epidemiológicas” (p. 109), posto que “a saúde é um *bem público puro*” (NARVAI, 2022, p. 109, grifo do autor). O autor prossegue dizendo que somente em casos específicos a saúde resulta da (in)disponibilidade de acesso aos serviços de saúde. Negros e pobres, nessa perspectiva, acabam se inserindo nesses casos específicos, o que se complexifica quando se trata de comunidades quilombolas. Se o Estado é o protagonista central na empreitada de assegurar o direito de todos, através das políticas públicas, ele também é responsável por suas omissões, “das quais decorrem um aprofundamento das desigualdades e, portanto, a produção social da doença” (ibid, p. 114).

Para a população negra, “o acesso a serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil” (Brasil, 2001, p. 9-10 apud WERNECK, 2016, p. 537). Nesse contexto, é importante destacar os dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, pois a taxa da população autodeclarada branca era de 47,7%, enquanto a de pretos e pardos era de 50,7% e indígenas e amarelos de 1,5%. Dessa forma, a população brasileira é majoritariamente negra. Todavia, apesar de ser a maioria da população, o estudo realizado pelo IBGE a respeito das Desigualdades Raciais por Cor ou Raça (2021) aponta que as pessoas pretas e pardas estão entre os piores índices de trabalho, remuneração, segurança de posse e moradia, entre outros.

Ainda conforme o estudo, “apesar da população preta e parda representarem 9,1% e 47,0%, respectivamente, da população brasileira em 2021, sua participação entre indicadores que refletem melhores níveis de condições de vida está aquém desta proporção.” (IBGE, 2022). Mesmo que haja direitos assegurados pela Constituição de 1988, os dados demonstram que há uma disparidade de condições de vida que se fundamentam em raça e etnia, assim constatando que os direitos básicos não garantiram a eliminação da desigualdade racial.

No que se refere ao acesso ao Sistema Único de Saúde, é relevante destacar um dado exposto pelo Relatório Anual das Desigualdades Raciais (2009-2010), o qual aponta que a importância do SUS para brancos é de 47,4%, já para pretos e pardos é de 66,9%. Ainda assim,

pretos e pardos são minoria nas consultas, dessa forma, “para os pretos & pardos, a comparativamente maior relevância do SUS para a obtenção do atendimento médico e hospitalar não implicou nem em igual oportunidade de acesso ao sistema, e nem que o serviço prestado tenha sido de igual qualidade” (PAIXÃO et al., 2011, p.19). Isso pode ser exemplificado com o que nos conta Luís Gama, que relatou sobre as dificuldades encontradas ao procurar atendimento no hospital, pois havia uma grande espera, independente da hora em que ele chegasse ao serviço. Assim, ele conta que mesmo sem condições de saúde de estar na fila, tinha que permanecer nela, sendo muitas vezes necessário “dar uma de morto para poder ser atendido”, pois já chegou a experienciar uma espera de 10 horas e ainda assim não ser atendido. De modo semelhante, quando perguntada a respeito dos obstáculos para acessar a Rede, Maria Aranha declara haver uma "demora demais", o que muitas vezes justifica a escolha de ir à UBS somente em caso de muita necessidade ou urgência.

A esse respeito, Paixão (et al., 2011) também expõe dados relacionados à busca pelos serviços de saúde. Segundo o relatório, uma das principais causas da não procura do sistema refere-se aos “problemas reportados às falhas do sistema de saúde”, compreendidos como os seguintes motivadores: i) horário incompatível; ii) atendimento demorado; iii) não haver especialista compatível com a necessidade; iv) achar não ter direito; v) não gostar dos profissionais do estabelecimento ou por motivo de vi) greve nos serviços de saúde. Destaca-se especialmente o segundo motivador, pois a demora no atendimento é apontada pelo participante Luís Gama como um dos fatores que dificultam a procura pela UBS, explicando, também, que ao chegar no serviço, muitas vezes lhe é solicitado que marque o atendimento médico para só então retornar à UBS para ser atendido, um procedimento inviável para ele, que percorre uma distância de quilômetros da comunidade até a UBS.

À vista disso, a distância entre os indivíduos e os locais onde ficam os serviços de atendimento à saúde também é apontada por Paixão (et al., 2011) como um dos motivadores para desistência de procurar os serviços de saúde e, com isso, os autores concluem que a falta de uma logística adequada para o atendimento em saúde sugere “falhas por parte do poder público como um todo no sentido dos lapsos de dotação de condições adequadas de transporte da população aos locais de atendimento.” (p.65)

Isto posto, cabe ressaltar a imprescindibilidade de considerar as particularidades socioculturais no atendimento aos povos quilombolas. Conforme denuncia Xavier (2012): “O sistema de saúde brasileiro compromete a saúde dessa população quando não a percebe como um grupo com particularidades a serem observadas e quando desconsidera as condições socioculturais no diagnóstico, tratamento e prognóstico, o que fere as premissas do SUS.” (p.

206). Constata-se, portanto, que o princípio doutrinário da integralidade, em conjunto com o princípio da equidade, determina o cuidado em todos os níveis de complexidade considerando as especificidades de cada caso, o que implica que as particularidades de ser um integrante de uma comunidade quilombola estão inclusas nos princípios do SUS, divergindo, entretanto, do que ocorre na prática. Isto posto, os dados revelam que assumir com centralidade o indicador de raça é primordial para o enfrentamento das desigualdades, para tanto, cabe refletir qual o papel das instituições na manutenção delas.

Para Werneck (2016), apesar do movimento negro ter um histórico importante no processo que resultou na reforma sanitária e o estabelecimento do SUS, “é possível verificar que essa presença [...] não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo” (p. 536).

Diante disso, podemos discutir, de modo direto, sobre como o racismo institucional se presentifica no cotidiano da Rede de Atenção à Saúde, partindo para a próxima categoria de análise, a saber: o Racismo Institucional e seus efeitos sobre a saúde da população negra.

3.3 O Racismo Institucional e seus efeitos sobre a Saúde da População Negra

Esta categoria desdobrou-se a partir da pergunta 6: “Você passou por alguma experiência constrangedora por conta da cor da sua pele em instituições ligadas à RAS? Em caso afirmativo, como se deu essa vivência?”, da questão 7: “No caso de já ter ouvido falar ou conhecer a PNSIPN, o que você pensa do cumprimento dessa política?” e da questão 8: “O que você pensa sobre o acesso das comunidades quilombolas aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)?”. Tais questionamentos levaram ao conceito em torno do racismo institucional, o qual discutiremos a seguir.

Conforme Werneck (2016), um dos marcos importantes para a vinculação de racismo a vulnerabilidades em saúde foi a III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias correlatas, ocorrida na África do Sul no ano de 2001. A partir da referida conferência, enfatizou-se para a gestão pública a caminhada rumo à instituição de políticas voltadas para a saúde da população negra, aspecto que já vinha sendo reivindicado por ativistas no Brasil. A partir de então, ainda em 2001, elaborou-se o documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade”, que propunha, dentre outros componentes, a

Capacitação dos profissionais de saúde – promoção de mudanças de comportamento de todos os profissionais da área de saúde, através da formação e treinamento adequados para lidar com a diversidade da sociedade brasileira e com as peculiaridades do processo saúde doença da população negra (WERNECK, 2016, p.345).

Este documento reitera a correlação entre racismo, discriminação e adoecimento da população negra, fato que foi fundamental para centralizar o no campo de atenção à saúde da população negra. Foi nessa perspectiva que, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em novembro de 2006, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PSNIPN), um resultado da luta do Movimento Negro. Trata-se de uma importante reivindicação no que toca à promoção de políticas de equidade para a população negra. A PSNIPN, no cenário de sua implementação, aponta a existência do racismo institucional no SUS enquanto impasse no que diz respeito à promoção de saúde integral da população negra, sendo um dos motivos que justificou sua criação. Assim sendo, a Lei possui os seguintes objetivos:

I- garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde. II- garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde. III- incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social. IV- identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho. V- aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS. VI- melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia. VII- identificar as necessidades de saúde da população negra do campo e da floresta e das áreas urbanas e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades. VIII- definir e pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para a promoção da equidade étnico-racial na saúde. IX- monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais. X- incluir as demandas específicas da população negra nos processos de regulação do sistema de saúde suplementar. XI- monitorar e avaliar as mudanças na cultura institucional, visando à garantia dos princípios antirracistas e não-discriminatório; e XII- fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra (BRASIL, 2009, s/p).

Destaca-se principalmente o II objetivo da PNSIPN, pois o Censo realizado pelo IBGE, em 2022, expõe que 1,3 milhões de pessoas se autodeclaram quilombolas, das quais a quantidade expressiva de 32,1% se localiza nas regiões da Amazônia Legal. No Tocantins, tem-se 41 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, e o número de autodeclarados quilombolas é de 12881, representando quase 1% do total da população tocaninense.

Apesar da existência dessa Política, conforme narra o participante Luís Gama, ainda que ele tenha ouvido falar sobre ela, nunca chegou qualquer profissional da saúde em sua residência no quilombo, destacando saber se tratar de uma política de saúde igualitária que deveria chegar nos lugares de difícil acesso, como na comunidade em que ele reside, mas que isso nunca ocorreu. Além disso, a participante Maria Aranha sinalizou nenhum conhecimento a respeito dela. Diante disso, vê-se que a PNSIPN encontrou e ainda encontra entraves concernentes à sua implantação. Destaca Werneck (2016) que:

[...] além do rechaço mais ou menos explícito por parte de muitos, verificou-se, também, uma profunda ignorância acerca dos diferentes elementos envolvidos nos processos de realização de ações e estratégias necessárias, que explicam o porquê da PNSIPN não ter sido adequadamente implementada após esses anos. (WERNECK, 2016 p. 539).

Assim, nota-se que embora uma das principais motivações para a criação dessa política tenha sido o reconhecimento do racismo enquanto “um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida” (p. 539), isso não necessariamente foi reconhecido na prática. Conforme alerta Werneck (2016), as decisões de política e gestão de saúde ainda são tomadas de forma a desconsiderar os dados que expõem as iniquidades no acesso à saúde da população negra, bem como estes apontam, de forma recorrente, a grande disparidade e desigualdade que permeia o tratamento no SUS.

Nesse sentido, é importante refletir a respeito do racismo e sua dimensão institucional, responsável por produzir e sustentar tal violência e manutenção das iniquidades do acesso à saúde. O participante Luís Gama, quando perguntado se já passou alguma experiência constrangedora por conta da cor da pele nas instituições ligadas à RAS, ele afirma que já sofreu preconceito “demais da conta” por toda a sua vida, dizendo ser tanto por causa da sua cor, quanto por ser filho órfão. Mas no contexto do SUS, ele relatou que não notou nenhum preconceito racial. Já Maria Aranha, responde trazendo um relato de quando procurou a UBS da sua cidade e teve o atendimento negado.

Não vou dizer sinceramente que foi por causa da minha cor da pele mas eu acredito que sim, porque eu fui com o meu filho, num sol quente, vermelhinho de alergia. E cheguei lá, disseram que não tinha atendimento. Aí eu ia voltando 1 hora da tarde, 2 km a pé com o menino doente. Ia voltando sem atendimento, aí foi que um rapaz que trabalha no Conselho Municipal de Saúde me viu e perguntou, por que que eu estava voltando, andando naquele sol quente. Aí eu falei, porque eu fui na unidade básica de saúde e não fui atendida e essa criança está com alergia, com o corpo cheio de caroço. Aí ele falou que ia levar o pessoal e falar para atender aí ele conseguiu. Foi rapidinho, nos atenderam quando o rapaz falou. Eles atenderam. Mas por mim só não fizeram.

Com isso, faz-se necessário refletir o racismo em sua dimensão institucional. O racismo institucional é um fator intrínseco do funcionamento das instituições, fato evidenciado por Jaccoud (2008), Sueli Carneiro (2011) Jurema Werneck (2016), Silvio Almeida (2018) e Cida Bento (2022).

Essa dimensão do racismo, diferente dos mecanismos discriminatórios individuais e classificados constitucionalmente como ilegais, atua a nível institucional e não explícito. O conceito de “pacto narcísico da branquitude”, cunhado por Cida Bento (2022) pode ser utilizado para analisar a violência do racismo institucional e seu funcionamento silencioso nas instituições. A autora ressalta que não se trata de uma reunião combinada pela branquitude para deliberar sobre formas de inferiorizar a população negra, mas de um pacto não verbalizado de autopreservação, que mantém a mesma hegemonia branca e masculina ocupando lugares de poder dentro das instituições. Assim, “Esse pacto da branquitude possui um componente narcísico, de autopreservação, como se o “diferente” ameaçasse o “normal”, o “universal” (BENTO, 2022, p.11-12). Dessa forma, no interior das organizações, normaliza-se que a tomada de decisões, as quais influenciam todo o funcionamento da instituição, como as de saúde, permaneça sempre a cargo do mesmo perfil de pessoa.

Ademais, se por um lado o pacto narcísico da branquitude fortalece o grupo de “iguais”, ele também é responsável por segregar e excluir quem não faz parte dele. Por conseguinte, tem-se um pacto que cria e mantém as iniquidades raciais, muitas vezes justificado pela existência de um sistema meritocrático, avaliando que o grupo que se encontra no poder merece estar nele, enquanto quem permanece às margens não está devidamente preparada/o para estar em lugares de poder. Como consequência, nas instituições, o pacto narcísico gera exclusão, sub-representação e o genocídio da população negra. (BENTO, 2022).

Conforme a autora, as ferramentas, regras e processos utilizados nas instituições fortalecem sistematicamente os pactos narcísicos, o que é representado nos dados da realidade brasileira, quando, por exemplo, nas organizações públicas, privadas e da sociedade civil o quadro de funcionários, principalmente em cargos de poder, é predominantemente branco, contrariando o fato de a maior parte da população brasileira ser negra. Bento (2022) destaca que:

O racismo institucional, às vezes, se refere a práticas aparentemente neutras no presente, mas que refletem ou perpetuam o efeito de discriminação praticada no passado. O conceito de racismo institucional é importante, porque dispensa discussões sobre, por exemplo, se determinada instituição ou seus profissionais explicitam, na atualidade, preconceito contra negros e negras. O que importa são os dados concretos, as estatísticas que revelam as desigualdades. (BENTO, 2022, p.43)

Dessa forma, as desigualdades advindas do racismo institucional são expressas em diferentes índices relacionados às condições de vida da população negra, desde o acesso à saúde à expectativa de vida. Conforme Jaccoud (2008), o racismo institucional “se expressa de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, que operam de forma diferenciada na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes grupos raciais” (p.136). Assim, essa dimensão do racismo mantém a hierarquização racial existente nas relações raciais sustentado pelo racismo estrutural. Em consonância, Werneck (2016) ressalta que o racismo institucional é responsável por ações e políticas institucionais que produzem e/ou mantêm vulnerabilidades daqueles que são vitimados pelo racismo.

Outrossim, Silvio Almeida (2018) diferencia o racismo individual do racismo institucional, sendo que o último diz respeito às instituições enquanto materialização dos mesmos conflitos e antagonismos presentes na vida social. O autor afirma que:

[...] as instituições, como parte da sociedade, também carregam em si os conflitos existentes na sociedade. Em outras palavras, as instituições também são atravessadas internamente por lutas entre indivíduos e grupos que querem assumir o controle da instituição (ALMEIDA, 2018, p. 21).

Sabendo que a desigualdade racial é inerente ao funcionamento da sociedade, conseqüentemente, isso também se expressa nas instituições, nas quais os poderes institucionais conferem vantagens, desvantagens e privilégios com base na raça. Ademais, a própria resistência encontrada para a implantação da PNSIPN, sob a justificativa de estar ferindo os princípios de igualdade e equidade do SUS quando pretende “favorecer” o acesso à saúde de grupos específicos pode ser considerada um exemplo da manifestação do racismo institucional e do pacto narcísico da branquitude, onde se é totalmente desconsiderado que as especificidades socioculturais e econômicas das comunidades são determinantes para que essa população chegue ao SUS.

A respeito disso, quando perguntado o que pensava sobre o acesso das comunidades quilombolas aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), Luís Gama destaca que a maioria dos residentes das comunidades não têm condições de se deslocar e, por isso, o participante reitera que as comunidades tinham que ter acompanhamento sem precisar se deslocar, pois por uma série de razões, que incluem o apego à própria casa, o criadouro de animais e o que o participante denomina como um “gelo”, a/o quilombola opta pela facilidade e familiaridade do tratamento caseiro. Nesse sentido, Luís Gama assevera que: “tem um gelo, eles não tem porque sair, como os remédio é passado de geração para geração, mas também o preconceito, aquela coisa, aquele acanhamento, é passado de geração para geração”.

Consoante com o que traz Maria Aranha, a qual relata que embora tenha se mudado da comunidade a aproximadamente 30 anos, quando residia, não ia para a cidade em busca de tratamento porque lá “não tinha SUS”, ainda que nessa época já estivesse em vigor a Constituição que instituiu o Sistema. Assim, para ir até a cidade mais próxima, enfrentava um percurso longo, de quase 150 quilômetros, a cavalo ou de balsa que os próprios moradores faziam. Tamaña a dificuldade em percorrer essa distância estando com problemas de saúde, Maria Aranha declara que “quem tivesse de morrer morria na estrada, então tinha que resolver era por aqui mesmo.”

Se por um lado a expressão da participante nos comunica a importância dos saberes ancestrais como estratégia de sobrevivência dos quilombos, também revela os tipos de violências às quais estão expostas/os as/os quilombolas, um tipo de perversidade que compreende como normal que os/as residentes dos quilombos sejam deixados nas fronteiras: das cidades, do acesso à saúde e por vezes da própria vida, pouco importando que estejam doentes e/ou em risco de morte. Essa violência indubitavelmente parte dos racismos, e culmina na negação de direitos já conquistados, principalmente de acesso à saúde. Conforme destaca Xavier (2012),

A falência dos direitos segrega essas comunidades economicamente e compromete sua qualidade de vida. As peculiaridades da discriminação e do preconceito se complementam e agravam as situações de descaso e negligência do poder público, especialmente no que diz respeito ao acesso a uma saúde de qualidade, em que as condições fisiológicas são alteradas em virtude da qualidade de vida em que sobrevive a população negra. (XAVIER, 2012, p.207)

Como consequência da perda negação de direitos, Sueli Carneiro (2011) traz que, diante da expressão institucional do racismo, as pessoas negras são expostas desnecessariamente,

[...] à mortalidade e à morbidade por causas que podem ser prevenidas e evitadas. [...] Os níveis superiores de mortalidade materna entre mulheres negras é resultado das diferenças percebidas, pelos estudiosos do tema, na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, que se mostram desfavoráveis às mulheres negras (CARNEIRO, 2011, p. 23).

A recorrência desses dados indica a falha do Estado e dos princípios do SUS em promover assistência igualitária aos diferentes grupos sociais (CPF, 2017) e denota a aceitabilidade da sociedade para o “fazer morrer” de grupos específicos. Nesse sentido, cabe resgatar o conceito de Necropolítica e, considerando que Mbembe (2017) dialoga com outros autores como Foucault (1976/2000), faz-se necessário debruçar-se sobre os conceitos de biopolítica e biopoder, primordiais para a compreensão do termo cunhado pelo autor.

Conforme argumenta Foucault (1976/2000), a gênese da formação do Estado e suas formas de dominação são estabelecidas a partir do racismo, apontando o racismo como mecanismo fundamental do poder dos Estados modernos, “que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo”. (p.304). Portanto, é importante refletir a organização e manifestação histórica deste fenômeno a que Foucault denominou de poder. Para o autor, o poder não se esgota na lógica da soberania, mas muda de forma: ao se referir ao biopoder, tecnologia da biopolítica, Foucault traz as concepções de poder sobre o corpo do outro e da humanidade como espécie. Esse tipo de poder surge no contexto do século XIX, quando os sentidos de morte e vida, isto é, o deixar viver e fazer morrer, ganham um novo status em decorrência das significativas mudanças socioeconômicas no século.

A partir de então, o autor argumenta que o poder deixa de ser o de tirar a vida, e passa a ser o de controlar a vida em termos de exterminá-la ou mantê-la. Como consequência, o Estado regulamentador adquire o poder de manutenção da vida, principalmente considerando que a ausência dele implica em deixar morrer. Quando, por exemplo, ocorre a negligência de órgãos de saúde pública e grupos específicos são afetados, é o biopoder do Estado o causador das mortes. Ressaltando, entretanto, que o racismo é o que permite a perpetuação dos mecanismos de morte, tendo em vista que trata-se da condição intrínseca para a aceitabilidade dela. Assim, ainda que os dados de condições de vida da população negra sejam alarmantes, se trata justamente daquela vista como uma raça ruim, inferior, degenerados ou anormais e, por isso, é tacitamente permitido o extermínio dela. (FOUCAULT, 1976/2000)

Isto posto, Mbembe (2017) estabelece uma relação direta com a biopolítica para conceituar a Necropolítica, “No entanto, esse conceito é atualizado, pois o controle exercido pela necropolítica não vai incidir somente sobre a vida, mas também sobre uma série de medidas que produzem a morte, indicando, inclusive, quem deve morrer.” (BONTEMPO, 2020, p. 560). Dessa forma, no ensaio o autor argumenta a partir de elementos históricos a respeito da experiência do terror e da instabilidade da própria vida, assinalando que essa característica foi amplamente inaugurada pelo passado colonial e reencenada pela Necropolítica. Assim, Mbembe (2017) conceitua a Necropolítica como sendo o exercício da morte como forma de gestão política, isto é, trata-se não somente da gestão da vida, como também da produção sistemática da morte e, assim, tem-se que o Estado contemporâneo se apropria da morte como um objeto de gestão.

Com isso, as vidas são sustentadas ou eliminadas a partir do poder de Estado, e essa política de morte assume centralidade em todos os setores de gestão do mundo, em que se

promove a hierarquização dos indivíduos, na qual a morte dos considerados descartáveis não gera nenhuma adversidade. Dessa forma, esse poder político “não se limita apenas em indicar medidas sobre como a vida deve ser gerida, mas também apontar como devemos morrer e quem deve morrer.” (BONTEMPO, 2020, p. 559). Isto posto, vê-se que tal concepção possui uma relação direta com o racismo enquanto estrutura da sociedade brasileira. Silvio Almeida (2018) destaca que

A descrição de pessoas que vivem “normalmente” sob a mira de um fuzil, que têm a casa invadida durante a noite, que têm de pular corpos para se locomover, que convivem com o desaparecimento inexplicável de amigos e/ou parentes é compatível com diversos lugares do mundo e atesta a universalização da necropolítica e do racismo de Estado, inclusive no Brasil (ALMEIDA, 2018, p. 77).

Ademais, entendendo as limitações deste conceito, cabe assinalar que essa relação do racismo como mecanismo de gestão da vida também se relaciona diretamente com o modo de produção capitalista, uma vez que define quais grupos são descartáveis, muitas vezes em prol do “desenvolvimento”. Nesse sentido, Jaccoud (2008) destaca que o racismo, o preconceito e a discriminação servem para a naturalização das desigualdades sociais, fazendo com que a questão étnico-racial da composição da pobreza do Brasil seja aceita como normal, expondo que tais formas de discriminação “operam sobre a naturalização da pobreza, ao mesmo tempo em que a pobreza opera sobre a naturalização do racismo, exercendo uma importante influência no que tange à situação do negro no Brasil” (JACCOUD, p. 56).

Se olharmos pelo viés interseccional, verifica-se que o racismo está diretamente vinculado ao marcador da classe social e de gênero, principalmente considerando o fato de que mulheres negras estão na base da pirâmide com os menores salários e cargos mais baixos. (BENTO, 2022). Nesse sentido, Silvio Almeida (2021) relaciona tais categorias no dossiê “Marxismo e a questão racial”, objetivando demonstrar que a luta anticapitalista e antirracista não são dissonantes, mas interligadas.

No dossiê enfatiza-se que "o esteio anti-capitalista da luta contra o racismo é fundamental; sem ele, as intervenções resumem-se à integração dos negros à sociedade salarial de modo precário." (DEVULSKY, 2021, p.15), a autora argumenta que, sabendo que o racismo hierarquiza, também, a instância do trabalho, devemos considerar a luta antirracista como parte constitutiva da luta de classes, e, portanto, devemos levar em consideração as relações raciais como constituintes da desigualdade e dos privilégios, considerando-as determinantes para a situação econômica em que se apresenta o cenário político atual, assim como constituem as formas de exploração e opressão, fatores que se encontram diretamente relacionados. É necessário entender os dois elementos como indissociáveis, sendo “o racismo como elemento

estruturante das divisões de classe, uma vez que o processo transitório do modo de produção do escravismo colonial para o capitalista aconteceu sem rupturas e protagonizado pelas mesmas elites dirigentes do período anterior.” (OLIVEIRA, 2021, p.28)

O autor ressalta que ocorreu uma perda de visão crítica a respeito do Estado brasileiro “em sua dimensão institucional e histórica, como um aparelho construído e edificado para a manutenção de um capitalismo singularizado pela forma de dependência externa, concentração de riquezas e racismo estrutural” (p. 29). A emergência do Estado mínimo faz com que haja o paradigma da supervalorização de ações individuais e/ou grupais que mantenham suas ações de intervenção de forma pontual, sem produzir resultados estruturais a longo prazo. O autor destaca que na luta antirracista isso pode ser explicitado na “ação direta do capital pressiona para que o movimento negro se limite a ações contra os preconceitos nos comportamentos individuais e na transformação das políticas públicas em compensatórias ou de promoção social”. (p. 31-32), buscando instituir a crença de elevação de grupos ou segmentos a um patamar superior sem que haja mudanças estruturais de redistribuição de riquezas, bens materiais e imateriais. (OLIVEIRA, 2021)

Em concordância, destaca González (2020) que é o racismo o responsável pela manutenção da estrutura capitalista, uma vez que ele

[...] é um dos critérios de maior importância na articulação dos mecanismos de recrutamento para as posições na estrutura de classes e no sistema de estratificação social. Portanto, o desenvolvimento econômico brasileiro, enquanto desigual e combinado, manteve a força de trabalho negra na condição de massa marginal, em termos de capitalismo industrial monopolista, e de exército de reserva, em termos de capitalismo industrial competitivo (satelitizado pelo setor hegemônico do monopólio).” (GONZÁLEZ, 2020, p.35)

Assim, o racismo e sexismo produzem diferentes formas de exploração e opressão, entendendo que elas são vivenciadas de maneiras distintas em modo e intensidade, por isso não se pode separar classe dos marcadores de raça e gênero, uma vez que a exploração capitalista se fundamenta nesses marcadores. No Brasil, diferentes dados mostram essa realidade: na sub-representação da pobreza, o feminicídio de mulheres negras, as chacinas nas favelas, o estereótipo da doméstica, o eterno papel da subserviência, etc.

A respeito da situação da mulher negra no Brasil, Gonzalez (2020) traz que as trabalhadoras negras realizam majoritariamente trabalhos manuais, “caracterizada por baixos níveis de rendimento e de escolaridade” (p.98), já nos trabalhos não manuais, a proporção cai drasticamente, numa porcentagem inferior a de mulheres brancas nas mesmas ocupações. A autora ressalta, ainda, que embora a sociedade brasileira tenha se ocupado de favorecer a “mulher” enquanto categoria universal e abstrata, tratou-se de encobrir e excluir a realidade

vivida pela mulher negra. Assim, “O caráter duplo de sua condição biológica — racial e/ou sexual — as torna as mulheres mais oprimidas e exploradas em uma região de capitalismo patriarcal-racista dependente.” (p.145).

Do mesmo modo, Angela Davis reitera que o racismo e sexismo são duas variáveis estruturantes, trazendo como exemplo o desenvolvimento do capitalismo e consequente exploração das mulheres trabalhadoras nas Américas, conforme Davis (2011) “Claro que classe é importante. É preciso compreender que classe informa a raça. Mas raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida.” (s/p). Assim sendo, ela ressalta a importância de interseccionar raça, classe e gênero, compreendendo que entre essas categorias há relações mútuas e/ou cruzadas, podendo se inferir, portanto, que a luta antirracista é necessariamente anticapitalista e antipatriarcalista.

3.4 A Cor da dor: Racismo e Saúde Mental

Outrossim, cabe o resgate do que narra os participantes quando perguntados a respeito das experiências constrangedoras vivenciadas por conta da cor da pele, pois Luís Gama, ainda que não associe à discriminação racial, relata que no contexto das instituições ligadas à RAS, ele diz perceber que um certo perfil de pessoa, as quais o participante nomeia como aquelas “mais bem representadas no cenário da população” sempre têm preferência no atendimento à saúde. No caso de Maria Aranha, é importante refletir: Quais sentimentos são suscitados numa mãe que, ao recorrer à instituição de saúde pública, vê-se tendo seu atendimento negado junto ao filho que sofria com uma relação alérgica? De que forma se constroem recursos psíquicos necessários para lidar com a impotência de uma situação que lhe exigiu realizar um percurso até à UBS a pé, no sol e sem condições de fazê-lo com o seu filho enfermo, e tendo seu direito à saúde negado?

Diante desses relatos, fica evidente que tais situações deflagram o racismo enquanto violência que invariavelmente produz, também, consequências psíquicas e danos para a saúde mental da pessoa negra. Para esta discussão, é necessário realizar um resgate histórico referente às consequências produzidas pela colonização ainda nos dias atuais. Mbembe (2018) traz aspectos a respeito do lugar ocupado pelo escravo no contexto da colonização. O autor elucida que a condição do escravo é resultado de uma tripla perda: perda de um lar, perda de direitos sobre seu corpo e perda de status político. Tais perdas representam uma “dominação absoluta, uma alienação de nascença e uma morte social (que é expulsão fora da humanidade)”. Nesse

sentido, Mbembe (2018) traz que embora os escravos fossem mantidos vivos, eram mantidos “em ‘estado de injúria’, em um mundo espectral de horrores, crueldade e profanidade intensas”, significando, portanto, que ser escravo implicava num certo tipo de “morte em vida”, na qual eram submetidos a uma existência brutalmente sequestrada para a crueldade.

Realizar esse percurso histórico é relevante porque, conforme já alertou Neusa Souza (1983), o passado escravagista foi o que serviu de base para o modo em que foram construídas as relações raciais, políticas e econômicas dos séculos seguintes, portanto, torna-se mister assumir que a representação social construída acerca daqueles que eram senhores e daqueles sempre designados à condição de escravo não foi abolida com a Lei da Abolição da Escravatura. Nessa esteira, destaca-se que é justamente esse passado colonialista o qual Kilomba (2019) denomina como a memória que não se pode esquecer ou evitar lembrar, posto que tais memórias são reencenadas cotidianamente através dos episódios de racismo.

Por um lado, cenas coloniais (o passado) são reencenadas através do racismo cotidiano (o presente) e, por outro lado, o racismo cotidiano (o presente) remonta cenas do colonialismo (o passado). A ferida do presente ainda é a ferida do passado e vice-versa; o passado e o presente entrelaçam-se como resultado. (KILOMBA, 2019, p.158)

Assim sendo, a memória do passado colonialista emerge na ocorrência de cenas no presente que evocam esse passado, e é nesse entrelaçamento entre o passado e o presente que Kilomba (2019) caracteriza os episódios de racismo do cotidiano como experiências traumáticas e, numa leitura psicanalítica, a autora elenca três ideias principais elementos a respeito do trauma: o choque violento, a separação e a atemporalidade.

O choque violento é tido como a resposta imediata ao ser colocado/a na condição de “*Outro/a* descartável” (p.216), onde nenhuma racionalidade faz-se possível e, conseqüentemente, torna-se infrutífera toda e qualquer busca de sentido para a situação vivenciada. Entretanto, conforme Kilomba (2019) pontua, o choque violento não é o mesmo que considerar que o racismo seja inesperado, mas que ainda que seja esperado, uma vez confrontada/o com ele, não significa que haverá recursos psíquicos para lidar com esse trauma.

No segundo elemento do trauma, a separação, ocorre que a “noção de pertencimento é ferida, pois ela é violentamente atacada e separada da sociedade.” (p.220). Assim, a autora relata sobre o grande esforço historicamente realizado pelas pessoas negras para conseguir viver em uma realidade fragmentada, fato que sempre foi acompanhado de um esmagador sentimento

de separação, consequência de uma fragmentação histórica, onde os/as negros/as foram sequestrados para uma vida de desunião, separação e isolamento. (KILOMBA, 2019)

Do passado colonial, surge uma sociedade que se estrutura e reencena a dicotomia colonial de senhor e escravo, privando as pessoas negras de se manterem em um laço social e excluindo-as da categoria de “humano”. No entanto, conforme Kilomba (2019) nos apresenta, na contramão da separação entre as/os *outras/os* e o *Outro/a*, emerge o amor e a união enquanto uma importante tarefa política para superar o segundo elemento do trauma, posto que “Fomos, e ainda somos, privadas/os do nosso elo com a sociedade, fato que nos causa uma sensação interna de perda.” (p. 222), por isso a importância dos espaços coletivos e da vivência em comunidade.

O terceiro elemento do trauma é a atemporalidade, isto é “quando a pessoa negra é abordada no presente como se estivesse no passado” (p. 222), numa situação em que o racismo e colonialismo coincidem e o passado retorna para assombrar e praticar o mesmo tipo de violência no presente. Assim, a atemporalidade do racismo faz retornar a um passado de crueldades, pois “O racismo cotidiano nos coloca de volta em cenas de um passado colonial – colonizando-nos novamente.” (KILOMBA, 2019, p.224)

Diante do supracitado, cabe refletir acerca das consequências da experiência traumática que é o racismo. O Conselho Federal de Psicologia (2017) elenca três principais efeitos psicossociais do racismo, a saber: a) crescimento e questionamento; b) utilização de mecanismos psíquicos defensivos contra o racismo e c) dilaceramento psíquico.

Do efeito a) tem-se a construção e utilização de recursos psíquicos e sociais para o enfrentamento do racismo, é o caso daqueles que escolhem lutar ativamente contra o racismo, por meio, por exemplo, dos grupos sociais. Para tanto, é necessário ter consciência do impacto do racismo, tanto socialmente quanto para a própria estrutura psíquica, uma luta que nem sempre é possível, principalmente considerando o efeito psicossocial b), onde tem-se sujeitos que, de tão afetados pelas violências racistas, se utilizam de mecanismos de defesa para lidar com elas. São exemplos disso: a negação e identificação com o agressor. Tais mecanismos objetivam a “manutenção de certa integridade psíquica e intersubjetiva. (p.58).

Ademais, o CFP (2017) expõe que, como consequência do c) dilaceramento psíquico, o sujeito encontra-se tão afetado pela experiência traumática que o episódio é vivenciado por ele como catastrófico, e para lidar com o trauma necessita-se de apoio, “o que pode incluir terapia individual, familiar, acesso a políticas públicas reparadoras etc”. (p.59)

Diante disso, se considerarmos os episódios de racismo como experiências traumáticas e os cruzamentos de gênero, classe e raça enquanto importantes marcadores para refletir sobre

os processos de subjetivação das pessoas negras, isso nos convoca, também, a refletirmos acerca das ações teórico-técnicas adotadas pela Psicologia enquanto Ciência e Profissão para dar conta das demandas das pessoas negras e quilombolas. A racionalidade neoliberal que acompanha o saber científico cede ou não espaço para compreender e acolher as populações que foram estruturadas a partir do compartilhamento de afetos, e não das trocas comerciais? (BISPO, 2022). O apego ao território mencionado pelo participante Luís Gama é, de alguma forma, utilizado como recurso terapêutico?

Para David (2022), o sistema capitalista neoliberal fetichiza o debate racial para depois torná-lo mercadoria, por conseguinte, tem-se o equívoco entendimento de que a população negra reivindica uma saúde mental de e para negros/as.

(...) caindo no canto da sereia racista, que sempre Psicologia Brasileira na Luta Antirracista intencionou que negros(as) fossem cuidados em espaços segregados, com técnicas específicas e exclusivamente por profissionais negros(as) – algo suposto como a caricatura: “black mental helth center” ou “Doutor Consulta Black”, em que os “blacks” seriam tratados pelos “blacks”, diagnosticados com doenças/transtornos dos “blacks” e receberiam “ritalinablack”. (DAVID, 2022, p.101)

Dessa forma, o autor assinala que tais espaços exclusivamente pensados para promoção de saúde da população negra, nada mais é do que uma lógica segregacionista, na qual convenientemente pessoas brancas seriam ainda mais cuidadas em espaços de saúde racialmente exclusivos, como já ocorre em muitos convênios médicos. (*ibid*, 2022).

David (2022) pontua que a Psicologia tem avançado no debate em relação à saúde mental da população negra interseccionado à gênero, raça e classe. Essa transformação se deu principalmente “a partir da presença de mulheres negras nos espaços de debates e decisões políticas”(p.101), as quais tiveram protagonismo na construção de políticas voltadas para essa população. Entretanto, para que haja avanços no processo de luta e ampliação da saúde da população negra, o autor considera que é necessário superar o modelo manicomial asilar, pois esse modelo se reedita e mantém às margens as mesmas populações, sendo sustentado pelo racismo de Estado que perpetua a manicomialização da população negra. (*ibid*, 2022)

Destarte, faz-se necessário que a Psicologia se oriente de modo a considerar que os usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as pessoas em situação de rua e os pacientes dos manicômios têm perfil e cor, dado que a lógica manicomial está diretamente atrelada ao racismo estrutural e colonial. (DAVID, 2022).

Nesse sentido, David (2022) defende, ainda, a necessidade de haver o que ele nomeia como Aquilombação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), processo que se dará por meio da racialização da escuta e do resgate das estratégias de autocuidado (presentes nos saberes

ancestrais das comunidades) enquanto estratégias válidas também para o processo terapêutico. Assim, para que ocorra o processo de aquilombação na saúde mental

[...] será necessário reconhecer o caráter terapêutico do que foi e é produzido nos territórios negros. Já que a colonialidade descartou esses saberes nas esquinas, hoje eles se tornaram saberes das encruzilhadas/das esquinas; sendo assim, teremos que habitar as encruzadas / as esquinas, para isso teremos de descolonizar nosso pensamento, assim encontraremos o que racistamente foi descartado, criminalizado e manicomializado – a capoeira angola, os bailes black, o jongo, o samba de roda, entre outros. É preciso o desnordeado encontro com a diferença. (DAVID, 2022, p.103-104)

Isto posto, para que se cumpra a aquilombação da RAPS, o autor propõe o resgate da radicalidade da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, entendendo a importância de pensar os manicômios e a lógica manicomial ainda presentes na sociedade como uma herança da colonialidade e, portanto, esta lógica se coloca no interior do funcionamento das instituições a partir do racismo estrutural. Ademais, conforme destaca Nuñez (2022), é preciso que haja na saúde a superação dos compartimentos binários do pensamento colonial na Psicologia, posto que este binarismo separa os humanos e os não-humanos, mente e corpo e, dessa maneira, hierarquiza-se a vida e saúde das comunidades contracoloniais. Posto isto, conforme há muito têm pontuado essas comunidades: há outros modos e mundos possíveis para o bem viver, só precisamos enxergá-los. (NUÑEZ, 2022)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de compreender a experiência de integrantes das comunidades quilombolas acerca do acesso aos serviços da RAS. Para tanto, realizou-se uma entrevista semi-estruturada com pessoas autodeclaradas quilombolas e que atendessem aos critérios de inclusão.

As entrevistas levaram à constatação da importância dos saberes ancestrais enquanto estratégia utilizada para a manutenção e cuidado em saúde nas comunidades quilombolas, assim como estes foram apontados como principal forma de autocuidado, fato que nos levou à reflexão sobre a (re) existência da cultura e oralidade como partes significativas do processo de autocuidado, anteriores ao “saber científico” e hegemônico.

Ademais, o trabalho verificou o que os/as integrantes das comunidades pensam sobre o cumprimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), tendo em vista que esta assegura a promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde. A partir de então, constatou-se a necessidade de fortalecer a Política Nacional de Saúde, principalmente a Política de Atenção Básica (PNAB) a partir de uma perspectiva antirracista e decolonial, sabendo que o não incentivo a essa Política trata-se tão somente de uma das expressões do Racismo Institucional, posto que os(as) mais prejudicados(as) são a população rural, pobre, negra, quilombola e indígena.

A respeito dos processos de autocuidado das populações enquanto formas de cuidados alternativos aos que lhes foram negados, constatou-se que quilombos se constituíram historicamente não somente enquanto espaço de resistência, mas também como um projeto de partilha em que a terra e outros bens são compartilhados mutuamente.

Nesse sentido, procurou-se pensar os quilombos como sinônimos de transgressão à ordem, um meio de resistir longe do sistema escravista e longe das heranças do colonialismo. Adotou-se a ideia de Nego Bispo (2021) de pensarmos os quilombos enquanto coletivos contracoloniais, com suas próprias formas de organização e expressões socioculturais. Nessa esteira, as entrevistas possibilitaram resgatar a história de resistência das mulheres quilombolas, mantidas ocultas na narrativa dominante a qual procurou privilegiar as imagens dos quilombolas enquanto bandidos, fujões e assassinos para justificar sua destruição. (GOMES, 2017). Conforme visto, as mulheres quilombolas tiveram um papel de destaque na reconstituição da agricultura dos quilombos, na transmissão de conhecimentos e no que Dealdina (2020) classificou como aquelas que são “guardiãs da cultura afro-brasileira.”. Desse modo, a cultura do quilombo só foi possível de ser preservada a partir das guardiãs deste legado,

fato evidenciado na fala da participante Maria Aranha, quando conta do que aprendeu com a mãe, que aprendeu com a mãe dela.

Ademais, tais saberes também foram analisados através da dialética entre memória e consciência proposta por Gonzalez (2020), pois apesar da consciência operar com tentativas de apagamento destes símbolos da amefricanidade, a memória resiste e faz emergir os aspectos da ancestralidade, posto que o discurso dominante não consegue apagar a insurgência da memória.

Entretanto, embora celebremos as tantas expressões e formas de resistência dos quilombos, destacou-se que isso não (des)implica o papel do Estado em fazer valer o SUS e seus princípios, tendo em vista que a marginalização da população negra no contexto pós-abolição ainda perdura nos dias atuais. A narrativa dos participantes assinala que só se tomou conhecimento a respeito deste Sistema anos depois de a Constituição de 1988 tê-lo instituído, trazendo a necessidade de refletir acerca do (não) cumprimento dos princípios doutrinários do SUS, principalmente no que tange à universalidade e equidade. Nesse sentido, embora a população brasileira seja majoritariamente negra e o SUS seja comparativamente mais importante para negros(as) do que para brancos(as), isso não significou igual oportunidade de acesso ou qualidade do serviço prestado.

Os dados expostos apontam para a existência do Racismo Institucional enquanto fator agravante para o não acesso à saúde de qualidade da população negra. Nesse sentido, ainda que a PNSIPN, importante reivindicação do Movimento Negro, tenha apontado a existência do Racismo Institucional no SUS enquanto uma das justificativas centrais para sua criação, a política encontra entraves no que concerne à sua efetiva implementação. Assim sendo, embora os dados venham apontando de forma recorrente a disparidade e desigualdade presentes no tratamento do SUS, as políticas e decisões de gestão em saúde ainda desconsideram tais iniquidades.

O Racismo Institucional torna-se, portanto, o principal responsável por produzir e sustentar as iniquidades do acesso à saúde. Essa dimensão do racismo se sustenta, também, a partir do pacto narcísico da branquitude, que tanto fortalece determinado grupo e exclui quem não faz parte dele, como também produz e mantém iniquidades raciais.

A expressão do racismo institucional pôde ser observada a partir da narrativa dos participantes a respeito do acesso das comunidades quilombolas aos serviços da RAS, onde ambos trazem dificuldades para se deslocar da comunidade até à UBS mais próxima, bem como relataram a experiência de terem um atendimento que desconsidera o que implica ser um(a) residente de uma comunidade quilombola distante, fazendo com que a familiaridade do tratamento caseiro fosse mais emocional e fisicamente acessível.

O isolamento das comunidades e a recorrência de dados a respeito da mortalidade e morbidade das pessoas negras apontam para a falha do Estado em promover assistência igualitária. Com isso, analisou-se este fenômeno à luz da Biopolítica, Biopoder e Necropolítica, considerando a gênese da formação do Estado a partir do racismo, passando para uma política do deixar morrer e culminando numa política de morte. Esse tipo de gestão, nomeada por Mbembe de Necropolítica (2018), faz com que o Estado defina as condições de quem deve “fazer morrer”.

Ademais, também analisou-se a partir da perspectiva interseccional, pois os marcadores de gênero e classe são condições determinantes da situação em que se encontra a população negra. Desse modo, analisou-se que a luta anticapitalista, antirracista e antipatriarcalista estão interligadas, pois são as relações raciais e de gênero que constituem a desigualdade, privilégios e formas de exploração.

A pesquisa também buscou pensar, a partir da narrativa dos participantes a respeito da discriminação racial sofrida por eles, de que forma as situações expostas impactam na saúde mental. A partir de Grada Kilomba (2019), tais situações foram nomeadas como nada menos que traumáticas, trauma este que é atemporal e que remonta à colonização e suas formas de dominação e subjugação da população negra, produzindo efeitos psicossociais e necessidade da criação de mecanismos de defesa para se proteger desse trauma.

À guisa de conclusão, destacou-se a necessidade de a Psicologia se orientar a partir da escuta e dispositivos de acolhimento racializados, destacando o termo de David (2022) “aquilombação” da saúde mental, não somente dos serviços da RAPS, mas também dos serviços da RAS como um todo, dado que a aquilombação se apresenta como uma estratégia fundamental para que haja o rompimento da herança colonial na saúde e, assim, finalmente partirmos para a superação dos binarismos coloniais que nos classifica como não-humanos, e então sermos capazes de assumir com centralidade, enquanto ciência e profissão, que os modos de (re)existência há muito comunicados pelas comunidades, se apresentam como recursos valiosos para o processo terapêutico e para o cuidado em saúde no geral.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?**. Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.
- ALMEIDA, Silvio. **Marxismo e Questão Racial**. São Paulo: Boitempo, 2021.
- HOOKS, bell. **Olhares negros: raça e representação**. Tradução de Stephanie Borges. São Paulo: Elefante, 2019. 356 p.
- BOCK, Ana Mercês Bahia. Perspectivas para a formação em psicologia. **Psicol. Ensino & Form.**, 6 (2), p. 114-122, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612015000200009&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 07 jun. 2023.
- BONTEMPO, V. L. ACHILLE MBEMBE E A NOÇÃO DE NECROPOLÍTICA. **Sapere Aude**, v. 11, n. 22, p. 558-572, 22 dez. 2020.
- BRASIL. Casa Civil (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 abril 2023.
- BRASIL. Casa Civil (1990) **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 5 abril 2023.
- BRASIL. Casa Civil (1990) **Lei nº. 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 5 de abril de 2023.
- BRASIL. FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certificação: Comunidades certificadas**. Brasília: Fundação Cultural Palmares (FCP), 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protecao-preservacao-e-articulacao/certificacao-quilombola>>. Acesso em: 05 mar de 2023.
- BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior (2001). Parecer 1.314/2001, **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia**. Brasília. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 5 maio de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS; 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único De Saúde**. Brasília, 2011. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.1). Disponível em:

https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 10 abril 2023.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 10 mai. 2023.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil**. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CIDA, Bento. **O Pacto da branquitude**. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2005). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/legislacao/codigo-de-etica/>. Acesso em: 8 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relações raciais: referências técnicas para a atuação de psicólogos/os**. Brasília, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relacoes-raciais-referencias-tecnicas-para-pratica-dao-psicologao/>. Acesso em: 05 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 18/2002**. São Paulo: CFP. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/12/resolucao2002_18.PDF. Acesso em: 05 maio 2023.

DAVID, Emiliano de Camargo. Itinerários da saúde mental da população negra: em busca de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2022a). **Psicologia brasileira na luta antirracista**. Brasília, DF: CFP, 2022.

DAVIS, Angela. **As mulheres negras na construção de uma nova utopia**. 2011. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/>. Acesso em: 18 nov. 2023.

DEALDINA, S. dos S. Mulheres Quilombolas: defendendo o território, combatendo o racismo e despatriarcalizando a política. In: DEALDINA, S. dos S. (org.). **Mulheres quilombolas: territórios de existências negras femininas**. São Paulo: Sueli Carneiro, Jandaíra, 2020. p. 25-44.

DEVULSKY, Alessandra. Estado, racismo e materialismo. In: ALMEIDA, Silvio. **Marxismo e Questão Racial**. São Paulo: Boitempo, 2021. p. 11-20.

FERNANDES, F. M. B.. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1311–1320, abr. 2017.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, Paulo Rogério. **Os Territórios Quilombolas no Tocantins**. Tocantins: APA-TO, 2012.36p. Disponível em: <https://campanhacerrado.org.br/images/biblioteca/Os%20territo%CC%81rios%20quilombolas%20no%20Tocantins%20-%20APA-TO.pdf>. Acesso em: 09 out. 2023.

GONSALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

GOMES, Flávio dos Santos. **Mocambos e Quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil**. São Paulo: Ed. Claro Enigma, 2015.

GONZALEZ, Lélia. “Racismo e sexismo na cultura brasileira”. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Brasília, Anpocs, p. 223-244, 1984. Disponível em Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%20-%20-%20Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira%20%281%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%20-%20-%20Racismo%20e%20Sexismo%20na%20Cultura%20Brasileira%20%281%29.pdf) Acesso em: 09 maio 2023.

GONZALEZ, Lélia. **Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Biblioteca IBGE. Informação Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro RJ,n.48, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101972> Acesso em: 16 mai. 2023.

JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, M. et al. (org.). **As políticas públicas e as desigualdades raciais no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019. 244 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MBEMBE, Achille. (2017). Necropolítica. **Arte & Ensaios**, 2(32), 122 - 151. Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3.ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. 34. Coleção Temas Sociais. Petrópolis: Vozes, 2013.

NARVAI, P. C. (2022). **SUS: Uma Reforma Revolucionária**. Belo Horizonte: Autêntica.

NÚÑEZ, G. Efeitos do binarismo colonial na psicologia: reflexões para uma psicologia anticolonial. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (2022a). **Psicologia brasileira na luta antirracista**. Brasília, DF: CFP, 2022.

OLIVEIRA, Dennis de. Dilemas da luta contra o racismo no Brasil. In: ALMEIDA, Silvio. **Marxismo e Questão Racial**. São Paulo: Boitempo, 2021. p. 23-34.

ÔRÍ. Direção de Raquel Gerber. Brasil: **Estelar Produções Cinematográficas e Culturais**, 1989, vídeo (131 min), colorido. Relançado em 2009, em formato digital. Disponível em: <https://traduagindo.com/2022/03/10/ori-documentario-completo/>. Acesso: 12 nov. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PAIXÃO, M., & Carvano, L. M. (Orgs.) (2011). **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2009-2010**. Rio de Janeiro, RJ: Garamond Universitária. Disponível em: https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf. Acesso em: 5 maio 2023.

SANTOS, Antônio Bispo. **A terra dá, a terra quer**. Editora UBU. 2023. 112p.

SANTOS, Antônio Bispo. **Quilombos, Modos e Significados**. Editora COMEPI, Teresina/PI, 2007.

SANTOS, J. E.; SANTOS, G. C. S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate** • Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out/dez 2013. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2013.v37n99/563-570/pt>

SILVA, Simone Resende da; NASCIMENTO, Lisangela Kati do. Negros e territórios quilombolas no Brasil. **Cadernos Cedom**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 23-37, 02 ago. 2012. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/cedem/article/view/2339>. Acesso em: 15 out. 2023.

SILVA, R. M. et al. (orgs.). **Estudos Qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações**. Sobral: Edições UVA, 2018, 30

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro**: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

THEODORO, M. (Org). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008.

UOL. **Leia a íntegra do discurso da ministra Anielle Franco**. UOL POLÍTICA, [S. l.], p. 11 jan. 2023. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/01/11/leia-integra-discurso-ministra-anielle-franco.htm>. Acesso em: 25 maio 2023.

XAVIER, Eliana Costa. A Visão da Feminilidade sobre os cuidados em saúde dos Quilombos Contemporâneos. In: Werneck, J; Batista, L. E. & Lopes F. (org). **Saúde da população negra** - Petrópolis. Brasília, DF : ABPN. 2012. 328p.

WERNECK, Jurema. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde E Sociedade**, 25(3), 535–549. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E
ROTEIRO DE ENTREVISTA

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE C - PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS E RESPOSTAS ÀS ENTREVISTAS

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PERFIL
SOCIODEMOGRÁFICO E ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Perfil Sociodemográfico

Gênero	() masculino () feminino () não binário
Idade	
Estado Civil	
Raça autodeclarada	() preto () pardo () indígena
Comunidade quilombola associado(a)	
Reside na comunidade?	() Sim () Não
Você já ouviu falar na PNSIPN?	() Sim () Não
Com que frequência você utiliza os serviços do SUS?	() muito frequente () pouco frequente () nunca

Roteiro de Entrevista

1. Como você costuma cuidar da sua saúde?
2. Quando você adoecer, recorre a algum lugar disponível na sua comunidade?
3. Como foi sua experiência em relação ao acesso às ações e serviços do SUS quando você residia na sua comunidade? (nos casos em que o(a) participante não reside mais na comunidade).
4. Como está sendo a sua experiência em relação ao acesso às ações e serviços do SUS onde você reside atualmente? (nos casos em que o(a) participante não reside mais na comunidade).
5. Quais os principais desafios para o acesso aos serviços? (para os casos em que o(a) participante reside na comunidade ou não? Como você descreve esta experiência?
6. Você passou por alguma experiência constrangedora por conta da cor da sua pele em instituições ligadas à RAS? Em caso afirmativo, como se deu essa vivência?
7. No caso de já ter ouvido falar ou conhecer a PNSIPN, o que você pensa do cumprimento dessa política?
8. O que você pensa sobre o acesso das comunidades quilombolas aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE QUILOMBOLAS, sob responsabilidade e orientação da **Profa. Dra. Jamile Luz Morais Monteiro**, tendo como assistente e membro da equipe executora **Auriene Rodrigues Santos**, do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins (UFT) do Campus de Miracema. Este convite justifica-se pelo fato de reconhecermos a importância de se investigar como tem acontecido o acesso à saúde às ações e aos serviços de saúde voltados à população quilombola, considerando os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Em qualquer fase da pesquisa, o (a) Sr. (a) pode negar-se a participar ou desistir, sem sofrer qualquer penalidade ou prejuízo. Mesmo após assinar e consentir com a sua participação, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, independente do motivo. Além disso, lhe é garantido esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente à pesquisa.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada orientada por 10 (dez) questões, antecedida de um breve questionário sócio demográfico, em formato presencial e contato único, o que levará aproximadamente 50 minutos. A entrevista será realizada em uma sala reservada, apenas na minha e na sua presença, garantindo assim a privacidade e o sigilo. A entrevista será gravada em formato de áudio para posterior transcrição das informações na íntegra. A gravação será iniciada após a sua autorização, o que acontecerá mediante a assinatura deste termo. O (A) Sr. (a) não é obrigado(a) a responder todas as perguntas e, ao responder, não há respostas certas ou erradas, apenas a sua compreensão sobre o assunto abordado.

Nesta pesquisa, os riscos para o (a) Sr. (a) são: cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas, sensação de tempo perdido, desconforto ao expor sua história e experiência, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, constrangimento, receio de revelar informações, ter sentimento de estar se sentindo vigiado, ter sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados. Portanto, como forma de reduzir esses riscos, ficarei responsável por lhe proporcionar um ambiente de entrevista seguro, acolhedor e privativo. Comprometo-me, também, a identificar e acolher os seus sinais verbais (ou não verbais) de desconforto e de sentimentos negativos. Garantirei a sua liberdade de interromper, em qualquer momento, a entrevista, e lhe darei a possibilidade de recusar a responder a qualquer pergunta. Além dos riscos mencionados, há também o risco de quebra de sigilo, pois a pesquisa acontecerá através de uma amostra pequena de participantes e será

desenvolvida em um único município. O risco de quebra de sigilo também se encontra relacionado ao trabalho de transcrição das entrevistas e ao armazenamento de dados. A fim de reduzir esse risco, todos os dados pessoais serão omitidos. Na transcrição e armazenamento das suas respostas, serão utilizados nomes fictícios ou outra forma de manutenção do anonimato, a fim de não lhe prejudicar, não lhe causar constrangimento e não expor a sua identidade, atendendo a legislação brasileira (Resoluções N° 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares). Além disso, os materiais coletados serão mantidos sob a guarda do pesquisador responsável pelo prazo de 5 (cinco) anos, ou seja, ele ficará responsável por fazer o download dos dados coletados, sem informações que possibilitem a sua identificação, em um HD externo, e guardará todos os documentos relativos à pesquisa em lugar restrito. Após cinco anos, a contar do término da pesquisa, os materiais e o download dos dados serão destruídos.

São esperados nesta pesquisa benefícios indiretos aos participantes, a saber: contribuir para as futuras pesquisas relacionadas ao racismo institucional no SUS de forma a garantir que todos tenham acesso às suas ações e serviços.

Ao participar deste estudo, o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo ou despesa. Também não receberá qualquer vantagem financeira (pagamento, remuneração ou recompensa) pela sua participação. Em face de eventuais danos causados pela pesquisa ao participante, é garantido ao(à) Sr. (a) o direito a indenização e a cobertura material para reparação. Asseguramos ao(à) Sr(a), pelo tempo que for necessário, o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da sua participação na pesquisa.

As informações e os resultados da pesquisa serão analisados e publicados somente para fins acadêmicos e científicos, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. O pesquisador responsável e eu ficaremos responsáveis por analisar as informações e os dados coletados na realização da entrevista e as suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Sendo assim, em qualquer uma das fases da pesquisa, inclusive no momento posterior e no momento de divulgação científica, garantimos ao(à) Sr. (a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Para qualquer tipo de informação, dúvida, esclarecimento ou críticas sobre a pesquisa, o Sr.(a) poderá entrar em contato, em qualquer momento, com o responsável pela pesquisa, a professora Dra. Jamile Luz Morais Monteiro, através do número (91) 98807-6635 ou endereço eletrônico jamile@uft.edu.br; e/ou comigo, Auriene Rodrigues Santos, pesquisador assistente

e membro da equipe executora, por meio do telefone (63) 9991-7031 e/ou endereço eletrônico auriene.santos@mail.uft.edu.br. Os resultados obtidos pela pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Em relação às dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o(a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins – CEP/UFT. O CEP é um colegiado multi e transdisciplinar que trabalha para garantir e defender os seus interesses como participante da pesquisa e tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso seja necessário e você achar que a pesquisa não está sendo realizada de forma ética ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP/UFT pelo telefone (63) 3232-8023, pelo e-mail cep_uft@uft.edu.br, ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almojarifado, CEP- UFT 77001-090 - Palmas/TO.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas rubricadas e assinadas pelo pesquisador responsável e pelo Sr. (a), sendo que uma será arquivada por ele e a outra será fornecida ao Sr.(a).

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____,
portador do documento de Identidade____, declaro que li, entendi todo o conteúdo deste documento e concordo em participar da pesquisa.

_____, _____, de _____ de

Assinatura do(a) participante

Pesquisador Responsável

**APÊNDICE C - PERFIS SOCIODEMOGRÁFICOS E RESPOSTAS ÀS
ENTREVISTAS**

Perfil Sociodemográfico Luís Gama

Gênero	<input checked="" type="checkbox"/> masculino () feminino () não-binário
Idade	58 anos
Estado Civil	Solteiro
Raça autodeclarada	() preto <input checked="" type="checkbox"/> pardo () indígena
Comunidade quilombola associado(a)	Boa Esperança
Reside na comunidade?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Você já ouviu falar na PNSIPN?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Com que frequência você utiliza os serviços do SUS?	<input checked="" type="checkbox"/> muito frequente () pouco frequente () nunca

Perfil Sociodemográfico Maria Aranha

Gênero	() masculino <input checked="" type="checkbox"/> feminino () não-binário
Idade	45 anos
Estado Civil	Solteira
Raça autodeclarada	<input checked="" type="checkbox"/> preto () pardo () indígena
Comunidade quilombola associado(a)	Boa Esperança
Reside na comunidade?	() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Você já ouviu falar na PNSIPN?	() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Com que frequência você utiliza os serviços do SUS?	() muito frequente <input checked="" type="checkbox"/> pouco frequente () nunca

Respostas dos(as) participantes referentes às perguntas 1 e 2, respectivamente: “Como você costuma cuidar da sua saúde?” e “Quando você adocece, recorre a algum lugar disponível na sua comunidade?”

Participante	Enxertos	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria /eixo temático
Luís Gama	<p>É sempre aos meio, mesmo. Meio indígena com casca de pau chá de folha de erva natural. A gente aprende na prática, assim, desde do pessoal, dos antepassados, né? Porque como aqui mesmo não tinha médico, não tinha esse negócio de saúde SUS, né? A gente morava aqui e não tinha transporte, isolado de tudo. Aí era gente que ia... o pessoal mais velho, o filho adoecia. E aí fazia um remédio, fazia uma folha de pau, cozinhava outro, até que achava algo dava certo e aí com isso, eles iam ensinando de geração em geração, vai passando de geração em geração.</p> <p>Eu sempre ou eu vou direto na cidade, no postinho ou então eu recorro mesmo às minhas ervas do mato. Aí se não der jeito, for obrigado ir ao hospital aí que eu vou,</p>	<p>O cuidado em saúde</p> <p>Meio indígena com casca de pau chá de folha de erva natural. A gente aprende na prática, assim, desde do pessoal, dos antepassados, né?</p> <p>A gente morava aqui e não tinha transporte, isolado de tudo.</p> <p>Eu sempre ou eu vou direto na cidade, no postinho ou então eu recorro mesmo às minhas ervas do mato</p> <p>Eu tinha vindo para ser atendido, tinha chegado 7 horas da manhã e era 7 da noite e ainda não tinha sido atendido.</p>	<p>Saberes tradicionais</p> <p>Antepassados</p> <p>Recorre às ervas do mato</p> <p>Ervas naturais</p>	<p>O cuidado em saúde: os saberes tradicionais como primeira opção</p>

	mas é, recorro primeiro às ervas.			
Maria Aranha	<p>A minha saúde eu cuido assim com remédio caseiro. Porque é dificilmente, graças a Deus, e dificilmente eu sinto alguma coisa, e quando eu sinto, eu bebo remédio caseiro. Nunca foi necessariamente obrigado a ir a um hospital, não. Graças a Deus. Aprendi com a minha mãe que aprendeu com a mãe dela, que a mãe dela aprendeu com a mãe. E assim, meus antepassados.</p> <p>A minha mãe fazia, agora eu aprendi com ela. Aí, fico aqui, mesmo tendo a unidade aqui perto, eu não vou, só se for um caso muito sério que aí é necessário. Mas se for uma gripe, alguma coisa</p>	<p>O cuidado em saúde</p> <p>A minha saúde eu cuido assim com remédio caseiro. Porque é dificilmente, graças a Deus, e dificilmente eu sinto alguma coisa, e quando eu sinto, eu bebo remédio caseiro.</p> <p>Aprendi com a minha mãe que aprendeu com a mãe dela, que a mãe dela aprendeu com a mãe. E assim, meus antepassados.</p> <p>A minha mãe fazia, agora eu aprendi com ela. Aí, fico aqui, mesmo tendo a unidade aqui perto, eu não vou, só se for um caso muito sério que aí é</p>	<p>Saberes tradicionais</p> <p>Remédio caseiro</p> <p>Aprendi com minha mãe</p> <p>Antepassados</p>	<p>O cuidado em saúde: os saberes tradicionais como primeira opção</p>

	assim, do tipo. Eu não vou, tomo remédio em casa mesmo. Até porque tem vez que lá não tem nada de remédio, é obrigado a comprar. E como é que eu vou comprar se eu não tenho dinheiro para estar comprando? Eu tenho que resolver.	necessário.		
--	--	-------------	--	--

Respostas dos(as) participantes referentes às perguntas 3 e 4, respectivamente: “Como foi sua experiência em relação ao acesso às ações e serviços do SUS quando você residia na sua comunidade? (nos casos em que o(a) participante não reside mais na comunidade)?” e “Como está sendo a sua experiência em relação ao acesso às ações e serviços do SUS onde você reside atualmente? (nos casos em que o(a) participante não reside mais na comunidade)?”

Participante	Excerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria/Eixo temático
Luís Gama	Antes era difícil porque às vezes não tinha médico, né? Não tinha médico ou outras vezes, você chegava, tinha muitas pessoas e você tinha que ficar esperando na fila. Às vezes você até mesmo sem condição de estar na fila e tinha que permanecer na fila. E não era só aqui. E era em todos os lugares que a gente anda quando falava em SUS. Antes que não tinha nada de campanha, nada de mais médico, né? Aí, era difícil o	Experiência em relação às ações e serviços do SUS Antes que não tinha nada de campanha, nada de mais médico, né? Aí, era difícil o atendimento. Não era fácil. Não era fácil mesmo, mas agora não. Com as campanhas que teve de 2006 pra cá, melhorou muito. Com as campanhas que	Experiências positivas? Antes não tinha campanha De 2006 pra cá melhorou muito	Experiências de acesso às ações e serviços de saúde

Participante	Excerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria/Eixo temático
	<p>atendimento. Não era fácil. Não era fácil mesmo, mas agora não. Com as campanhas que teve de 2006 pra cá, melhorou muito.</p> <p>Morei em Porto Nacional, fui naquele grande hospital lá que agora esqueci o nome dele. Atendia de plantão lá 2 médicos, pra atender um tanto de gente, e aí ficavam as pessoas na fila, e era tempo na fila. Uma vez mesmo eu precisei de ir.. fui lá eu cheguei lá 7 horas. E fui atendido 7 horas da noite, 7 da manhã e fui sentir atendido 7 horas da noite, aí eu peguei, deitei no chão, porque eu não estava aguentando mais na fila e aí falaram que não podia. Aí eu peguei e comecei a falar que eu queria falar com o gerente lá. Certo que eles viu que eu não estava brincando mesmo, eu</p>	<p>teve de 2006 pra cá, melhorou muito.</p> <p>Às vezes você até mesmo sem condição de estar na fila e tinha que permanecer na fila.</p>		

Participante	Excerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria/Eixo temático
	estava muito ruim. Aí foi que me atendeu. Mas não era fácil.			
Maria Aranha	Pra mim foi razoável, não muito bom que demora as coisas demais, mas fui atendida todas as vezes que eu precisei. Então, para mim foi ótimo.	Experiência em relação às ações e serviços do SUS Fui atendida todas as vezes que eu precisei. Então, para mim foi ótimo.	Razoável Fui atendida todas as vezes que precisei.	Experiências de acesso às ações e serviços de saúde

Respostas dos(as) participantes referentes à pergunta 5: “Quais os principais desafios para o acesso aos serviços? (para os casos em que o(a) participante reside na comunidade ou não? Como você descreve esta experiência?”

Participante	Excerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria/Eixo temático
Luís Gama	Era vencer essa batalha. Porque você chega ruim quando tem poucos atendente. Se você chegar ruim, chega um pior e passa na sua frente e aí vai fazendo uma fila e você sempre ficando para trás. Eu falo, às vezes tem que	Principais desafios quanto ao acesso aos serviços de saúde Era vencer essa batalha. Porque você chega ruim quando tem poucos atendente. Se você chegar ruim, chega um pior e	Obstáculos Vencer a batalha Demora para atendimento	Obstáculos para acessar a Rede

	<p>dar uma de morto para poder ser atendido. Porque se não, acham que você está bem, e enquanto você está conversando, está bem. Uma vez tive que deitar no chão lá no hospital. Deitei e aí quando eles vieram falar comigo que não podia eu perguntei se estavam achando que eu tinha vindo era esconder de serviço. Eu tinha vindo para ser atendido, tinha chegado 7 horas da manhã e era 7 da noite e ainda não tinha sido atendido.</p>	<p>passa na sua frente e aí vai fazendo uma fila e você sempre ficando para trás. Eu falo, às vezes tem que dar uma de morto para poder ser atendido.</p>		
<p>Maria Aranha</p>	<p>A falta de acesso ao local de unidade de saúde. Porque é muito difícil chegar onde tem médico de verdade para atender emergência, por exemplo. Não tem muito acesso, não é acessível. Na UBS às vezes tem médico, às vezes não, porém as coisas são tudo encaminhado para outra cidade, para Palmas, por exemplo, todo mundo. Dos menores casos aos maiores, todos são encaminhados. Aqui não</p>	<p>Principais desafios quanto ao acesso aos serviços de saúde</p> <p>A falta de acesso ao local de unidade de saúde. Porque é muito difícil chegar onde tem médico de verdade para atender emergência, por exemplo. Não tem muito acesso, não é acessível.</p> <p>Aqui não faz muita diferença ter um médico ou não, porque falta os aparelhos para funcionar</p>	<p>Obstáculos</p> <p>Falta de acesso</p> <p>Falta de aparelho</p>	<p>Obstáculos para acessar a Rede</p>

	faz muita diferença ter um médico ou não, porque falta os aparelhos para funcionar aqui. Então a gente sempre vai para Palmas.	aqui. Então a gente sempre vai para Palmas.		
--	--	---	--	--

Respostas dos(as) participantes referentes à pergunta 5: “Como você descreve esta experiência?”

Participante	Excerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria /Eixo temático
Luís Gama	Eu me senti assim, eu fiquei meio chateado, né? Na época, né? No dia mesmo, quando cheguei fazer isso, eu estava já chateado demais. Mas também eu não boto nem culpa de tanto nos funcionários. Como era falta de funcionário, porque não tinha médico. Era um hospital para um médico atender. Vamos dizer que Porto Nacional na época tinha uns 20 a 20500 habitantes, né? Aí 2 médicos atendendo nesse hospital, aí quase um médico para atender 100 pessoas, né? Aí não tem quem aguenta mesmo.	eu fiquei meio chateado eu não boto nem culpa de tanto nos funcionários aí quase um médico para atender 100 pessoas, né? Aí não tem quem aguenta mesmo.	A descrição da experiência Chateado pela falta de médicos	A falta de médico e a dificuldade de acesso à média e alta complexidade
Maria Aranh	Fui 4 vezes encaminhada	É difícil chegar lá que é	A descrição da	A falta de médico e a

a	para ganhar menino. Isso que até para ganhar neném teve que caminhar quilômetros para chegar no hospital... É difícil chegar lá que é muitos buracos, a estrada muito é ruim.	muitos buracos, a estrada muito é ruim.	experiência Dificuldade de acesso aos serviços de alta complexidade	dificuldade e de acesso à média e alta complexidade
----------	---	---	--	---

Respostas dos(as) participantes referentes à pergunta 6: Você passou por alguma experiência constrangedora por conta da cor da sua pele em instituições ligadas à RAS? Em caso afirmativo, como se deu essa vivência?

Participante	Excerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria/Eixo temático
Luís Gama	Já e muito. E tanto como por causa da cor da pele e também como por eu ser filho órfão, não tinha pai e nem mãe. Preconceito eu já sofri demais da conta. Chega nem ligo mais, hoje quando a pessoa vem querer dar de preconceituoso para mim, às vezes eu chego até a dizer para ele, se eu ver que ela não quer “triscar” em mim, eu ainda falo assim, obrigado por você não me sujar. Aonde já frequentei no SUS em relação à cor, não notei. Mas eu já notei muito em relação à condição financeira, não é? Que as	Experiência constrangedora por causa da cor da pele nas instituições ligadas à RAS. Preconceito eu já sofri demais da conta. Chega nem ligo mais, hoje quando a pessoa vem querer dar de preconceituoso para mim, às vezes eu chego até a dizer para ele, se eu ver que ela não quer “triscar” em mim, eu ainda falo assim, obrigado por você não me sujar. Aonde já frequentei no SUS em relação à cor, não notei.	Experiência relacionada à cor da pele Preconceito	Preconceito em relação à cor da pele

	<p>peças mais bem representada no cenário da população sempre tem a preferência.</p>			
<p>Maria Aranha</p>	<p>Aqui no município mesmo. Não vou dizer sinceramente que foi por causa da minha cor da pele mas eu acredito que sim, porque eu fui com o meu filho, num sol quente, vermelhinho de alergia. E cheguei lá, disseram que não tinha atendimento. Aí eu ia voltando 1 hora da tarde, 2 km a pé com o menino doente. Ia voltando sem atendimento, aí foi que um rapaz que trabalha no Conselho Municipal de Saúde me viu e perguntou, por que que eu estava voltando, andando naquele sol quente. Aí eu falei, porque eu fui na unidade básica de saúde e não fui atendida e essa criança está com alergia, com o corpo cheio de caroço. Aí ele falou</p>	<p>Experiência constrangedora por causa da cor da pele nas instituições ligadas à RAS. porque eu fui com o meu filho, num sol quente, vermelhinho de alergia. E cheguei lá, disseram que não tinha atendimento</p> <p>Aí eu falei, porque eu fui na unidade básica de saúde e não fui atendida e essa criança está com alergia, com o corpo cheio de caroço. Aí ele falou que ia levar o pessoal para atender aí ele conseguiu. Foi rapidinho, nos atenderam quando o rapaz falou. Eles atenderam. Mas por mim só não fizeram.</p>	<p>Experiência relacionada à cor da pele</p> <p>Preconceito</p>	<p>Preconceito em relação à cor da pele</p>

	que ia levar o pessoal e falar para atender aí ele conseguiu. Foi rapidinho, nos atenderam quando o rapaz falou. Eles atenderam. Mas por mim só não fizeram.			
--	--	--	--	--

Respostas dos(as) participantes referentes à pergunta 7: No caso de já ter ouvido falar ou conhecer a PNSIPN, o que você pensa do cumprimento dessa política?

Participante	Enxerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria/Eixo temático
Luís Gama	Aí eu ainda não. Não vi não. Porque pelo que eu saiba e eu vejo no rádio pela no noticiário essa política ela atende as pessoas no lugar que elas estão, não é? Porque eu tenho visto falar na política de saúde igualitária como quilombolas e índios e famílias tradicionais, mas que ficam naqueles lugar de mais difícil acesso, tem aquelas campanha que vai até eles lá. E eu aqui, eu nunca vi, lá mesmo nunca chegou uma pessoa pra dizer vim ver como é que tá. Um profissional dessa política ainda não recebi lá em casa.	Conhecimento sobre a política nacional de saúde integral da população negra E eu aqui, eu nunca vi, lá mesmo nunca chegou uma pessoa pra dizer vim ver como é que tá. Um profissional dessa política ainda não recebi lá em casa.	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra A política não chega à comunidade	Conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Maria Aranha	Não, nunca ouvi falar.	Conhecimento sobre a política nacional de saúde integral da população negra O acesso das comunidades quilombolas aos serviços da Rede de Atenção à Saúde	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Desconhecimento da política	Desconhecimento da política Nacional de Saúde Integral da População Negra
---------------------	------------------------	---	---	---

Respostas dos(as) participantes referentes à pergunta 8: “O que você pensa sobre o acesso das comunidades quilombolas aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS)?”

Participante	Excerto	Unidade de contexto	Unidade de registro	Categoria/Eixo temático
---------------------	----------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------

<p>Luís Gama</p>	<p>É difícil, não é fácil deslocar quando é necessário, por isso que eu digo, eu sempre, desde o começo da entrevista eu falo, eu primeiro, eu recorro à primeira instância que é minhas plantas. Aí, se eu vê que ela não está dando certo aí eu recorro ao pronto socorro. Se for preciso eu recorro mais ao Pronto Socorro, assim se for machucado como uma... uma pancada, uma coisa assim, um machucado ou então, uma febre ou uma dor muito intensa que a gente não tem como sarar, porque se for só uma dor de cabeça uma vez, não vai. Só se for uma dor de dente e que faz você vim ao Pronto Socorro, mas antes a gente recorre às plantas mesmo. E o acompanhamento lá mesmo não, a gente não tem. Tem que sair. E aí a maioria que não tem a condição de deslocar, principalmente os mais velhos, aí não tem condição de ir e o acompanhamento tinha que ser nas comunidades. As comunidades precisam e principalmente aonde tiver os mais velho. Porque eles mesmo, para sair, não sai fácil, porque é</p>	<p>O acesso das comunidades quilombolas aos serviços da Rede de Atenção à Saúde</p> <p>Tem que sair. E aí a maioria que não tem a condição de deslocar, principalmente os mais velhos, aí não tem condição de ir e o acompanhamento tinha que ser nas comunidades</p> <p>tem um gelo, eles não tem porque sair, como os remédio é passado de geração para geração, mas também o preconceito, aquela coisa, aquele acanhamento, é passado de geração para geração.</p>	<p>A dificuldade do acesso à RAS</p>	<p>Desamparo institucional</p>
-------------------------	---	---	--------------------------------------	--------------------------------

	<p>apegado muito com as coisas que cria em casa, e outra que tem o gelo. Como eu falei, tem um gelo, eles não tem porque sair, como os remédio é passado de geração para geração, mas também o preconceito, aquela coisa, aquele acanhamento, é passado de geração para geração. E aí não querem. Só sai quando tá na marra mesmo ou levado pelos outros que se por eles mesmos não sai, não</p>			
<p>Maria Aranha</p>	<p>Faz tempo faz uns 25, 30 anos, que eu saí da comunidade. Não tinha médico, era só no pau do mato, os remédios caseiros. Quando eu morava lá, não ia pra cidade. Porque não tinha SUS. A cidade mais perto era Novo Acordo. E para chegar lá, tinha que ir de cavalo ou de balsa nos feixes de Buriti que</p>	<p>O acesso das comunidades quilombolas aos serviços da Rede de Atenção à Saúde quem tivesse de morrer morria na</p>	<p>A dificuldade do acesso à RAS</p>	<p>Desamparo institucional</p>

	faziam. Montava um tanto de talo de Buriti e descia no Rio. Aí quem tivesse de morrer morria na estrada, então tinha que resolver era por aqui mesmo.	estrada, então tinha que resolver era por aqui mesmo.		
--	---	---	--	--

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UFT

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFT

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS -
UFT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE QUILOMBOLAS

Pesquisador: Jamile Luz Morais

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 74258323.9.0000.5519

Instituição Proponente: Fundação Universidade Federal do Tocantins - Câmpus universitário de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.535.227

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem como objetivo compreender as experiências de quilombolas acerca do acesso aos serviços de Saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória com utilização de pesquisa de campo. Como instrumento, adotar-se-á a entrevista semiestruturada partindo de um roteiro de 10 perguntas, acompanhado de um questionário com vistas a coletar o perfil sociodemográfico dos(as) participantes. Pretende-se trabalhar com uma amostra de 3 participantes, sendo maiores de 18 anos e associados a comunidades quilombolas. Para o tratamento dos dados será usado Método de Interpretação de Sentidos, ancorado em uma perspectiva hermenêuticadialética, visando alcançar uma descrição analítica. Este método é fundamentado nas seguintes etapas: 1) Transcrição e digitação das gravações das entrevistas individuais; 2) Atribuição de códigos aos entrevistados e às pessoas por eles mencionadas; 3) Leitura intensiva e compreensiva dos textos transcritos. Ao final, elaborar-se-á eixos temáticos com idéias centrais presentes na

Endereço: Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.

Bairro: Plano Diretor Norte

CEP: 77.001-090

UF: TO

Município: PALMAS

Telefone: (63)3229-4023

E-mail: cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS -
UFT



Continuação do Parecer: 6.535.227

narrativa do(a)

entrevistado(a). Os dados serão discutidos a partir de autores de referência na temática em questão como Silvio Almeida, Mbembe, Fanon, Kilomba, Gonzales, Bell Hooks, Collins, Akotirene e Foucault.

Objetivo da Pesquisa:

3. OBJETIVOS

Objetivo geral: Compreender as experiências de quilombolas acerca do acesso aos serviços de Saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos específicos:

Discutir a relação entre o racismo institucional e a necropolítica no SUS.

Identificar os significados da experiência, enquanto quilombola, de ser usuário dos serviços do SUS.

Contribuir para o debate anticolonial e racial no campo da psicologia, como ciência e profissional, especialmente em relação à Psicologia da Saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

5.6.1. Riscos

Considerando a temática sensível da pesquisa, é possível que a entrevista faça suscitar lembranças de vivências que causem algum sofrimento. É possível que a(o) participante se sinta constrangida(o), irritada(o), triste, com vergonha, receosa(o) quanto às informações a serem prestadas, sentimento de injustiça, impo sentido, cabe à pesquisadora assegurar o sigilo das informações, salvaguardando o conteúdo das entrevistas de modo a impossibilitar a violação de quaisquer informações, bem como garantir que o ambiente da pesquisa é um lugar seguro e próprio para relatar sua experiência. Além disso, a pesquisadora se compromete a se policiar para que não ocorra a revitimização, reprodução de preconceitos, racismo e/ou conduta discriminatória para com a(o) participante quilombola.

5.6.2. Benefícios

No que diz respeito aos benefícios, a pesquisa contribuirá com a construção de uma Psicologia Decolonial e

Endereço: Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.
Bairro: Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3229-4023 **E-mail:** cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS -
UFT



Continuação do Parecer: 6.535.227

Antirracista, bem como servirá para a atuação em psicologia de diversas áreas, em especial da saúde, de modo a partir de pressupostos antirracistas e anticoloniais. Ademais, a pesquisa tem o potencial de contribuir e auxiliar em intervenções no âmbito do SUS considerando raça e territorialização enquanto determinante social e da saúde. Além disso, a entrevista possibilita a(o) participante nomear e dar sentido às determinadas experiências que tenha vivenciado enquanto pessoa preta acessando os serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins, Campus Universitário de Miracema para obtenção da nota da disciplina de Trabalho Final de Graduação I no curso de psicologia

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os itens obrigatórios de acordo com a Norma Operacional 001/2013

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências do parecer anterior foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2158164.pdf	27/11/2023 11:28:34		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAASSVERIFICADA.pdf	27/11/2023 11:28:01	Jamile Luz Morais	Aceito
Outros	CARTAPareceristas.pdf	01/11/2023 19:01:37	Jamile Luz Morais	Aceito
Outros	Cartaelucidacao.pdf	01/11/2023	Jamile Luz Morais	Aceito

Endereço: Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.
Bairro: Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3229-4023 **E-mail:** cep_uft@uft.edu.br

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS -
UFT



Continuação do Parecer: 6.535.227

Outros	Cartaelucidacao.pdf	19:00:37	Jamile Luz Morais	Aceito
Parecer Anterior	PARECERCONSUBSTANCIADOCEP.pdf	01/11/2023 19:00:03	Jamile Luz Morais	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemodificado.pdf	01/11/2023 18:57:15	Jamile Luz Morais	Aceito
Outros	requerimentoassinado.pdf	30/10/2023 19:30:29	Jamile Luz Morais	Aceito
Outros	declaracaoinstituicao.pdf	30/10/2023 19:29:31	Jamile Luz Morais	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuencia.pdf	30/10/2023 19:28:18	Jamile Luz Morais	Aceito
Outros	ROTEIRODEENTREVISTA.pdf	15/09/2023 13:21:05	Jamile Luz Morais	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/09/2023 13:20:26	Jamile Luz Morais	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.pdf	15/09/2023 13:20:07	Jamile Luz Morais	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/08/2023 12:51:56	Jamile Luz Morais	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 27 de Novembro de 2023

Assinado por:
MARCELO GONZALEZ BRASIL FAGUNDES
(Coordenador(a))

Endereço: Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio da Reitoria, 2º Pavimento, Sala 16.
Bairro: Plano Diretor Norte **CEP:** 77.001-090
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3229-4023 **E-mail:** cep_uft@uft.edu.br