



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

STEPHANY CECÍLIA ROCHA DAMASCENO

**ANÁLISE DESCOLONIAL DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:**

Uma episteme afrocêntrica do cuidado em saúde

BRASÍLIA

2022

STEPHANY CECÍLIA ROCHA DAMASCENO

**ANÁLISE DESCOLONIAL DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:**

Uma episteme afrocêntrica do cuidado em saúde

Dissertação apresentada para banca de defesa como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação em Política Social – PPGPS do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB.

Orientadora: Profa. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

BRASÍLIA

2022

STEPHANY CECÍLIA ROCHA DAMASCENO

**ANÁLISE DESCOLONIAL DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS
INTEGRATIVAS EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL:**

Uma episteme afrocêntrica do cuidado em saúde

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Política Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lucélia Luiz Pereira
(Orientadora – SER/UnB)

Prof.^a Dr.^a Antônia de Jesus Angulo Tuesta
(FS/UnB)

Prof.^a Dr.^a Raquel Souza
(IMS/UFBA)

Prof.^a Dr.^a Karen Santana de Almeida Vieira
(Suplente SER/UnB)

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

CC388 Cecília Rocha Damasceno, Stephany
Análise Descolonial da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde no Distrito Federal: uma episteme afrocêntrica do cuidado em saúde. / Stephany Cecília Rocha Damasceno; orientador Lucélia Luiz Pereira. -- Brasília, 2022.
107 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) -- Universidade de Brasília, 2022.

1. Práticas Integrativas em Saúde. 2. Descolonialidade. 3. Racismo. 4. Saúde. I. Luiz Pereira, Lucélia, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Olhar para esse trabalho pronto também é me embalar de lembranças. Dos dias que passei essência de flor de laranjeira nos pulsos, assim como eu aprendi com minha Iya fazendo ebó para Obatalá. Do dia que eu só consegui escrever porque forrei o chão que eu pisava com folhas de aroeira e pedi à Jurema forças para continuar. Das tantas vezes que peguei minha Conta de Nanã e pedi à Orixá Senhora do meu Ori que me abençoasse. De quando coloquei Akuaba em meu pescoço para trazer boas novas de fertilidade de ideias. E, ainda, quando o estudo exauriu minha psique e foi o Bori que eu tomei que cuidou da minha cabeça. De todas as vezes que essas subjetividades atravessaram meu cotidiano e me forneceram condições materiais para continuar. Portanto, à Ancestralidade e suas tecnologias, meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço à minha família, minha mãe Marinélia, minha maior apoiadora desde sempre, meus avós, seu Marinho e dona Marina, meu irmão Gabriel, meus tios e primos. Escrevo essas linhas lembrando da Stephany *miudinha* a brincar nos antigos postinhos de saúde de Formosa do Rio Preto (BA), enquanto sua avó, dona Marina, trabalhava na limpeza. Lá também estavam: as amigas da família, o lugar que eu ficava depois da escola, que me vacinava e que abrigava o sonho da minha avó de ter netas *da saúde*. Eu sempre fui do SUS e da Medicina Tradicional afro-brasileira, porque essa mesma avó é a mestra dos chás, ervas, plantas, rezas e simpatias. Por isso acredito tanto nesse enlace, já que o SUS é feito diariamente por pessoas, pessoas brasileiras que sobrevivem à base de muita cultura. Um mestrado com ênfase na política de saúde para mim é, antes de tudo, a realização de um sonho da dona Marina. Conseguimos, Vozinha! Laroyê Exu!

Meus agradecimentos à Lucélia Luiz Pereira, orientadora que conduziu esse processo com tanto respeito, responsabilidade e entrega. Ainda não tenho palavras para agradecer tamanha confiança em mim e no meu trabalho. Lucélia sempre fez e fará a diferença onde estiver. E tenho certeza de que parte da minha vida mudou com aquele e-mail de aceite do meu pedido de orientação. Obrigada por tudo!

Agradeço à Anna Frutuoso e Natália Rocha, que acompanharam bem de perto este processo e me deram forças para continuar. Eu não conseguiria sem vocês! Minha mais profunda gratidão. Agradeço, ainda, a todas as pessoas que encontraram o meu caminho

e me ensinaram neste processo, aos meus amigos queridos, aos colegas do grupo de pesquisa coordenado por Lucélia e aos amigos especiais do Mestrado. Jorge Bezerra, Dalila Lisboa e Gislene Rodrigues: compartilhamos muito mais que nossas pesquisas!

Agradeço às professoras Raquel Souza e Antonia Angulo pelas contribuições primorosas e pelo olhar atento e generoso na Banca de Qualificação. Também por aceitarem novamente compor a Banca de Defesa. Que alegria compartilhar este momento com vocês!

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa para a realização das atividades do Mestrado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília pelo apoio à edição e revisão desta dissertação, a partir dos recursos disponibilizados pelo edital do PPPGS/PROEX/CAPES.

Agradeço à Iyalorixá Janaína Portella por ser uma grande referência e contribuir neste trabalho com suas falas preciosas, conhecimento localizado e memória. Ela, respeitosamente, bem fala que em um país com capoeira, é descabida a fixação em tai chi chuan.

Agradeço à Erykah Badu e à Summer Walker por ritualizarem o meu processo de escrita e transformar esse momento em um espaço de afeto e de prazer.

À minha egrégora de cinco mulheres negras que me mostram que o cuidado do corpo-casa negro é concebível. Minha avó Marina e seu dispêndio de afeto baiano com muitos chás, garrafadas, simpatias e rezas; minha mãe Marinélia por me ensinar o valor do trabalho e da dedicação; minha mãe de santo Janaína Portella com seu axé, sua guiança e medicinas de terreiro, que me devolveram o encantamento pela vida; minha Sba de Kemeti Yoga Ana Sou, instrutora dessa tecnologia africana deixada por nossos ancestrais para o autocuidado da população negra; minha psicóloga Paula Gabriela com um exercício profissional brilhante defendendo que é possível viver para além do sofrimento. E, ainda, pensadoras que, especialmente em suas redes sociais, refletiram sobre elitização e embranquecimento de terapias holísticas, a exemplo do que ocorre no chão essencialmente kalunga da Chapada dos Veadeiros e no Distrito Federal – território construído por muitas mãos pretas, inclusive as de meu avô Marinho.

*Podemos sorrir, nada mais nos impede
Não dá pra fugir dessa coisa de pele
Sentida por nós, desatando os nós
Sabemos agora, nem tudo que é bom vem de fora*

*É a nossa canção pelas ruas e bares, que
Nos traz a razão, relembrando Palmares
Foi bom insistir, compor e ouvir
Resiste quem pode à força dos nossos pagodes*

*E o samba se faz, prisioneiro pacato dos nossos tantãs
E um banjo liberta da garganta do povo as suas emoções
Alimentando muito mais a cabeça de um compositor
Eterno reduto de paz, nascente das várias feições do amor*

*Arte popular do nosso chão
É o povo que produz o show e assina a direção
Arte popular do nosso chão
É o povo que produz o show e assina a direção.*

(Coisa de Pele. Jorge Aragão/ Acyr Cruz. 1986)

RESUMO

Este trabalho dedicou-se a investigar as repercussões do racismo e do epistemicídio na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS). A literatura descolonial e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) apresentaram estratégias para disputar as metodologias do cuidado em saúde e incidir sobre o apagamento dos saberes afro-brasileiros nas Práticas Integrativas em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no DF. Elaborou-se uma pesquisa qualitativa firmada na metodologia descolonial enquanto eixo de análise, com vistas a identificar a agência da colonialidade na política e a relação entre práticas culturais de saúde da diáspora e da promoção de saúde da população negra. Assim, foi feita análise documental da PDPIS por uma perspectiva racializada da ideia de corpo, de saber, de racionalidades médicas e de relações de poder expressas no texto da política. Além de análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para estabelecer diálogos possíveis, tendo em vista sua magnitude, integralidade e potencial de transversalidade a todas as políticas de saúde. Na PDPIS, a predominância da Medicina Tradicional chinesa e a noção de pessoa sem nenhuma referência à raça, corroboram com a universalização do corpo branco e sua cultura. Nesse ínterim, a PNSIPN (2009) é ilustrativa ao reconhecer o racismo institucional no cuidado em saúde, também arraigado à PDPIS (2014). Isso porque a PDPIS, uma política que regulamenta parâmetros para os saberes tradicionais em saúde no DF, não recupera as práticas populares de saúde afro-brasileiras salvaguardadas pela PNSIPN. Vislumbra-se a implementação de PIS que correspondam às necessidades intersubjetivas da saúde da população negra do DF, pois abordagens relacionadas à memória do povo negro, às práticas de cuidado em saúde da diáspora e dos povos de comunidades tradicionais da região, podem favorecer a ampliação do acesso, o combate ao racismo institucional, a liberdade terapêutica, a pertença e o protagonismo sobre a própria cultura e sobre os corpos-territórios.

Palavras-chave: Práticas Integrativas em Saúde; Descolonialidade; Racismo; Saúde.

ABSTRACT

This study was dedicated to investigate the repercussions of racism and epistemicide in the District Policy of Integrative Health Practices (PDPIS). Decolonial literature and the National Policy for Integral Health of the Black Population (PNSIPN) presented strategies to dispute the methodologies of health care, and to affect the erasure of Afro-Brazilian knowledge in Integrative Health Practices of the Brazilian National Health System (SUS) in the Federal District. Qualitative research was conducted based on the decolonial methodology as the axis of analysis, in order to identify the agency of coloniality in politics and the relationship between cultural health practices of the diaspora and health promotion of the black population. Thus, documentary analysis of the PDPIS was conducted through a racialized perspective of the idea of body, knowledge, medical rationalities, and power relations expressed in the text of the policy. Besides the analysis of the National Policy of Integral Health of the Black Population to establish possible dialogues, in view of its magnitude, integrality and potential of transversality to all health policies. In the PDPIS, the predominance of Traditional Chinese Medicine and the notion of person without any reference to race, corroborate the universalization of the white body and its culture. Meanwhile, the PNSIPN (2009) is illustrative in recognizing institutional racism in health care, also rooted in the PDPIS (2014). This is because the PDPIS, a policy that regulates parameters for traditional health knowledge in the DF, does not recover the Afro-Brazilian popular health practices safeguarded by the PNSIPN. We envision the implementation of SIPs that correspond to the intersubjective health needs of the black population of DF. For approaches related to the memory of black people, the health care practices of the diaspora, and the peoples of traditional communities in the region can favor the expansion of access, the fight against institutional racism, therapeutic freedom, belonging and protagonism over one's own culture and body-territory.

Keywords: Integrative Health Practices; Decoloniality; Racism; Health.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Oferta de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) por Regiões Administrativas (RAs)	69
Quadro 2 - Serviços de Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS-DF em outubro de 2021	72
Quadro 3 - Aproximações entre PNSIPN e PDPIS por temas	84

LISTAS DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ADCT	Ato das Decisões Transitórias
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CeMA	Centro de Medicina Alternativa
CERPIS	Centro de Referência em práticas Integrativas em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GASPVP	Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais
GDF	Governo do Distrito Federal
GERPIS	Gerência de Práticas Integrativas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa e Estudos Aplicados
ITA/DF	Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal
MS	Ministério da Saúde
MT/MCA	Medicina Tradicional e a Medicina Complementar e Alternativa
NOVACAP	Companhia Urbanizadora da Nova Capital
NPCPIS	Núcleos de Planejamento e Produção de Conhecimento em Práticas Integrativas em Saúde
NUMENAPIS	Medicina Natural e Práticas Integrativas em Saúde
NUMENATI	Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração
OIT	Organização internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PDPIS	Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PMDF	Polícia Militar do Distrito Federal
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RA	Região Administrativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SES/DF	Secretaria de Saúde do Distrito Federal
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SPN	Saúde da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEMA	Unidade Especial de Medicina Alternativa
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
USI	Unidade de Saúde Integral de Planaltina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1.1. PROCEDIMENTOS METODÓLOGICOS.....	18
CAPÍTULO I: EPISTEMICÍDIO, O POVO NEGRO E A MEDICINA TRADICIONAL AFRO-BRASILEIRA.....	23
1.1. DO EPISTEMICÍDIO.....	23
1.2. MULHERES NEGRAS, SABERES TRADICIONAIS E UMA EPISTEME DO CUIDADO.....	30
1.3. MEDICINA TRADICIONAL: A CULTURA AFRO-BRASILEIRA.....	35
CAPÍTULO II: A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	41
2.1 DA POLÍTICA DE SAÚDE: PROMOÇÃO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE.....	41
2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NO BRASIL.....	47
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: O RECONHECIMENTO DO RACISMO COMO UM DETERMINANTE SOCIAL..	53
CAPÍTULO III: ANÁLISE DESCOLONIAL DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE.....	61
3.1 A POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE.....	61
3.2 RAÇA E ESQUEMA CORPORAL NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE.....	75
3.3 ENCONTROS, DESENCONTROS E DIÁLOGOS POSSÍVEIS ENTRE A PNSIPN E A PDPIS.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	100

INTRODUÇÃO

Considerarei esta a parte mais difícil de escrever. O medo de não falar sobre tudo, de não sintetizar bem esses dois anos de trabalho duro, medo de esquecer de algo ou alguém. No entanto, assumo os riscos. Assumo o risco da falta, da lacuna, do vazio como força criadora do porvir. Entrego este trabalho ao mundo, ansiosa pelo novo. Todas as próximas páginas foram produto de anos muito difíceis, de muita luta, em meio a uma pandemia devastadora e um ciclo da crise estrutural do capitalismo em que me sustentei com a bolsa de mestrado. A fase final deste trabalho foi escrita na correria das 60 horas semanais de uma Residência Multiprofissional. Escrevo isto para não me esquecer. Pois, também, entrego este trabalho orgulhosa de ter chegado até aqui e esperançosa de que ele contribuirá no que se propõe.

Início a discussão afirmando que este trabalho não é sobre uma disputa entre medicinas tradicionais. A disputa é epistemológica. Minha maior preocupação é criticar a ausência da Medicina Tradicional afro-brasileira e indígena nas práticas integrativas em saúde no SUS. Entendo, celebro e respeito as medicinas tradicionais já organizadas enquanto política pública, o que não me impede de lutar para que uma episteme afrocêntrica das práticas de cuidado em saúde também seja assim respeitada e valorizada. Acredito que o racismo é fundante deste processo, operacionalizado pelo epistemicídio, e que só o seu enfrentamento radical possa ser, de fato, efetivo.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013 (IBGE, 2014), cerca de 15,5 milhões dos brasileiros que foram entrevistados afirmaram que já se sentiram discriminados ou tratados de uma maneira pior nos serviços de saúde, aproximadamente 23,3% eram pessoas negras (IBGE, 2014). Nesse sentido, delimita-se o espaço institucional dos serviços de saúde como desconfortáveis e não acolhedores para pessoas negras, devido às relações raciais inerentes às relações institucionais. A relação estabelecida entre racismo e Estado se reverbera em como as instituições operam a questão racial (ALMEIDA, 2018).

É por meio do Estado que a classificação de pessoas e a divisão dos indivíduos em classes e grupos é realizada. Os regimes colonialista e escravista, o regime nazista, bem como o regime do apartheid sul-africano não poderiam existir sem a participação do Estado e de outras instituições como escolas, igrejas e meios de comunicação (ALMEIDA, 2018, p. 68).

Nesse diapasão, explica-se o *modus operandi* do racismo a partir de passagem ficcional da obra Torto Arado – recorreremos à Literatura Brasileira neste momento para nos guiar. O trecho do referido livro faz a seguinte descrição: “as folhas estavam

guardadas nos bolsos de sua calça, talvez por vergonha de apontarem com desdém como feiticeiro dentro daquele lugar que ele não conhecia. Foi o primeiro lugar em que vi mais gente branca do que preta” (VIEIRA JÚNIOR, 2019, p. 18-19). Refletimos sobre o que leva a personagem Bibiana, criança cuja maioria de suas experiências vividas perpassam o ambiente campesino, afirmar que a emergência de um hospital localizado na zona urbana da sua cidade foi o espaço com o maior número de pessoas brancas que ela já tinha visto?

Nessa cena, observa-se a matriz de dominação da colonialidade nos desdobramentos: poder, ser e saber (MARTINS; BENZAQUEN, 2017) realizando opressão à saberes ancestrais e a corpos negros, cristalizando tais corpos em lugares subalternizados. A colonialidade do poder (QUIJANO, 2000) está expressa na hierarquia de poder, nas relações sociais dos espaços institucionais, em como o Estado está forjado de maneira que os espaços públicos oprimem racialmente, de forma que pessoas brancas tenham um maior acesso à saúde.

O possível desdém direcionado àquela família negra campesina apontado pela personagem vincula-se à colonialidade do ser que designa quais corpos estariam localizados dentro da noção de humanidade, e do respeito e da dignidade intrinsecamente relacionados, no processo de colocar os povos colonizados como menos seres humanos (LUGONES, 2014).

A colonialidade do saber (QUIJANO, 2000) atua na sobreposição de valores e saberes eurocêntricos em detrimento de saberes populares e ancestrais, de modo que o pai da personagem se sentiu constrangido por munir-se de plantas medicinais em um contexto hospitalocêntrico, fruto de um movimento de cosmofofia empregado no Brasil (BISPO, 2015).

Ao passo que se discute, com base na epistemologia descolonial, a matriz de dominação expressa na categoria colonialidade, também é necessário abordar a necessidade de uma descolonização dessas três dimensões no âmbito das práticas integrativas em saúde. A descolonização do saber aponta para a descolonização da ciência, para que ela reconheça outras produções de conhecimento e abarque a pluralidade de culturas referentes às práticas de cuidado. A descolonização do poder propõe a autonomia no processo terapêutico para que a sociedade possa escolher livremente dentre os diversos tipos de práticas de cuidado, rompendo com a subjugação dos saberes culturais e tradicionais (GUIMARÃES et al., 2020).

Enfatiza-se o aspecto da descolonização do ser, pois esta vislumbra a legitimação de práticas de cuidado que partem dos valores culturais, espirituais, religiosos e das artes, como fundantes do indivíduo na sociedade (GUIMARÃES et al., 2020). Logo, no sentido da saúde integral da população negra, o reconhecimento efetivo de práticas complementares que dialoguem com seus corpos e suas culturas simbolizam a descolonização do ser no espaço da saúde. Ressalta-se a validação da subjetividade de corpos negros como intrínseca ao reconhecimento da humanidade desses corpos, o livre acesso à cultura transgeracional que resiste e permanece viva como ferramenta para o Bem Viver.

O conceito ameríndio de Bem Viver abordado pelo movimento de mulheres negras no Brasil vem sendo politizado como uma ideia de futuro e é complexificado para abarcar a saúde em termos: pessoal, social e ecológico, e ainda em dimensão coletiva e espiritual, por entender que, de acordo com a perspectiva feminista negra brasileira, essas duas últimas também fazem parte do processo de saúde integral (PRESTES, 2018), o que dialoga sobremaneira com as Práticas Integrativas em Saúde e revela a sua necessidade de uma descolonização. A noção de Bem Viver “garante a centralidade da preocupação com a saúde e resgata um conceito tradicional andino e amazônico, ligado a uma concepção politizada e holística” (PRESTES, 2018, p. 48) na relação entre “saúde pessoal, saúde do grupo de pertencimento e da natureza como um todo” (PRESTES, 2018, p. 48).

Ainda sobre o conceito, em espanhol *bienvivir*, abordado por Aníbal Quijano (2011), propõe um conjunto de práticas sociais aproximadas à natureza que vigorem um aproveitamento das vidas com plenitude de forma democrática e independente, em “um outro modo de existência social, com seu próprio e específico horizonte histórico de sentido, radicalmente alternativos a Colonialidade Global de Poder e a Colonialidade / Modernidade Eurocentrada” (QUIJANO, 2011, p. 77). Dessa forma, para o autor, o conceito de Bem Viver aponta, sobretudo, para a pluralidade das culturas ameríndias, em que vinculadas a um equilíbrio ecológico, as cosmovisões de mundo diversas coexistem e conferem bem-estar e qualidade de vida a todos os modos de existir para além do sentido de modernidade colonial.

No Brasil, a Marcha das Mulheres Negras, sob coordenação de Jurema Werneck, Nilza Iraci e Simone Cruz, realizada pela Articulação de Mulheres Negras Brasileiras, reuniu em Brasília no ano de 2015 mais de cinquenta mil mulheres para lutar pelo direito ao Bem Viver. Disseminada a partir dessa mobilização social e política, esta noção de

Bem Viver é entendida enquanto projeto de futuro fundante e constituinte de “novas concepções de gestão do coletivo e do individual, da natureza, da política e da cultura, que estabelecem sentido e valor à nossa existência, calcados na utopia de viver e construir o mundo de todas(os) e para todas(os)” (ANMB, 2015, p. 163).

O Bem Viver como uma alternativa construída por e para mulheres negras vislumbra a saúde, a proteção, a justiça, a equidade, o direito à felicidade e ao amor, o bem-estar, a solidariedade e o direito de ter direito (AMNB, 2015). É a partir dessa perspectiva que a descolonização das Práticas Integrativas em Saúde do Distrito Federal é abordada.

A descolonização do saber, do poder e de ser a partir das Práticas Integrativas em Saúde configura-se como parte da própria descolonização da saúde. O que implica no compromisso da agenda da Política de Saúde, imprescindível para uma compreensão mais abastada e plena do que é saúde e que visa a preservação e a interlocução com todos os saberes (GUIMARÃES et al., 2020). O Sistema Único de Saúde já é vigoroso e potente, com princípios fortes para alargar as dimensões da determinação social de saúde, tem condições de atuar para que as Práticas Integrativas em Saúde promovam saúde para corpos pretos por meio do reconhecimento dos saberes que eles produzem.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de apreender de que forma o racismo repercute na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde no Distrito Federal (PDPIS), visto que a gênese desse serviço de saúde está ancorada no princípio da integralidade, o que representa um avanço para a compreensão ampliada do que é saúde, e como uma potente ferramenta no fortalecimento da atenção básica.

Na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, de 2014, um de seus objetivos é a promoção, a recuperação e a reabilitação da saúde e a prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, especialmente na Atenção Primária (PDPIS, 2014). Além disso, tal política busca “contribuir para aumentar a resolubilidade do Sistema e ampliar o acesso às PIS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no seu uso” e visa, ainda, “ampliar o acesso ao controle e à participação social, fomentando espaços para o exercício da cidadania” (PDPIS, 2014, p. 37), neste caso por via da pesquisa científica para o monitoramento, avaliação e construção. Nesse sentido, a pesquisa é relevante e contribui com os objetivos das PIS.

No sentido do que Conceição Evaristo nomeia por “escrevivências” (EVARISTO, 2008), a vivência pessoal com práticas ancestrais de cuidados coletivos com demais

peessoas negras, em uma gira bonita de cuidado e de promoção de saúde, me instigou fortemente a compreender as necessidades intersubjetivas da população negra no âmbito das Práticas Integrativas em Saúde.

1.1. PROCEDIMENTOS METODÓLOGICOS

O objeto deste estudo é a relação entre a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) pelo período de 2014 a 2021 e a saúde da população negra no DF. A pesquisa guiou-se pela seguinte questão de partida: em que medida as Práticas Integrativas em Saúde ofertadas no DF promovem saúde à população negra? E levantou-se como hipótese a ausência de PIS afro-brasileiras na SES/DF como uma repercussão do racismo e do epistemicídio.

O **objetivo geral** deste trabalho foi analisar as repercussões do racismo na PDPIS, já os **específicos** foram: investigar a (in)disponibilidade de Práticas Integrativas em Saúde afro-brasileiras no Distrito Federal; analisar as ausências de interações e as possibilidades de diálogos entre a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); observar a PDPIS por lentes descoloniais; contribuir para o repertório científico sobre Práticas Integrativas em Saúde e para a luta pela descolonização da saúde.

O desenvolvimento desta pesquisa qualitativa teve como orientação teórico-metodológica o método descolonial, o qual considerou a matriz de dominação da colonialidade em suas três dimensões: poder, ser e saber (MARTINS; BENZAQUEN, 2017), considerando, nos resultados, “os desafios ontológicos apresentados pela tensão entre colonialidade e descolonialidade de modo a ressaltar a complexidade de variáveis que interferem na organização do pensamento e das práticas nas sociedades do Sul Global” (MARTINS, BENZAQUEN, 2017, p. 20).

A colonialidade foi compreendida como a lógica vigente nas sociedades em razão da divisão de poder hierárquica denominada como modernidade (LUGONES, 2014), a partir de um período histórico específico, que foi a colonização, e perpetuada no capitalismo. O método descolonial apresentou-se como o eixo de análise, a promover a centralidade das Epistemologias do Sul, e na observância e crítica à agência dos desdobramentos da colonialidade no objeto de estudo desta pesquisa: a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde.

Trata-se de uma matriz operadora de traduções de ideias, de experiências e memórias que deve funcionar horizontalmente assegurando os fluxos de disseminação e adaptação de informações produzidas a partir de diferentes

contextos. Esta matriz tradutora é igualmente uma zona de contato que vem operando atualmente de forma prioritária em grandes eventos de debate como os fóruns internacionais e os encontros de grandes associações científicas. Mas agora emerge a importância de se assegurar trocas mais perenes e profundas de informações críticas e a matriz metodológica que propomos busca a responder a esta demanda acadêmica e aquelas de movimentos sociais e ativistas. A importância de uma metodologia comum é a de facilitar o diálogo entre as diferentes pesquisas e dessa forma construir uma representação plural e abrangente da realidade pesquisada (MARTINS; BENZAQUEN, 2017, p. 12).

Dessa forma, a colonialidade do poder, como demarcação da modernidade (LUGONES, 2014), expressa a hierarquia de poder nas relações sociais dos espaços institucionais e em como o Estado está forjado para que os espaços públicos oprimam racialmente de maneira que pessoas brancas tenham um maior acesso à saúde, e de forma que as pessoas negras e indígenas estejam à margem dos saberes centrais. A colonialidade do poder é verificada ao passo que a PNSIPN não está transversal a todas as políticas de saúde, como de fato deveria ser, no sentido em que foi elaborada, e nem está materializada no cotidiano dos serviços de saúde do SUS. A PNSIPN significa o reconhecimento do racismo institucional no cuidado em saúde e objetiva combater as desigualdades raciais. A ausência das Estratégias de gestão da PNSIPN na PDPIS, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), reforça a negligência à temática, sobretudo porque a PNSIPN dedica-se, também, à preservação de práticas de saberes tradicionais afro-religiosos e populares da população negra.

Em análise, a colonialidade do ser está expressa na escamoteação dos corpos pretos e seus modos de existir no texto da PDPIS, promovendo uma invisibilidade e designando quais corpos estariam localizados dentro da noção de pessoa, do respeito e da dignidade intrinsecamente relacionados (LUGONES, 2014). O processo de colocar os povos afro-pindorâmicos em um não-lugar e de destituir a capacidade reflexiva e o valor do saber produzido por um determinado corpo, faz parte do projeto de desumanização. Ao longo do texto da PDPIS, a predominância da Medicina Tradicional chinesa e nenhuma referência direta à raça evocam para a universalização e para a generalização do corpo branco, pois apesar de se tratar da filogenética da raça amarela, ainda é contextualizada no Brasil como um corpo branco, dada a complexidade da fissura pela brancura operada pelo genocídio eugenista neste país (MOORE, 2007).

A colonialidade do saber (QUIJANO, 2000) atua na sobreposição de valores e saberes eurocêntricos em detrimento de saberes populares e ancestrais, de modo que o contexto hospitalocêntrico e corporativo se sobreponha. Contextualizando com a realidade dos serviços de saúde no Brasil, pontua-se inclusive a própria linguagem,

quando essas práticas de cuidado em saúde são nomeadas como “complementares” (GUIMARÃES et al., 2020), apontando para a exaltação do modelo biomédico fundamentado por parâmetros euro-americanos como científico, técnico, racional e central. A colonialidade do saber foi observada no epistemicídio a que foi submetida a população negra no Brasil, com o apagamento da Medicina Tradicional afro-brasileira e no conjunto de práticas integrativas em saúde estrangeiras dispostas pela Política Distrital de PIS, organizadas a partir das desigualdades socioterritoriais e promovendo o apagamento da cultura local.

A lógica das PIS vigentes no SUS-DF segue os fundamentos da Medicina Ayurveda e Chinesa, ou seja, não são eurocêntricas e seguiriam os rumos da descolonialidade. No entanto, chama-se atenção para exclusão do saber afro-pindorâmico (BISPO, 2015) no campo da Medicina Tradicional no Brasil. Carlos Moore (2007) aponta que a raça negra foi a primeira estabelecida no mundo, anterior à raça branca e amarela, também a mais antiga a sofrer racismo, além do fato de o povo negro estar destituído de poder em todo o globo, até mesmo na África, já que na modernidade os brancos detêm o poder. Seguindo esta linha, ainda acredito que este trabalho, na crítica à PDPIS vigente, seja descolonial, porque o racismo ao povo negro foi e é tão brutal, que mesmo na institucionalização da Medicina Tradicional no Brasil não se aborda a cultura afro-brasileira. Nos territórios China e Índia, as medicinas tradicionais estão organizadas como racionalidades médicas, preservadas, endossadas, protegidas e difundidas mundialmente. Todavia, reiterando a pergunta de Paulina Chiziane, onde fica a África no cuidado em saúde e no nosso processo de formação?

Ainda na análise de dados, foi feita a da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para estabelecer diálogos possíveis, tendo em vista sua magnitude, integralidade e potencial de transversalidade a todas as políticas de saúde, e análise da Política Distrital de Práticas Integrativas (PDPIS) entre o período de 2014 (ano de sua publicação) e 2021. Inicialmente, a PDPIS foi situada em seus marcos históricos. A relação do conjunto de Práticas Integrativas em Saúde dispostas pelos territórios foi extraída do site da Secretaria de Saúde do DF, em novembro de 2021, sendo a última atualização desta informação em 2019; também foi extraída a oferta de PIS nos estabelecimentos de saúde da plataforma do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) acerca do mês de outubro de 2021. Com esses dados, foi feita análise descolonial do texto da PDPIS, pensando qual a ideia de corpo, de saber, de relações de poder e políticas estão presas ao documento, expressas na redação da PDPIS.

Dessa forma, esta pesquisa se propôs a 1) refletir como essas três grandes categorias da colonialidade organizam a dinâmica da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde e, ainda, como 2) a literatura descolonial, a episteme afrocêntrica (ASANTE, 2009; ALVES et al., 2015) do cuidado e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra podem contribuir para a descolonização da saúde e uma metodologia afrocêntrica para as PIS, no sentido de uma lógica em que africanos e afrodescendentes são percebidos como “sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos” (ASANTE, 2009, p. 93). No que tange aos resultados, as três grandes categorias da colonialidade não aparecerão descritas especificamente, estarão expressas nos elementos como racismo institucional, universalização do corpo branco, apagamento dos saberes afro-brasileiros e indígenas.

Escolhi a terminologia descolonial/descolonialidade por acreditar e me dedicar a este processo chamado descolonização, bem como pelo título de um artigo que foi de grande inspiração para essa pesquisa, o texto *As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolôniação dos saberes e práticas* (2020), de autoria de Maria Beatriz Guimarães, João Arriscado Nunes, Marta Velloso, Adriana Bezerra e Islândia Maria de Sousa, sendo uma das pouquíssimas referências encontradas no percurso desse trabalho que apontavam para a necessidade de se discutir as relações raciais nas práticas integrativas em saúde.

No primeiro capítulo, utilizei o conceito de epistemicídio aliado às racialidades (CARNEIRO, 2005) para compreender o processo histórico de apagamento, saqueamento e pilhagem epistêmica (FREITAS, 2016) dos saberes localizados. Também foi feita a discussão sobre o cuidado contracolonial elaborado por mulheres negras para resistirem à colonização desde a travessia do Atlântico, além de discutir sobre a trajetória e contextualização da Medicina Tradicional afro-brasileira. Destaca-se que apesar de neste trabalho adotar, de maneira metodológica, a perspectiva descolonial, ainda me utilizo do olhar contracolonial (BISPO, 2015) para elaborar o termo cuidado contracolonial, objetivando traduzir a experiência de agrupamento de práticas de preservação da vida na diáspora desde a travessia.

No Segundo capítulo, observamos o princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde, que orientou a Política Nacional de Promoção de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Para justificar a necessidade de interação entre a política de práticas integrativas e de saúde da população negra, aborda-se que as duas políticas têm a mesma

raiz: o princípio da Integralidade. Com isso, caracterizou-se o Princípio da Integralidade, bem como seus desafios enfrentados no cotidiano do SUS. A PNPICS e a PNSIPN foram pormenorizadas em seus contextos históricos e movimentações necessárias para o surgimento.

Por fim, no terceiro capítulo, destrinchamos a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, como também a sua materialização nos serviços de saúde, além de refletir sobre quais filosofias, princípios, cosmogonias e corpos que perpassam o cerne da política, fundamentando a universalização do corpo branco e o epistemicídio. Outro aspecto deste capítulo foi a aproximação feita entre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, por meio da discussão sobre os seus distanciamentos, possibilidades de aproximações e a definição de temas interrelacionais entre as Estratégias de Gestão e Diretrizes Gerais da PNSIPN e a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. Com o objetivo de problematizar e de elucidar recomendações à PDPIS, aos moldes de uma construção coletiva e enfrentamento ao racismo.

CAPÍTULO I: EPISTEMICÍDIO, O POVO NEGRO E A MEDICINA TRADICIONAL AFRO-BRASILEIRA

Nossa cultura é nosso sistema imunológico.

– Dra. Marimba Ani

1.1. DO EPISTEMICÍDIO

A discussão sobre as noções vigentes de conhecimento, dominantes e inferiorizadas, são muito importantes para este trabalho, uma vez que busca investigar o que orientou e orienta a supremacia de uma epistemologia sobre as outras. No caso das Práticas Integrativas em Saúde (PIS), para haver uma democratização, qualificação e ampliação do acesso, sobretudo para a população negra, será necessário o aprofundamento das relações e confluências estabelecidas entre os saberes, já que as PIS emergem de um contexto de cosmogonias e epistemologias plurais.

Sueli Carneiro (2005) trabalha com o conceito de dispositivo e biopoder de Michel Foucault (1978) para elaborar sua discussão sobre a operação do dispositivo de racialidade/biopoder na sociedade brasileira. A partir de Boaventura Sousa Santos (1995), a autora disserta acerca do epistemicídio enquanto elemento constitutivo desse operador que atua no apagamento, sequestro e inferiorização intelectual da população negra no Brasil. Tal elemento fortalece e perpetua a dominação étnica e racial pela negação da racionalidade, cultura e civilização do negro, delimitando a legitimidade única do conhecimento produzido pela branquitude (CARNEIRO, 2005).

A formulação de Boaventura Sousa Santos acerca do epistemicídio torna possível apreender esse processo de destituição da racionalidade, da cultura e civilização do Outro. É o conceito de epistemicídio que decorre, na abordagem deste autor sobre o *modus operandi* do empreendimento colonial, da visão civilizatória que o informou, e que alcançará a sua formulação plena no racismo do século XIX (CARNEIRO, 2005, p. 96).

De acordo com Sousa Santos (1995), o genocídio também foi um epistemicídio porque baseou-se no assassinato de povos e pensadores de saberes dissidentes que eram sustentados por práticas sociais também dissidentes. Segundo Sousa Santos (1995), o epistemicídio ocorreu sempre que se propôs a “subalternizar, subordinar, marginalizar, ou ilegalizar práticas e grupos sociais” (SANTOS, 1995, p. 328) que tinham potencial para intimidar a expansão mundial capitalista - e comunista- nos contextos periféricos e centrais. Na tentativa de aniquilar todo tipo de civilização e racionalidade, optou-se pelos “trabalhadores, os índios, os negros, as mulheres e as minorias em geral (étnicas, religiosas, sexuais)” (SANTOS, 1995, p. 328).

A experiência da branquitude, apresentada como universal, forja o lugar do Outro pela ótica da filosofia ocidental e traça todas as possibilidades de integração e de exclusão das diversidades. Em um processo que se dá nesse modelo de sociedade a depender de um contrato racial de integração desse Outro na qualidade de subordinado minoritário (CARNEIRO, 2005).

O epistemicídio empreende além da inferiorização da intelectualidade do Outro e da fabricação da “indigência cultural” contra os povos subjugados, de forma a coibir o acesso à educação para minar qualquer possibilidade de aprender e de elaborar um conhecimento localizado, desprezando todas as expressões civilizatórias do negro e conjecturando ausência de condições materiais ou efeitos psíquicos na autoestima produzidos no processo de aprendizagem. A subsunção do conhecimento sugere a inclusão dos povos que o produziram, subjetiva e intersubjetivamente, surrupiando a razão, que é a exigência para existir neste mundo com legitimidade, reservando-a para a branquitude (CARNEIRO, 2005):

o epistemicídio é, para além da anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados, um processo persistente de produção da indigência cultural: pela negação ao acesso a educação, sobretudo de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento e de rebaixamento da capacidade cognitiva pela carência material e/ou pelo comprometimento da auto-estima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo. Isto porque não é possível desqualificar as formas de conhecimento dos povos dominados sem desqualificá-los também, individual e coletivamente, como sujeitos cognoscentes. E, ao fazê-lo, destitui-lhe a razão, a condição para alcançar o conhecimento “legítimo” ou legitimado. Por isso o epistemicídio fere de morte a racionalidade do subjugado ou a seqüestra, mutila a capacidade de aprender etc (CARNEIRO, 2005, p. 97).

O epistemicídio aliado às racialidades promove a subjugação dos saberes e a negação do direito dos seres apontados como inferiores a criar intelectualmente. Esse processo é constitutivo do dispositivo de racialidade/biopoder, que decide quais corpos podem viver ou morrer, atuando especialmente para “compartilhar características tanto do dispositivo quanto do biopoder, a saber, disciplinar/normalizar e matar ou anular. É um elo de ligação que não mais se destina ao corpo individual e coletivo, mas ao controle de mentes e corações” (CARNEIRO, 2005, p. 97).

Grifando o pensamento fanoniano, Faustino (2018) elucida que a definição de raça e o próprio racismo, ambos arraigados à dinâmica colonial, são frações de um processo maior que foi a expansão do capitalismo para o mundo não europeu. A instituição da modernidade, consolidação do sistema capitalista em escala global, foi a matriz que necessitou de ferramentas como a escravização.

É importante destacar que ideia de inferioridade foi atribuída aos povos colonizados pelos povos colonizadores, ao sobrepor seus valores de sociedade em detrimento dos modos de organização dos colonizados por meio de um processo violento que os submete à animalização, à estrutura dominante e, por fim, condiciona a uma fixação do desejo do negro pelo mundo do branco para alcançar a suposta condição de humanidade (FANON, 2005).

O racismo, portanto, inicia-se com a aparição do colonizador em terras colonizadas, subjugando racialmente outros povos em benefício próprio para seu enriquecimento e instituindo padrões coloniais por vias da violência para a manutenção dessa estrutura mundial de poder ao longo dos séculos.

Dessa forma, o epistemicídio evoca um modelo racial de sociedade no qual a possibilidade de se pensar as diversas áreas de conhecimento são enviesadas pela lógica do dispositivo de racialidade/biopoder inerente ao paradigma ultrapassado da ciência. Há também uma espécie de restrição, pois está reservado aos seres incluídos no esquema corporal do dispositivo a autorização para produzir conhecimento, bem como a oportunidade de fazê-lo, tendo em vista que os mecanismos de aprendizagem estão à sua disposição. A colonização no Brasil, enquanto esse processo histórico, funda a imagem do negro atrelada à subalternidade, inclusive na atualidade.

Os quatrocentos anos de escravismo foram definitivos na plasmação do *ethos* do nosso país, a penetrar em todas as partes da sociedade, injetando em todos os seus níveis os valores e contravalores. O escravismo ainda hoje é um período de nossa história social mais importante e dramaticamente necessário de se conhecer para o estabelecimento de uma *práxis* social coerente (MOURA, 1983, p. 124).

Uma das maneiras pelas quais o racismo atua no Brasil é em razão da criação da imagem do negro como estática, única e estereotipada. Enquanto para a branquitude lhe é reservado o direito à diversidade, a ser múltipla, não definida socialmente e não racializada. A população negra, por sua vez, tem sua autopercepção capturada pela branquitude, que cria imaginários negativos e um estereótipo racista, corroborado, também, no ensino tradicional. Para pessoas brancas, o privilégio da individualidade, para pessoas negras, a sorte da dúvida (CARNEIRO, 2011). O que reverbera inclusive na dificuldade da identificação dos indivíduos como negros.

A miscigenação no Brasil aponta para que alguns elementos, como pele mais clara, cabelos lisos ou olhos claros, possibilitam uma transitoriedade dos indivíduos negros para uma classificação de brancos ou pardos, podendo ser entendida como uma fuga da

negritude para uma suposta aceitação endossada pela sociedade (CARNEIRO, 2011). O anseio pela identificação da negritude em sua diversidade e pela complexidade visa a construção de uma identidade sólida e organizada para que, assim, descortine a falácia da democracia racial e escancare a baixa participação política da população negra.

Na divisão hierárquica de poder, a população negra ainda está nos mais inferiores gradientes sociais, espaços de criação de conteúdo, de formulação de produtos e de tomadas de decisões, e ainda permanecem forjados para não serem ocupados por pessoas negras (CARNEIRO, 2002).

A ciência nas sociedades colonizadas delimita e delibera a criação e o processo criativo, ao passo que deslegitima, expropria e rejeita tudo o que está à margem da sua matriz ideológica dominante. Esse padrão de poder que gira em torno da ciência é organizado pelo racismo, que para Lélia Gonzalez é “essa elaboração fria e extrema do modelo ariano de explicação, cuja presença é uma constante em todos os níveis de pensamento, assim como parte e parcela das mais diferentes instituições dessas sociedades” (GONZALEZ, 1988, p. 77).

A respeito dos povos subjugados, a negação da intelectualidade e a inferiorização da gama de conhecimentos produzida a duras penas é feita a partir da desumanização dos corpos. O rebaixamento e a coisificação dos seres sustentam o desprezo pela racionalidade negra. “Nessa percepção se encontra subsumida uma interpretação de seu estatuto como sujeito cognoscente; por conseguinte, suas possibilidades intelectuais são presumidas de sua diferença cultural/racial.” (CARNEIRO, 2005, p. 98)

Segundo Sueli Carneiro (2005), a influência de teóricos ao longo da história sustenta e justifica a hegemonia epistemológica europeia, como é o caso dos filósofos Kant e Hegel, visto que suas discussões se reverberaram na construção de um paradigma, mas ainda têm determinações nos parâmetros educacionais e filosóficos mundo afora. No que concerne ao modelo civilizatório, cultural e de racionalidade, de acordo com o pensamento hegeliano, os negros não teriam controle de si, das emoções e da própria consciência, sem conexão com a essência dos brancos, e por isso não seriam ontologicamente compatíveis. Para Hegel, a escravidão foi a mediação entre os povos africanos e europeus, como uma espécie de redenção (CARNEIRO, 2005). Já para Lélia Gonzalez (1988), é Hegel quem vai definir o continente africano como “obscuro”:

o racismo estabelece uma hierarquia racial e cultural que opõe a “superioridade” branca ocidental à “inferioridade” negroafricana. A África é o continente “obscuro”, sem uma história própria (Hegel); por isso, a Razão é branca, enquanto a Emoção é negra. Assim, dada a sua “natureza sub-humana”,

a exploração sócio-econômica dos africanos por todo o continente, é considerada “natural” (GONZALEZ, 1988, p. 77).

Por sua vez, Kant afirma uma inferioridade de grupos étnicos africanos e que suas culturas não poderiam promover uma evolução civilizatória para a humanidade da mesma maneira que os grupos pertencentes aos climas temperados, os brancos ocidentais formadores do “sujeito moral”. A falácia da inferioridade epistêmica e da indisposição para atividades laborais informa a indigência cultural operadora do epistemicídio (CARNEIRO, 2005).

Para dissertar sobre o mundo colonial maniqueísta, Fanon (2005) pontua que “os costumes do colonizado, suas tradições, seus mitos, sobretudo seus mitos, são a própria marca desta indigência, desta depravação constitucional” (FANON, 2005, p. 31), a elucidar que as visões de mundo dos seres colonizados não cabem no mundo colonial. A filosofia kantiana me remete ao que Fanon (2005) apontou como conjunto de consultoria moral que opera para o extermínio da racionalidade dos povos africanos e afrodiáspóricos, na sustentação ao mundo colonial, pois, em suas afirmações, o filósofo Kant (1993) desumanizou os corpos negros no que tange à sua religiosidade:

os negros da África não possuem, por natureza, nenhum sentimento que se eleve acima do ridículo (...) não se encontrou um único sequer que apresentasse algo grandioso na arte ou na ciência (...). A religião do fetiche, tão difundida entre eles, talvez seja uma espécie de idolatria, que se aprofunda tanto no ridículo quanto parece possível à natureza humana (KANT, 1993, p. 75-76).

O racismo escamoteado nas teorias sugere uma sobreposição epistemológica europeia, já que o conhecimento do Outro não tem validade diante desta, “assim, da destruição e/ou desqualificação da cultura do dominado, o epistemicídio retira a legitimidade epistemológica da cultura do dominador, justificando a hegemonização cultural da modernidade ocidental” (CARNEIRO, 2005, p. 101).

No Brasil, a instituição do epistemicídio realizado pela Igreja Católica a partir da colonização tem consequências muito particulares para a população negra. A manutenção e complexificação do epistemicídio no pós-escravidão fica a cargo do racismo científico empregado por intelectuais, pensadores, políticos (CARNEIRO, 2005). Tal pensamento estava sustentado pela bula papal que descrevia os negros como destituídos de alma. “A bula papal que decretou que o negro não tinha alma é o que vai permitir a constituição de um tipo sui generis de humanismo, o humanismo que se constitui sem negro: porque não tem alma, não é humano” (CARNEIRO, 2005, p. 106). Alma como o lugar que tempos

depois, com a laicização do Estado, foi ocupado pela razão. Assim, se organiza o epistemicídio ao dispositivo da racialidade no Brasil (CARNEIRO, 2005).

Segundo Lélia Gonzalez (1988), a ideologia do branqueamento exerce esse papel de classificar o conhecimento ocidental branco e patriarcal como insuperável, como a única experiência possível, bem como é incisiva em inculcar no negro o desejo por embranquecer-se, visto que a branquitude se apresenta como o estado de excelência da sociedade.

Por isso mesmo, a afirmação de que todos são iguais perante a lei, assume um caráter nitidamente formalista em nossas sociedades. O racismo latinoamericano é suficientemente sofisticado para manter negros e índios na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças à sua forma ideológica mais eficaz: 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 (GONZALEZ, 1988, p. 73).

Isso ocorreu sustentado pela completa descaracterização das civilizações africanas, a exemplo do Egito, antigo Kemet (terra preta na tradução literal), seu verdadeiro império e todas as suas contribuições, inclusive de ciências complexas, para a humanidade. O Egito, berço da humanidade em África, foi construído dentro de um imaginário social isolado geopoliticamente da África e os seus povos apontados como ramificações de brancos, reforçado por livros e, anos mais tarde, pelo cinema e meios de comunicação. A exemplo das edificações das grandiosas pirâmides que são comumente atribuídas a seres extraterrestres, o apagamento dessas sociedades organizadas é conceituado como um processo de “pilhagem epistêmica” (FREITAS, 2016) e foi necessário para argumentar a incapacidade de pessoas negras de construir positivamente uma civilização.

Portanto, verdadeiros negros são incapazes de civilização e, se civilização houve na África, não pode ser atribuída aos povos negros e sim a um ramo da raça branca. O dispositivo de racialidade, assim, demarca e distribui de forma maniqueísta o bem e o mal entre as raças. Tal concepção buscará abarcar toda a experiência negra africana ou da diáspora e relativizar experiências diaspóricas, contrastantes com os princípios irremovíveis que asseguram a incapacidade crônica de africanos e seus descendentes para civilização, sua menoridade e necessidade de tutela (CARNEIRO, 2005, p. 107).

No sentido do resgate, afirmo que a terra preta, o Kemet, é berço de uma cultura potente, mas que ao longo da história sofreu apagamento e saqueamento. Por sua vez, Cheik Anta Diop (1999), a partir de um grande estudo de repercussão mundial, aponta para uma unidade cultural da África. Mediante remontagem da grandeza cultural africana,

o autor senegalês dedicou-se a buscar a retomada da ideia de modos de civilizações anteriores às feridas coloniais do pensamento hegemônico eurocêntrico sobre a existência de pessoas negras, para que elas se consolidassem como seres conscientes de sua potência e de seu legado enquanto povo e estejam sabidas do passado de África, passado este livre das mentiras coloniais inventadas (DIOP, 1999), já que “sabemos o quanto a violência do racismo e de suas práticas despojaram-se do nosso legado histórico, da nossa dignidade, da nossa história e da nossa contribuição para o avanço da humanidade nos níveis filosófico, científico, artístico e religioso” (GONZALEZ, 1988, p. 77).

Sueli Carneiro (2005) discute o potencial da educação como a via para assegurar a justiça social e a equidade. Em contrapartida, o aparelho escolar, no início da República, foi restringido e negado, e depois na sua ampliação foi utilizado como forma de reforçar os padrões raciais de superioridade e inferioridade, assegurando a racialização da pobreza e o distanciamento dos negros da intelectualidade e corroborando com o epistemicídio, que “resume uma das dimensões fundamentais de que se reveste o que estamos denominando de epistemicídio, a questão do acesso, ou seja, a garantia de abertura de oportunidades no espaço público e de efetivas condições da população negra para beneficiar-se das mesmas” (CARNEIRO, 2005, p. 113).

A administração das oportunidades educacionais permitiu a um só tempo a promoção da exclusão racial dos negros e a promoção social dos brancos das classes subalternas, consolidando, ao longo do tempo, o embranquecimento do poder e da renda e a despolitização da problemática racial, impedindo, ao mesmo tempo, que essa evoluísse para um conflito aberto (CARNEIRO, 2005, p. 113).

Acerca da restrição do acesso aos espaços públicos, Carneiro (2005) discute, especialmente, a educação. Aborda-se, aqui, acerca das demais políticas públicas que, de uma forma geral, atuaram para o embranquecimento dos postos formais de trabalho, privação de acesso a bens e serviços, condições precárias de infraestrutura, ou pela força policial. De forma ampla, a ação do Estado se ocupou em embrenhar o genocídio e o epistemicídio da população negra no Brasil.

Na modernidade, depois de já estabelecida a invenção colonial de civilização, o epistemicídio no Brasil também pôde operar por meio de políticas públicas, quando a formulação delas é feita pela branquitude para reforçar os padrões raciais que forjaram essa sociabilidade. O que se espera de resposta é a presença de pessoas negras decidindo sobre si mesmas, já que representam o maior contingente populacional brasileiro, 56,10% (IBGE, 2019). Pessoas negras precisam atuar ativamente na construção, na

implementação e, também, na avaliação das mais variadas políticas públicas, para que elas sejam democráticas e trabalhem no enfrentamento desse dispositivo de racialidade/biopoder.

A sociedade ocidental, em seu modo de produção capitalista, organiza-se a partir do racismo para forjar suas bases de conhecimento. Nesse sentido, podemos questionar em que medida a ciência abortará a universalidade da experiência branca e abrirá portas aos saberes tradicionais e populares? E, ainda, a quem essa estrutura de poder de produção de conhecimento beneficia? A ciência às ordens da colonialidade sustenta-se no extermínio de povos subjugados e no epistemicídio. Essa morte das ideias de outras raças, é tão cruel porque mata o poder e o potencial criativo de culturas tão extraordinárias, pois, deslegitimar suas tradições, crenças, saberes é o mesmo que asfixiá-los. A morte do corpo é como um resultado da morte do espírito.

Com as contribuições primorosas de bell hooks (1995), Sueli Carneiro (1995) menciona o distanciamento intelectual a que mulheres negras são submetidas nos espaços acadêmicos, e as repercussões disso na autoconfiança e na valorização do trabalho intelectual dessas mulheres. Seguindo na mesma linha, tomo licença, ainda, para falar do epistemicídio da racionalidade da mulher negra em outro espaço: a produção de saúde.

Além de tudo, este trabalho se propõe a pensar os cuidados em saúde ofertados pelo Estado para mulheres negras, os cuidados em saúde produzidos por mulheres negras em suas comunidades e os diálogos estabelecidos entre essas duas fontes de cuidado. Essa reflexão importa, uma vez que o epistemicídio articulado às racialidades inferioriza os saberes de mulheres negras, expropria e sequestra as suas estratégias de cuidado, bem como autoriza pelo dispositivo/biopoder a desumanização dos seus corpos na negação do cuidado de si.

1.2. MULHERES NEGRAS, SABERES TRADICIONAIS E UMA EPISTEME DO CUIDADO

*Parcelas da sociedade estão dizendo para você que
este é o cenário.
As leituras que se fazem dele traz possibilidades em
extremos: pode se ver tanto a mulher destituída,
vivendo o limite do ser-que-não-pode-ser,
inferiorizada, apequenada, violentada. Pode-se ver
também aquela que nada, buscando formas de
surfear na correnteza.
A que inventa jeitos de sobrevivência, para si, para
a família, para a comunidade.
Pode se ver a que é derrotada, expurgada.*

*Mas, se prestar um pouco mais de atenção, vai ver
outra.
Vai ver Caliban (o escravo de Shakespeare em A
Tempestade) atualizado, vivo, pujante. Aquele que
aprende a língua do senhor e constrói a liberdade
de maldizer!
Ao subverter a língua de Próspero - o homem
branco -, Caliban - a mulher negra - abre caminho
para a liberdade.
Radicaliza o jogo.
Expõe as regras do jogo que joga: conta o segredo.
Descortina o mistério.
– WERNECK¹*

A escrita, de Jurema Werneck, da Introdução do livro *Olhos d'água*, de Conceição Evaristo (EVARISTO, 2015), nos convida a perceber as muitas formas de ser mulher negra no mundo. Subverte a perspectiva a que estamos habituadas a enxergar mulheres negras e denota a potência ao trazer que mulheres negras criam estratégias e arquitetam sobrevivência para si mesmas, para as suas famílias e para as suas comunidades. Além do mais, elucida que seria uma episteme do cuidado adotado por mulheres negras brasileiras na luta pelo direito de existir.

Muito se tem discutido nos últimos anos sobre a categoria cuidado. Não há um consenso, já que a palavra cuidado é dividida entre o senso comum e as muitas áreas do conhecimento, inclusive são várias as interpretações e aplicações políticas diferenciadas. Como veremos, a Saúde Coletiva lutou para politizar o termo cuidado enquanto sentido primário da saúde (SILVA, 2014). A teoria feminista também tem refletido sobre esta categoria, na qual inúmeras autoras e estudiosas se debruçam. A exemplo da feminização do cuidado (YANNOULAS, 2013), que seria o aprisionamento do papel social de mulheres ao ambiente doméstico e aos efeitos dessa estrutura dentro do sistema capitalista, levando à chamada economia do cuidado, um processo extremamente lucrativo por vias de trabalho não pago.

Neste trabalho, olha-se, também, por outras lentes, ao adotar uma outra perspectiva do cuidado, um cuidado descrito transgeracional que desenvolve práticas de sobrevivência desde a travessia do Atlântico entre povos africanos, originários e afro-brasileiros, e que chamaremos de cuidado contracolonial. Por compreender que contracolonização é, antes de tudo, a própria sobrevivência e humanização de corpos colonizados, perante o projeto colonial genocida, aqui, a conservação da cultura é a própria conservação do corpo-território; a conservação da memória é a conservação da saúde (PAZ, 2019). Cuidado contracolonial é parte da “resistência e de luta em defesa

¹ In: EVARISTO, 2015, p. 13-14.

dos territórios [espaço, corpo, conhecimento] dos povos contra colonizadores, os símbolos, as significações e os modos de vida praticados nestes territórios” (SANTOS, 2015, p. 48).

Esse cuidado surge como expressão de resistência desde a diáspora. Práticas culturais e religiosas de saberes de diversos países do continente africano foram utilizados para que africanos traficados se mantivessem vivos mesmo sob ataques, flagelos, torturas e privações de necessidades básicas, como a segurança alimentar. Na literatura *um defeito de cor* (GONÇALVES, 2007), ao escrever sobre o contexto da travessia do Atlântico, Ana Maria Gonçalves aborda o uso de práticas culturais como tratamento de uma personagem violentada pelos colonizadores em um navio durante a travessia:

os lançados tinham feito aquele ferimento encostando um ferro quente na barriga dela e de muitos outros, o mesmo ferro para todos, dizendo que eles eram encomendas da mesma pessoa. O machucado de Tanisha estava doendo e a minha avó desejou ter ali algumas ervas para secar a ferida. Quando serviram a refeição, a minha avó benzeu a água e me deu para que eu a jogasse em cima do machucado de Tanisha, pois talvez isso já ajudasse. Outras pessoas também pediram, pois tinham o mesmo problema. A minha avó benzeu muitas águas e rezou para Xelegbatá, o vodum das pestes e das doenças, que poderia curar todos eles, se Deus quisesse, mas nunca se sabe dos quereres de Deus. O Deus dela, que eu já sabia ser o mesmo de todos, só que com outros nomes. Depois disso, foi como se muitos recobrassem a fé em seus orixás, deuses, voduns e antepassados, entoando cantos que pediam proteção e cura, invocando os eguns e a companhia dos espíritos ancestrais da terra, dos pássaros e das plantas, pedindo malamé (Malamé: socorro, em iorubá) (GONÇALVES, 2007, p. 55-56).

Em termos de violências e brutalidade, a experiência de escravização no Brasil foi a mais aviltante do Novo Mundo (NASCIMENTO, 1981), o que requereu diversas formas de atuação e de organização para a manutenção da vida. Os diferentes modos de viver o cotidiano em África anterior à escravização foram estrategicamente convertidos na possibilidade de sobreviver ao Novo Mundo.

Na cultura ioruba – importante tradição para a consolidação da cultura afro-brasileira – a estrutura é matrifocal, sendo as mulheres as principais referências na sociedade (NASCIMENTO, 1981). O cuidado de mulheres direcionado a suas comunidades se dava por sua relevância e estima, e não como resultado da dominação patriarcal como a colonização demarca. Mediante a isso, Lélia Gonzalez (1988) reitera,

como sabemos, nas sociedades africanas, em sua maioria, desde a antiguidade até a chegada dos islames e dos europeus judaico-cristãos, o lugar da mulher não era de subordinação, o da discriminação. Do Egito antigo aos reinos dos ashanti ou dos yorubá, as mulheres desempenharam papéis sociais tão importantes quanto os homens (GONZALEZ, 1988, p. 2).

A subjugação da mulher ao homem é fruto de uma experiência colonial, e uma das ferramentas para isso foi a apropriação do próprio cuidado pelo sistema capitalista, que o transformou em práticas reforçadas do patriarcado e do binarismo. O cuidado contracolonial sugere uma mudança no paradigma do cuidado, com a retomada da autonomia sobre os corpos-territórios e a resistência ao epistemicídio pela via da preservação da memória.

Trazemos a persona da Mãe Preta, desenvolvida por Lélia Gonzalez (1984), para esmiuçar as relações raciais que contornam a figura da mulher negra mais velha dedicada a cuidar com zelo da família nuclear branca patriarcal. A partir da ideia da autora, podemos observar a dinâmica de sequestro e de exploração da episteme do cuidado de mulheres negras operada na Modernidade, ao passo que os costumes e as tradições são retirados de si, de suas comunidades e de suas famílias em benefício do conforto e do cuidado da branquitude. A autora menciona a participação da Mãe Preta na disseminação da cultura africana por meio da atividade do cuidado, o que corroborou para a penetração de culturas africanas nas famílias brasileiras (GONZALEZ, 1988).

Para além do exercício da colonialidade, recorreremos à divindade Oxum, Orixá cultuada nas religiões de matriz africana, a fim de elucidar o arquétipo da mulher negra que, antes de tudo, cuida de si. Oxum é retratada como uma mulher, mãe de todos, que cuida amorosamente do outro, mas que cuida de si primeiro. No itan de Oxum, ela primeiro lava suas joias como alusão ao amor-próprio e ao autocuidado. Além disso, na mitologia, Oxum é Iyalodê, atuante nas trocas comerciais, bem como na luta pelo direito de participação política nas tomadas de decisões (NOGUEIRA, 2017). Aí está um cuidado contracolonial.

A desumanização da população negra, especialmente da mulher negra, constitui a interlocução entre racismo e sexismo que ainda perpetua na sociedade brasileira para além do período colonial, explicada pelo conceito de interseccionalidade entre raça, classe e gênero (DAVIS, 2016). Marcadores sociais de raça, gênero, classe, sexualidade, deficiência, inabilidades interseccionados são aviltados em razão da opressão intrínseca ao padrão colonial branco cisheteronormativo, configurando no aprisionamento de mulheres negras aos trabalhos informais e precarizados, aos piores índices socioeconômicos, à falta de afeto e à negação do direito de ter direito:

a conjugação do racismo com o sexismo produz sobre as mulheres negra uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida, que se manifestam em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima; em uma expectativa de vida menor, em cinco anos, em relação à mulheres branca; em um menor índice de

casamentos; e sobretudo no confinamento nas ocupações de menor prestígio e remuneração (CARNEIRO, 2011, p. 127-128).

Aqui destaco o pensamento de Oyèrónkẹ Oyěwùmí (2004) por acreditar que experiências africanas devem ser elucidadas e ecoadas na reflexão sobre as experiências de mulheres negras. A autora aponta a ideia de modernidade pautada no tráfico de pessoas vindas de África e na colonização europeia de África, Ásia e América Latina, evocando a industrialização e consolidação do capitalismo, materializada simultânea ao surgimento dos estudos da categoria gênero como eixo teórico para compreensão das realidades europeias. Nesse contexto, a ideia de modernidade também sugere a definição de humanidade e de racialização de corpos pensantes, como parte da cristalização de uma hegemonia cultural euro-americana. Ainda para a autora, os estudos de gênero, à época de seu surgimento, analisaram especificamente como fundamento a família nuclear ocidental – dentro desse núcleo a categoria essencial da diferença é o gênero –, desconsiderando, por exemplo, as experiências africanas ao definir esta como uma teoria global (OYĚWÙMÍ, 2004).

A autora destaca que a família nuclear patriarcal é uma experiência euro-americana não universal, sendo problemático não ultrapassar as limitações da família nuclear ocidental, visto que existem outras organizações familiares não generificadas, a exemplo da cultura iorubá do sudoeste da Nigéria, onde os papéis sociais de parentesco são definidos por antiguidade e linhagem, de maneira fluida, situacional e dinâmica (OYĚWÙMÍ, 2004).

No sentido de vivências de povos africanos traficados e afrodescendentes em solos de ditames coloniais, Davis (2016) pontua que no período da escravidão não havia diferença entre os papéis de gênero exercidos entre homens e mulheres negras escravizadas, pois não se localizavam dentro da humanidade a que os papéis de gênero eram estruturados. Ressalta-se que a colonização também marca a tentativa de aniquilar as culturas africanas de modo que a população negra se organizasse aos parâmetros da família nuclear patriarcal como projeto colonial. Esse processo ocorre com muita complexidade e particularidades, sendo necessária a categoria gênero para análise das relações sociais no Brasil.

Entende-se a relevância dos estudos, sobretudo brasileiros, que se utilizam das categorias gênero e interseccionalidade para analisar a condição das mulheres negras, em uma perspectiva do feminismo negro, portanto, são referenciados e abordados visto que a análise da condição da mulher negra no Brasil exige outras teorias qualificadas que

considerem as especificidades e a diversidade brasileira. Compreendo que tais estudos foram precursores e alicerçaram o campo da pesquisa em relações raciais no Brasil, fruto de muito trabalho de intelectuais negras ao longo da história. Inclusive, é a luta das que vieram antes que torna possível a existência deste trabalho.

As mulheres negras são as principais sujeitas deste trabalho, porque são as protagonistas da Medicina Tradicional no Brasil. Situá-las neste texto não é uma tarefa fácil, devido ao receio de encaixotá-las em uma definição limitante que não considere toda a grandiosidade e multidimensionalidades. Dessa forma, procuro nas mais velhas as palavras mais assertivas para uma reflexão sobre as mulheres negras no Brasil. É preciso mencionar as mulheres negras como as principais agentes deste cuidado contracolonial, sobretudo na ausência do Estado. Assim, busco, por meio da interlocução entre políticas públicas e preservação da memória, encontrar rotas que evidenciam o cuidado de si mesmas, negado historicamente pelo racismo.

1.3. MEDICINA TRADICIONAL: A CULTURA AFRO-BRASILEIRA

No Brasil, menciona-se a grande influência de aspectos culturais no entendimento do processo saúde/doença por parte dos brasileiros. Enquanto parte desse bojo cultural, a religião, cuja crença em encantados, antepassados, espíritos, orixás, voduns, santos e deuses, é determinante para a definição de cuidado e risco, e a relevância da religião no campo da saúde brasileira está incorporada desde a prevenção até o tratamento.

Menciona-se principalmente a população brasileira, que concentra muitas formas de tratamento alternando-as conforme a necessidade, como um aspecto sociocultural, e por vezes de forma simultânea combinando os vários tipos de tratamentos disponíveis, intercalados de maneira não linear (RABELO, 1993). Nesse sentido, “o indivíduo portador pode experimentar várias possibilidades de resolução de seu problema, fazendo seu próprio itinerário terapêutico. A ‘cura’ torna-se uma busca contínua ao invés de um processo de adesão” (MELLO; OLIVEIRA, 2013, p. 6).

De acordo com Vanda Machado (2019), diante do cenário pós-escravidão, o terreiro das religiões de matriz africana apresentou-se para a população negra com uma estratégia de resistência para salvaguardar-se da desumanização, violência, desprezo e hostilidade, igualmente como espaço usado para resguardar sua humanidade, valores culturais, identidade, ancestralidade. Os terreiros são denominados pela autora como “lugar mítico, de resistência política, proteção e cuidado com o outro” (MACHADO, 2019, p. 30).

Para Moura (1988), o candomblé e as demais comunidades negras exerceram funções sociais no Brasil e enfatiza que uma dessas contribuições foi a prática de cura. Ademais, as religiões de matriz-africana, sobretudo os terreiros de candomblé e umbanda, foram grandes hospitais sociais com alta demanda de oferta de serviços de saúde, sobretudo em um país acometido pela falta de assistência à saúde à época (MOURA, 1988).

Destaca-se que este estudo de Moura (1988) precede a consolidação do SUS no Brasil, nos trazendo elementos para pensar sobre quais as ferramentas utilizadas pela população negra para acessar cuidados em saúde na ausência de políticas do Estado e, ainda, refletir sobre quais diálogos foram estabelecidos entre as práticas sociais comunitárias de cuidado e as práticas institucionais nesse processo histórico de transição das medicinas populares afro-brasileiras para a medicina institucional pública, a partir da criação de um sistema público de saúde.

Na carência de atendimentos públicos à saúde gratuitos e de qualidade, mais tarde promovidos pelo SUS, a dimensão religiosa foi extrapolada e o objetivo primeiro de processo sincrético foi ultrapassado, dada a condição material da sociedade brasileira, atuando para que comunidades negras religiosas desempenhassem papéis sociais nos grupos pobres e marginalizados, com força para tensionar disputas e atenuar o projeto genocida, em curso desde a colonização, de desintegração social. O campo religioso transcende para abrir espaço a uma estratégia de mutação empírica da realidade (MOURA, 1988).

Nessa medicina popular abordada, elementos religiosos, além de atuarem nos serviços de saúde pontuais solicitados pela comunidade, operaram na dimensão psicológica e cultural (MOURA, 1988), no fortalecimento de uma identidade social, em termos de cuidado coletivo com práticas ancestrais, e no sentido da simbologia do aquilombamento (NASCIMENTO, 1981) como fundamental na resistência dos povos colonizados para a construção de uma narrativa própria de sociedade.

As religiões de matriz africana, apesar de serem uma parte da cultura afro-brasileira, têm uma relevância especial, pois reúnem muitos costumes de várias regiões e povos africanos em diáspora traficados para o Novo Mundo. Povos estes que precisaram se organizar enquanto religião para a preservação de suas tradições, mesmo sendo de territórios e culturas diferentes (MACHADO, 2019). Na relação com a Saúde, concentraram inúmeras práticas de cuidado em saúde utilizadas por muitas gerações e,

até hoje, para além dos limites dos terreiros de candomblé e umbanda, em muitas hortas e cozinhas brasileiras.

Banhos de ervas medicinais, benzimentos, defumações, preparo de alimentos, rezas, simpatias, rituais, danças, chás, garrafadas, infusões são práticas de cuidado em saúde herdadas de culturas africanas desde o período colonial, quando o flagelo com os corpos, as condições insalubres, a dor, a desumanização e a negligência exigiam um arsenal rico de práticas de saúde para preservar e tratar – como já possuíam os povos africanos e como desenvolveram nesse chão chamado Brasil.

Necessário problematizar a institucionalização da Medicina Tradicional no Brasil a partir de deliberações de organismos internacionais vinculadas às dimensões culturais estrangeiras, tendo em vista as práticas populares de saúde ameríndias já existentes nesse país desde a Pindorama, além da Medicina Tradicional afro-brasileira que foi duramente criminalizada. Em 1890, o Estado brasileiro criminalizou práticas de cultos afro-brasileiros, reservando-lhes dois artigos do Código Penal, o artigo 157, referente à magia e ao espiritismo, e o artigo 158, relativo à prática de curandeirismo, apontado como “medicina ilegal”. Localiza-se no tempo-espço que isso ocorre poucos anos depois da abolição da escravidão, e que no ano seguinte, em 1891, em São Paulo, foi proposto um novo modelo da prática da medicina higienista e biomédica, tanto no processo formativo quanto na saúde pública (TELLAROLLI JR., 1996).

Compreende-se a criminalização das medicinas populares, ditas como ilegais, como parte do processo de epistemicídio da população negra no Brasil. Se as religiões de matrizes africanas funcionavam justamente como grandes hospitais sociais para o povo negro (MOURA, 1988), a criminalização desses espaços funcionou como parte do projeto de “fazer morrer” essa população e de implantar um modelo biomédico de cuidado aos moldes europeus.

E mesmo com a revisão destes artigos no Código Penal e o fim da criminalização das religiões de matriz africana, o racismo na esfera religiosa ainda persiste fortemente na atualidade, acarretando o que Nego Bispo denominou de cosmofobia (BISPO DOS SANTOS, 2015).

O padrão colonial não se finda com a abolição do regime escravocrata. O aparato legal do Estado referente à abolição não designou que os corpos e as imagens da população negra estivessem livres do controle deste padrão de dominação (BERNARDINO-COSTA, 2015). O mesmo aconteceu com as medicinas tradicionais

afro-brasileiras, a refutação da lei não foi capaz de reaver todo o processo de demonização e racismo religioso decorrentes da criminalização. Mais de um século depois, ainda se exige do Estado a responsabilização pelo enfrentamento das desigualdades raciais aviltantes impostas à população negra, a partir da implementação de políticas públicas direcionadas.

Como produto do racismo e da cosmofofia, a Medicina Tradicional no Brasil arraigou-se a parâmetros embranquecidos e estrangeiros. O uso das plantas medicinais, por exemplo, é completamente dissociado das culturas de matrizes africanas, o que é muito incoerente em razão de todas as raízes culturais que permeiam esse território. Para a cultura afro-brasileira, por exemplo, há uma máxima: “sem folha não há Orixá” (MACHADO, 2019). Inclusive, a divindade Ossãe é o Orixá que simboliza a força da natureza que rege as plantas e folhas. Os povos originários, que em toda a sua diversidade de etnias, também estabelecem processos sincréticos com a natureza, ervas e plantas.

A ressalva para a Medicina Tradicional indígena é relativamente pequena se comparada a todas as menções às culturas africanas e afro-brasileiras neste trabalho. Porém, embora limitada, constrói-se uma reflexão necessária acerca do genocídio e do epistemicídio sofridos, também, por estes povos. Por esta razão, pontua-se o termo “afro-pindorâmico”, de Nego Bispo (2015), que seria a conjunção das culturas de povos indígenas e negros na resistência contracolonial.

As Medicinas Tradicionais Afro-pindorâmicas são uma terminologia enquanto uma escolha política de agregar qualquer lastro de visibilidade à confluência de saberes que unem história, memória, cultura, cuidado e sobrevivência de povos afro-brasileiros e das etnias indígenas. Apontam para a necessidade de reconhecimento institucional de cuidados em saúde produzidos por essas culturas de forma ética e segura, protegidas da mercantilização e da apropriação cultural, pois a colonização também marca a tentativa de rifar as culturas africanas e ameríndias de modo que os costumes e práticas destas populações fossem apropriadas pelo mercado capitalista. Muitas práticas destas culturas são protegidas e a manutenção continua sendo pela tradição da oralidade; outras são mantidas em segredo, para a própria proteção dos conhecimentos. Além do processo de desculturação e apagamento destes saberes, há também o aviltamento pela apropriação cultural com a mercantilização do sagrado dessas culturas.

A modernidade no capitalismo demarca um modo de funcionamento de todas as áreas da vida, além de categorizar o que é moderno e não moderno. Nesse sentido, a Medicina Tradicional é reduzida e categorizada como pré-moderna dentro da dinâmica

hierárquica do capitalismo, sendo desvalorizada por não responder ao padrão da modernidade, que é eurocêntrico, homogêneo, racional, branco, hétero, fálico. Isso cria uma disputa entre saberes modernos e não modernos, caracterizando-os dentro do binarismo típico colonialista, em que “conhecimentos, relações e valores, práticas ecológicas, econômicas e espirituais são logicamente constituídos em oposição a uma lógica dicotômica, hierárquica, ‘categorial’” (LUGONES, 2014, p. 936).

Também é agência do colonialismo na centralidade da medicina ocidental o uso das terminologias *tradicionais/alternativas*, pois atribui à Medicina Tradicional um lugar secundário, de “outro”, ou mesmo um não-lugar, já que um saber com sua própria narrativa passa a ser visto, estudado e utilizado à luz da medicina ocidental como o antagonico a ela (GUIMARÃES et al., 2020).

Ao considerarmos o colonialismo do saber no campo da saúde, logo se percebem suas hierarquias de poder e modos de funcionamento na própria assimetria presente na denominação das diversas práticas de cuidado à saúde, como, por exemplo, os usos dos termos “alternativa”, “complementar” ou mesmo “tradicional”. A racionalidade biomédica da medicina ocidental contemporânea pode ser considerada como uma manifestação do colonialismo dos saberes no domínio do corpo, da saúde e da doença (GUIMARÃES et al., 2020, p. 5).

Observa-se um subjugamento a qual é submetida a população afro-pindorâmica, considerada a sub-humanidade: povos que se agarram à terra, que a cultuam e interrelacionam o cuidado da natureza com o cuidado de si mesmos, pois se sentem parte dela (KRENAK, 2020). O epistemicídio (CARNEIRO, 2005) sugere o apagamento destes saberes que pensam outras realidades que não as hegemônicas, associando práticas culturais, tradicionais e religiosas afro-pindorâmicas no campo da saúde. Entende-se a produção de conhecimento situado como forma de resistência e como possibilidade de metodologia do cuidado em saúde para a nossa sociedade, pois

é preciso perceber que as gnoses indígenas e negro-brasileiras podem auxiliar ainda mais o campo da literatura, se vencermos a dimensão dessas pilhagens epistêmicas, permitindo que esses saberes afetem de maneira mais incisiva a teoria, a crítica e a historiografia, já que esses são vetores de nossos modos de ver o literário (FREITAS, 2016, p. 55).

Historicamente, espaços e comunidades negras e indígenas foram se especializando em cuidados com o adoecimento de corpos negros e ameríndios, em um sentido descolonial da saúde resistindo contra os dispositivos coloniais de morte. Justamente quando se é validado os tratamentos não hospitalocêntricos para atuar no cuidado, apesar de todos os tensionamentos políticos e de poder, desconsidera-se como os povos desse território têm resistido e se articulado para promover bem-estar. Assim,

se faz urgente a preservação da memória destes povos, bem como que aprendamos com eles sua episteme de cuidado com a nossa saúde e a saúde da Terra.

CAPÍTULO II: A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE E DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Gotas de água juntas se transformam em chuva.

– Mãe Beata de Yemojá²

2.1 DA POLÍTICA DE SAÚDE: PROMOÇÃO DE SAÚDE E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

O princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde foi fundamental para organizar e orientar a Política Nacional de Promoção de Saúde, e duas políticas de saúde importantes para esta pesquisa: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Visto que é o princípio da Integralidade que reconhece a saúde como produto do aspecto cultural, de práticas diversas, do ambiente e do território, além de também ser o marco da Integralidade que pensa o ser em sua completude, raça e etnia, as experiências intersubjetivas de um grupo social e suas condições de vida na percepção de cuidado e de risco. Neste capítulo abordaremos as sínteses do Princípio da Integralidade e Promoção de Saúde, os desafios de ambos e uma proposta amefricana (GONZALEZ, 1986) para a Integralidade. E, ainda, a trajetória da PNPICS e da PNSIPN, que nascem como conquistas para a preservação da vida.

A implementação do Sistema Único de Saúde, organizado em atenção primária, secundária e terciária, prevê a incorporação de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseado nos princípios da universalidade, de equidade e da integralidade. A constituição desse Sistema de Saúde significou um grande marco para a proteção social brasileira, e a cristalização do direito à saúde gratuita para a população. No SUS, a Atenção Primária foi adotada como principal estratégia para a assistência e para a promoção de saúde, em uma perspectiva da educação em saúde, na consideração do sujeito

em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 71).

Nesse sentido, a saúde pública é compreendida em todas as suas formas de materialização, no sentido do conceito amplo de saúde e não simplesmente ausência de

² NASCIMENTO, 2008, p. 22.

doença. A compreensão de outras formas de materialização da saúde evoca o reconhecimento de mais práticas de cuidado em saúde. Para isso, o princípio da Integralidade do SUS também atua nessa direção de interlocução entre as muitas formas de cuidado seguras disponíveis para a garantia da saúde pública e de qualidade para a população brasileira. A concepção do SUS vigora a supressão do modelo centrado na doença, já que anteriormente não se falava em saúde. Dessa forma, “a questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida” (FALEIROS et al., 2006, p. 18).

A compreensão da complexidade e da ampliação na definição da saúde na Constituição de 1988, abarcando o sentido de direito social e de bem-estar na sua coletividade, endossa uma nova perspectiva acerca dos direitos humanos. A partir de muitas mobilizações sociais que pretendiam romper com as desigualdades sociais vigentes na mercantilização da saúde, constrói-se um novo parâmetro para o reconhecimento da cidadania com o entendimento das subjetividades culturais e humanas (FALEIROS et al., 2006).

A Constituinte define saúde em uma perspectiva muito interessante, para além da centralidade da doença, mas na sua amplitude e a partir da garantia dos direitos sociais. O artigo 196 descreve: “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, p. 60). A saúde como um direito assegurado pelo Estado por meio das políticas públicas informa sobre a diversidade de aspectos da vida humana que precisam ser cuidados. E, ainda, a garantia da saúde é feita mediante contribuições sociais da população, que devem ser organizadas pelo Estado de forma equânime e universal.

O entendimento de saúde da Constituição Federal é firmado na socialização de custos e de esforços entre o povo para assegurar o bem-estar integral para todos. A criticidade sobre o conceito ampliado de saúde não versa só sobre a sua multidimensionalidade, mas também a caracteriza como um produto de políticas sociais e econômicas. Isto politiza e aprimora a discussão, responsabiliza o Estado e delega às políticas públicas o dever de reduzir riscos e danos e promover o cuidado.

Deste modo, as iniciativas para a promoção da saúde, no âmbito da saúde coletiva, apontam para um projeto ético-político crítico, o suficiente para entender a insuficiência dos conhecimentos biológicos para o significado completo de saúde, sendo

imprescindíveis, também, as dimensões culturais, socioeconômicas, políticas, psicológicas, para recrudescer ou aviltar, nos moldes de Ottawa (1986), e reverberando, ainda, na centralidade do cuidado como sentido primário da Saúde (SILVA, 2014).

A Carta de Ottawa (1986) defende a saúde, que é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições equitativas de saúde. Na perspectiva de uma saúde que se constrói e se vive na rotina, nas atividades diárias, nos espaços individuais e comuns, nos direitos e deveres, vem à tona o cuidado, a integralidade (ou holismo) e a ecologia, temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde (SILVA, 2014, p. 30).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, no Canadá, define o conceito de promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OTTAWA, 1986). A Carta de Ottawa (1986) foi o resultado da Conferência e muito influenciou o início das discussões sobre promoção de saúde, somada aos primeiros esforços da Conferência de Alma Ata (1978), realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para compreensão da saúde em uma visão mais ampla (SILVA, 2014).

Há de se mencionar o desafio para a promoção de saúde a partir dos serviços de saúde, visto que se criou um parâmetro muito forte na teoria nesse sentido, porém ainda com muitos empecilhos para a prática, que ainda evoca a hegemonia do modelo biomédico presente no Brasil, em contrapartida com os fundamentos de Ottawa, de assegurar a promoção da saúde por via do estilo de vida da população, com melhorias nas condições elementares da existência, autonomia dos corpos, para além da clínica e emergência e medicalização (SILVA, 2014). A crise no mundo capitalista exige respostas dos sistemas universais de saúde (OMS, 2011) e o modelo capitalista ultraneoliberal vigente no Brasil também se caracteriza como um desafio para a promoção da saúde.

Outro ponto importante para a efetivação da promoção de saúde é a intersetorialidade, materializada pela organização de todos os grupos sociais e setores da sociedade e do Estado para se pensar, executar e avaliar todas as políticas, ações e programas desenvolvidos, extrapolando a área da saúde e incorporando as necessidades específicas de cada segmento social, garantindo a participação social (SILVA, 2014).

A promoção da saúde demanda aparato legal, orçamento, administração e planejamento para viabilizar políticas sociais, pois são estas que atuam em conjunto com a equidade em saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída em 30 de março de 2006, por meio da Portaria nº 867, firma-se pelo prisma transversal,

integrado e intersetorial e estabelece um pacto social sob responsabilidade do Estado de compromisso de cuidado com a saúde (SILVA, 2014).

Em seu ordenamento, o SUS se compromete com a Integralidade como um de seus princípios, o que se caracteriza como uma conquista e uma potencialidade para ressaltar as dimensões subjetivas e sociais. Um grande empecilho para a Integralidade do cuidado em saúde é a polarização entre a atenção clínica e a promoção de saúde, perdendo esforços para a disputas e correlações de forças que poderiam estar sendo direcionadas em conjunto para a materialização da saúde (CAMPOS, 2006). Embora a Integralidade esteja amalgamada à edificação do SUS e sua pronúncia seja sempre sonora nos diálogos sobre Saúde, ainda é o princípio mais negligenciado (PAIM, 2009).

Destituir a centralidade do hospital e das especialidades médicas e concentrar todo o foco na atenção básica, não pode ser a única estratégia para um novo modelo ideal de atenção em saúde. Algo ainda mais importante seria voltar-se para a integralidade do ser, repleto de particularidades, que a partir de um cuidado integrativo participaria ativamente deste processo e estaria mais bem amparado (SILVA, 2014). A Integralidade deve ser entendida como a forma de a sociedade vivenciar a saúde como parte de sua cidadania, o que sugere a superação de desafios advindos de um paradigma afastado dessa visão integral do ser (PINHEIRO, 2009).

A integralidade, bem como a promoção de saúde, estariam intimamente ligadas à visão de saúde que cada indivíduo/coletividade tem. Isso se constrói das próprias experiências do ser humano, experiências essas eivadas pelo contexto sócio-político e cultural do qual faz parte. Vivências constituídas pelas experiências de adoecer, curar-se e ser curado. Experiências pautadas em suas crenças e em suas possibilidades de refletir sobre o seu bem-estar (SILVA, 2014, p. 33).

A Integralidade também pode ser pensada como um caminho que leve a sociedade à uma visão integral e, especialmente, integrada dos seus corpos. A natureza como essa noção unicamente espacial difundida popularmente precisa se reestruturar para abarcar os nossos corpos. Nossos corpos também são natureza e o distanciamento entre eles permite o aviltamento de ambos. Nas cosmogonias dos povos originários e africanos, os seres humanos e a natureza são indissociáveis, porque o cuidado do corpo perpassa o cuidado da natureza, já que são uma coisa só, e no processo terapêutico não é diferente.

Talvez, um passo importante para a cristalização do princípio da Integralidade no SUS seja aprender com quem sempre construiu e enxergou a saúde de forma integral em suas culturas “amefricanas”, termo cujo Lélia Gonzalez nomeou as experiências de povos afrodiáspóricos e indígenas nessas terras da América Latina – “que é muito mais

ameríndia e amefricana do que qualquer outra coisa” (1988, p. 72). A categoria política de Amefricanidade tem potencial para direcionar o cuidado integral em saúde, pois leva em consideração as “exigências da interdisciplinaridade” e abarca uma abordagem ampla da força do cultural no Brasil, que se mostra como a melhor forma de resistência (GONZALEZ, 1988):

Amefricanidade incorpora todo um processo histórico de intensa dinâmica cultural (adaptação, resistência, reinterpretação e criação de novas formas) que é afrocentrada, isto é, referenciada em modelos como: a Jamaica e o akan, seu modelo dominante; o Brasil e seus modelos yorubá, banto e ewe-fon. Em consequência, ela nos encaminha no sentido da construção de toda uma identidade étnica (GONZALEZ, 1988, p. 76).

A maior riqueza metodológica da Amefricanidade, segundo Lélia, é a capacidade de abrigar uma “unidade específica” entre as narrativas de sociedades diferentes que, no enfrentamento do racismo, estabeleceram diálogos no continente americano, na Améfrica, que “enquanto sistema etnogeográfico de referência, é uma criação nossa e de nossos antepassados no continente em que vivemos” (GONZALEZ, 1988, p. 77).

O princípio da Integralidade na América deve considerar as repercussões do racismo na inferiorização da cultura negra e indígena, em vista das especificidades intersubjetivas de como os seres percebem os seus corpos, os ambientes que os rodeiam e o processo saúde/doença. É inegável a atuação negra na conformação cultural da história desse país, bem como o movimento contrário racista de investida para o apagamento total de qualquer lastro de saberes não hegemônicos. E “tudo isso é encoberto pelo véu ideológico do branqueamento, é recalcado por classificações eurocêtricas do tipo ‘cultura popular’, ‘folclore nacional’, etc, que minimizam a importância da contribuição negra” (GONZALEZ, 1988, p. 70).

Adotando a perspectiva metodológica da Amefricanidade, o princípio da Integralidade pode ter um potencial de fortalecer a dinâmica cultural em um resgate das “sobrevivências” e assegurar a saúde completa do ser amefricano por vias da preservação da memória, da intelectualidade, da criação e da resistência, que nada mais é senão a própria preservação do ser amefricano.

Neste diapasão, entende-se que o modelo de saúde biomédico, dedicado ao estudo dos fatores biológicos das doenças e do conhecimento médico para seu tratamento, é insuficiente para atender a todas as demandas de saúde em sua complexidade, sobretudo em um país tão grande, diverso e com tantos regionalismos como o Brasil.

Os estudos de Silva (2014) discorrem sobre uma crise no campo da Saúde como resultado da insuficiência do modelo biomédico centrado em uma perspectiva cartesiana. A influência filosófica do cartesianismo e sociológica do positivismo no modelo biomédico ocidental repercute no entendimento autômato e padronizado do corpo humano, limitado à dimensão racional, carente de uma dinâmica integral para além da doença e em conjunto de aspectos sociais, raciais, culturais, ambientais, históricos, econômicos, psicológicos (PELIZZOLI, 2011; SILVA, 2014).

Além de atuarem em prol do mercado, as bases teóricas favoreceram a focalização na abordagem fragmentada do corpo (PELIZZOLI, 2011; SILVA, 2014), resumindo-o enquanto espaço de aplicação de procedimentos médicos cirúrgicos, medicamentosos, em uma lógica mecânico-físico-química (BARRETO, 2011; SILVA, 2014). Atribuindo à racionalidade médica ocidental a limitação da estrutura clínica e epidemiológica, oportunizando condutas não humanizadas e outros desafios decorrentes de um modelo tecnicista (SILVA, 2014).

As investidas das Ciências Humanas para politizar a concepção da Saúde como não inata e fundamentada por epistemologias que sugerem valores ético-políticos, proporcionaram problematizações sobre as lacunas epistêmicas do conhecimento biomédico, especialmente na dificuldade de convergência com a diversidade de saberes existentes e na inviabilização de muitas produções de conhecimento. Embasada pelo pensamento de Barreto (2011), a autora tece críticas ao Brasil por importar o modelo de cuidado em saúde hegemônico desconsiderando a sua impossibilidade de diálogos com a pluralidade cultural brasileira no que concerne ao processo saúde-doença (SILVA, 2014).

Instaurou-se um mercado lucrativo desigual, dotado de investimentos financeiros e pesquisas, que restringem procedimentos médicos às pessoas mais ricas que podem custeá-los. Silva (2014) destaca a obra *Nêmesis da Medicina* (1975), de Ivan Illich, para refletir sobre o consumismo de procedimentos médicos ocasionado pela dependência das pessoas no próprio percurso terapêutico, que é voltado somente para a correção de uma disfunção patológica. Nessa indústria de cuidados médicos da medicina hegemônica, o aumento voraz da tecnologia e sua infinidade de equipamentos não assegurou uma maior cobertura e acessibilidade das práticas da medicina, apesar de todos os avanços. Pelo contrário, nunca houve tantas doenças crônicas ao redor do mundo, além do descontentamento social com as práticas de cuidado em saúde vigentes e com o adoecimento humano. Para Silva (2014), as reflexões de Illich acerca da insuficiência do modelo biomédico abrem espaço para os debates sobre integralidade da saúde, formas

alternativas de cuidado em saúde e para a tradição (ILLICH, 1975; LUZ, 2011; SILVA, 2014).

A crítica que se enceta neste contexto ao se referir ao modelo biomédico serve para apontar e tentar esclarecer seus limites e dessa forma possibilitar a aposta em novas possibilidades que lhes integrem e não para descartá-lo como um todo. Não se pode negar os benefícios que as inovações recentes proporcionam a inúmeras pessoas, principalmente na busca por curas, no entanto faz falta que a modernização científica e tecnológica considere os fatores que lhe norteiam (éticos, naturalistas, culturais e políticos) (SILVA, 2014, p. 17).

Dessa forma, se apreende a importância do estudo das Ciências Humanas, somadas aos conhecimentos biológicos e de demais áreas, para abarcar as dimensões culturais, psicológicas e sociais elementares para o princípio básico de Integralidade do Sistema Único de Saúde. As Ciências Humanas atuam no direcionamento da “investigação de sentido e significado atribuído à doença e seu tratamento pelas sociedades, culturas e religiões” (MELLO, OLIVEIRA, 2013, p. 2), compreendendo como o processo saúde/doença é interpretado pela população, de maneira a considerar e preservar os seus saberes na interlocução com os conhecimentos institucionais.

2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE NO BRASIL

Um marco teórico para a instituição de uma relação sólida entre saúde e cultura foi a Declaração de Alma-Ata da OMS, formulada para a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários no Cazaquistão em 1978 (OMS, 1978). A partir dela, definiu-se conceitualmente a Atenção Primária, com repercussão global, apontando-a “como principal estratégia para alcance da promoção e assistência à saúde” (DUARTE, 2014, p. 33), e debateu acerca de assuntos religiosos na interlocução com a medicina³. Na Declaração de Alma-Ata, a chamada “Medicina Tradicional” começou a ser endossada internacionalmente enquanto política pública no campo da atenção primária à saúde (MELLO; OLIVEIRA, 2013). É necessário destacar que o Brasil não participou dessa conferência, apesar do fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária e a

³ Atenta-se para uma outra prioridade apontada para a atenção primária em Alma-Ata, que diz respeito ao impacto da cobertura vacinal (DUARTE, 2014). Embora não seja o foco deste trabalho, a urgência da realidade impõe a necessidade e aproveita-se o espaço para falar sobre. A vacinação entendida como primeiro foco da atenção primária, definido há mais de cinquenta anos, foi veementemente atacada no Brasil no ano de 2021, pois em meio a uma pandemia, em que cerca de 600 mil pessoas morreram acometidas pelo coronavírus, causador da doença Covid-19, que já dispunha de vacina, a população desassistida pelas políticas de Estado foi tardiamente vacinada devido à gestão negacionista do presidente Jair Bolsonaro, que teve por estratégia de governo o contágio exacerbado do vírus (CONNECTAS, 2021).

efervescência dos estudos em Saúde Coletiva à época, favorável à perspectiva adotada no encontro.

Atendo-se, ainda, à atenção primária, em torno da Medicina Tradicional, outro marco ocorreu em 1996, quando a OMS e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco) caracterizaram oficialmente como importante a interlocução entre cultura e saúde internacional, conduzidas de maneira integrada a fim de favorecer os países e as sociedades (MELLO, OLIVEIRA, 2013).

Buscando abranger uma concepção ampliada de saúde, a OMS reconheceu as práticas culturais como ferramentas para a melhoria no acesso aos serviços de saúde por parte da população, instituindo o conceito de Medicina Tradicional (MELLO, OLIVEIRA, 2013). Somadas à medicina clínica, de acordo com a OMS, o termo Medicina Tradicional representa práticas de “cuidados de saúde, focos e conhecimentos que incorporam plantas baseadas em medicina, animais e /ou minerais, terapias espirituais, manuais técnicos e exercícios aplicados individualmente ou combinados para manter o bem-estar e prevenir doenças” (OMS, 2002, p. 17).

Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde alertou sobre a insuficiência da medicina tecnológica e especialista e instigou a produção de políticas públicas relativas à Medicina Tradicional na iniciativa de vincular a promoção da saúde aos determinantes sociais, para além da função curativa da assistência em saúde, pensando a integralidade do cuidado (SILVA, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs que as políticas de saúde também contemplassem a Medicina Tradicional e a Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA), a partir do olhar sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e do desafio da integralidade do cuidado. Assim, buscase o crescente reconhecimento social, acadêmico e institucional das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) favorecido pela crise do modelo biomédico que culminaria na publicação da PNPIC (SILVA, 2014, p. 23-24).

O posicionamento da OMS atrelado às limitações do modelo biomédico de saúde aponta para a implantação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no cenário mundial, seguindo o exemplo de muitos países (SILVA, 2014). Refletindo em aspectos econômicos, cria-se um mercado de comercialização das próprias práticas e de medicamentos fitoterápicos, que no Brasil representou 30% do percentual total do comércio de todos os medicamentos (BRASIL, 2009).

Este trabalho não tem a pretensão de datar o surgimento dessas práticas de cuidado, por entender a complexidade de fazê-lo, bem como a diversidade dos territórios e das comunidades tradicionais que estavam desenvolvendo práticas de cuidado em saúde

para o seu povo sem este fim de reconhecimento. No entanto, atenta-se para alguns marcos históricos importantes para a institucionalização e a regulamentação desses saberes na contemporaneidade.

No contexto mundial, destaca-se o movimento de contracultura na década de 1960, composto especialmente por jovens do norte global que buscavam formas alternativas de tratamento (SOUZA; LUZ, 2009). Já no final da década de 1970, a OMS instaurou o Programa de Medicina Tradicional (BRASIL, 2011), e nos inícios dos anos 2000, tem-se a Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional para 2002-2005, de grande valia para os padrões de segurança da aplicação da MT/MCA (OMS, 2002). Em seguida, no ano de 2005, veio o *National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines*, em Genebra (OMS, 2005).

Foi também em Genebra onde ocorreu a reunião da Integração da Medicina Tradicional nos Sistemas Nacionais de Saúde, em 2006, mesmo ano da institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas em Saúde (PNPICS) e, por consequência, o ingresso do Brasil no conjunto de países com políticas públicas relativas à Medicina Tradicional. Ainda em 2006, um encontro em Milão na Itália reuniu especialistas para capacitá-los sobre a segurança da MT/MCA (BRASIL, 2011).

A OMS, unida ao governo chinês, realizou a Conferência Internacional de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação em Ciência e Tecnologia, em 2007, que resultou no Comitê de Especialistas para o Programa Internacional de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação em Ciência e Tecnologia e na Declaração de Beijing de Cooperação Internacional em Medicina Tradicional Chinesa em Ciência e Tecnologia. Também na China, no ano seguinte, ocorreu a *WHO Congresso on Traditional Medicine* para a preservação e disseminação da Medicina Tradicional (BRASIL, 2011).

O Brasil foi convidado pela OMS para participar do II *Workshop* sobre Medicina Tradicional, que deu centralidade para a aplicação da MT/MCA nos Sistemas de Saúde (BRASIL, 2011). Silva (2014) evidencia momentos importantes para a regulamentação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no país, que se inicia em 1985 com a implantação da homeopatia na rede pública de saúde, a partir da parceria entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a Fiocruz, a Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Instituto Hahnemaniano do Brasil. As Conferências Nacionais de Saúde 8^a, 10^a, 11^a e 12^a reiteraram o uso das PICS no SUS, ao passo que foram sendo instituídos aparatos legais e grupos de trabalho, comissões e

observatórios no Ministério da Saúde que culminaram na institucionalização da PNPIC (SILVA, 2014).

Um ano decisivo, em que se pode enumerar quatro leis que institucionalizaram as PIC, foi 2006. A primeira foi a Portaria GM Nº971/MS, publicada no Diário Oficial da União de 3 de maio de 2006, que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Seguem-se as Portarias que aprovaram o observatório de medicina antroposófica no SUS, incluindo com o código 068 o serviço PICS na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de Informações do SUS; e o Decreto Presidencial que aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e deu outras providências.

Os anos seguintes são marcados pela ampliação dessa legislação que aborda e institucionaliza as PICS. Destaca-se a inclusão de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no Elenco de Referência de medicamentos e Insumos complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, em 2007. Aliás é sobre medicamentos fitoterápicos e homeopáticos a maior quantidade de leis, onde se tem verificado os maiores avanços. Destaque também para a inclusão das PICS nas áreas prioritárias, bem como de profissionais ligados às PICS na lista de especialidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008. E, em 2009, a adequação do serviço especializado 134 como Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 para Acupuntura (SILVA, 2014, p. 41).

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde regulamentou as práticas integrativas com a PNPIC no Sistema Único de Saúde, mediante Portaria nº 971/2006, embasada pelo princípio da Integralidade, compreendendo aspectos socioculturais e simbólicos e denotando que essas práticas, apresentam sua eficácia com bons resultados (MELLO, OLIVEIRA, 2013).

A PNPIC no SUS é considerada pelo Ministério da Saúde enquanto abertura de possibilidades de acesso a serviços antes restritos a quem podia pagar e, junto com as políticas nacionais de Atenção Básica e a Política de Promoção da Saúde, compõe um forte arcabouço legal para a existência das práticas integrativas e complementares no SUS. Ela oferece diretrizes e ações para a inserção de serviços e produtos relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Medicinais e Fitoterapia, além de criar os observatórios de saúde para o Termalismo Social e da Medicina Antroposófica (SILVA, 2014, p. 37).

A PNPIC demarca um novo momento, sobretudo da Atenção Básica, pois institui diretrizes nos níveis federal, estadual e municipal para o uso das práticas integrativas, fundamentada pelo monitoramento da eficácia comprovada por estudos científicos. No próprio percurso de legitimação das práticas, foi necessária a avaliação da segurança por meio de pesquisas científicas e a trajetória da política de práticas integrativas, desde o início da sua concepção enquanto serviço de saúde, esteve aliada à ciência.

O processo de elaboração da referida Portaria contou com a coordenação geral das Secretarias de Atenção à Saúde e Executiva do Ministério da Saúde, e com subgrupos de trabalho compostos por entidades e instituições na colaboração, referentes à Medicina

Tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia e medicina antroposófica. As deliberações foram discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, no dia 17 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2006) e a formulação da política foi debatida em torno das Câmaras dos Conselhos, expressando a importância da transparência e participação social.

Em fevereiro de 2006, o documento final da política, com as respectivas alterações, foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e consolidou-se, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (BRASIL, 2006, p. 12).

Destarte, o Brasil passou a integrar, com notoriedade, o conjunto de países dentro da OMS que regulamentaram institucionalmente as práticas integrativas e complementares, com adesão dos estados e dos municípios, que aprofundaram a discussão e criaram estratégias considerando suas especificidades. Cerca de “30% dos municípios brasileiros adotaram regulamentação própria para o uso dessas terapias, o que indica um importante incremento das práticas na atenção à saúde; e a Atenção Básica à Saúde (ABS) é um dos principais ambientes para a sua aplicação” (RUELA et al., 2019, p. 4239). Reflete-se que a participação de 30% dos municípios brasileiros na adesão às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde ainda é um número ínfimo, se considerarmos que a regulamentação federal aconteceu há mais de dez anos.

Aponta-se o olhar para o valor de mercado atribuído às medicinas Ayurveda e Tradicional Chinesa. A partir da PNPICS, de 2006, elas foram institucionalizadas na saúde pública brasileira e ofertadas à população, o que não impediu que fossem comercializadas na esfera privada, como um estilo de vida. Destacada a ideia de que no mercado compra-se um estilo de vida mais saudável, espiritualizado, cultural, afetivo e ancestral, especialmente em tempos de barbárie - até porque, em tese, ninguém mais quer fazer parte do aporte cultural eurocêntrico que dizima povos, explora e destrói a natureza e implementou um *modus operandi* de aceleração.

A introdução de uma cultura no campo da saúde além de trazer disseminação e reconhecimento para esta cultura, também cria um mercado lucrativo para sustentar essas práticas no cotidiano, seja mediante aparatos técnico-operacionais, seja por recursos humanos, formações e pesquisas. Ademais, chama-se a atenção para a baixa visibilidade atribuída à cultura afro-brasileira e indígena, por serem práticas de povos subjugados e que sistematizaram e compartilharam os saberes de forma comunitária e transgeracional em uma lógica dissociada do modo capitalista.

Ressalta-se, ainda, a importância da avaliação e da atualização do uso das PICS, a considerar as necessidades intersubjetivas dos indivíduos de cada momento histórico, bem como a contextualização social, geográfica e cultural às realidades em que são aplicadas as práticas integrativas em saúde.

A crescente procura da sociedade pelas Práticas Integrativas e Complementares fundamenta-se no anseio por tratamentos com um grau menor de efeitos colaterais, bem como a redução no uso de medicamentos alopáticos, por uma via natural que perpassa o campo do sagrado e das concepções pessoais de vida, com atendimento e escuta humanizada (RUELA et al., 2019). O que configura uma busca pela retomada da autonomia da sociedade sobre seus próprios corpos na busca pela saúde de forma integral dentro da Atenção Básica.

Segundo Ruela (2019, no Brasil as Práticas Integrativas e Complementares incidem mais sobre a atenção básica e atuam com menor relevância nas atenções secundária e terciária. Seu estudo revelou que em 1.708 cidades brasileiras as práticas compunham a oferta de serviços da saúde, concentrando-se em 78% na atenção básica, 18% na Atenção Secundária e 4% na atenção terciária (RUELA et al., 2019).

Após mais de uma década de avaliação e monitoramento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, considerando sua efetividade e relevância, por meio da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, o Ministério da Saúde implementou mais 24 práticas, a saber: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, somando às outras cinco já regulamentadas em 2006.

Visto que as PICs são fundamentadas pela integralidade, que compreende as inúmeras dimensões da saúde, inclusive sociais e raciais, seria imprescindível uma revisão das práticas integrativas, no sentido de também intervirem nas inequidades em saúde que apontam para a raça, pois o racismo, “em termos de manutenção do equilíbrio do sistema como um todo, 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” (GONZALEZ, 1984, p. 3).

Se discute a ausência de práticas integrativas e complementares afro-brasileiras, que poderiam ser alocadas em dois momentos: na construção da Política Nacional e na Portaria que adiciona um número expressivo de práticas. As práticas integrativas representam como os diferentes tipos de culturas trabalham saúde, doença e cura, em

como as cosmovisões de povos e as percepções sobre seus próprios corpos são desenvolvidas nos processos terapêuticos. É no mínimo curioso que em dez anos de avaliação e monitoramento de práticas integrativas, a demanda por práticas integrativas ameríndias e afro-brasileiras não tenha reverberado em ações institucionais.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA: O RECONHECIMENTO DO RACISMO COMO UM DETERMINANTE SOCIAL

Na Política de Saúde, a compreensão do racismo enquanto um Determinante Social de Saúde para a população negra considera que a trajetória colonial resulta em injustiças socioeconômicas e culturais significativas para as condições de vulnerabilidade e morbimortalidade das pessoas negras (BRASIL, 2016). O reconhecimento das iniquidades em saúde da população negra, que são essas injustiças que repercutem negativamente sobre a saúde, torna-se um parâmetro de análise para a elaboração de políticas equânimes nos serviços públicos de saúde.

Dentro do Sistema Único de Saúde, uma política de caráter universal, a concepção dos Determinantes Sociais de Saúde viabiliza que políticas específicas sejam implementadas para responder demandas de grupos específicos. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra de 2009 tem o objetivo de combater as desigualdades raciais no cuidado em saúde, já que a política é um reconhecimento das iniquidades em saúde dessa população específica. Dentro da noção da Integralidade da saúde, buscou-se considerar aspectos sociais arraigados às condições e aos riscos no acesso da população negra à saúde. Imprescindível para a resistência e sobrevivência do povo negro, a PNSIPN surge como um resultado das disputas e tensionamentos com o poder público propostos pelos movimentos negros no campo da Política de saúde e na luta pelos direitos sociais.

A população negra é acometida pela lógica colonial de dessemelhança operada pela branquitude, uma espécie de mundo “cindido em dois” constituído por meio da dominação histórica dos colonos sobre os povos colonizados (FANON, 2005), que é corroborada na Modernidade pelo projeto sistemático de subjugação de uma raça a outra. Descrito por Fanon como constructo do processo de colonização, o acesso a dois tipos de mundos diferentes é o que conhecemos por desigualdade racial, organização social baseada no esquema corporal que foi estabelecendo relações raciais de poder, enviesando o funcionamento das instituições e espaços e promovendo disparidade entre pessoas brancas e negras em todos os aspectos da vida social.

Maria Aparecida Bento (2014) destaca que a inércia no combate às desigualdades raciais revela a conformidade com a ordem social vigente, já que ela embrenha privilégios à branquitude. As relações raciais implicam em relações de poder, que concatenam hierarquias e atribuem espaços de poder para as pessoas brancas no Estado, no mercado e na sociedade. Portanto, a quem interessa a manutenção do racismo, senão às pessoas brancas?

É compreensível o silêncio e o medo, uma vez que a escravidão envolveu apropriação indébita concreta e simbólica, violação institucionalizada de direitos durante quase 400 dos 500 anos que tem o país. Assim, a sociedade empreendeu ações concretas para apagar essa "mancha negra da história", como fez Rui Barbosa, que queimou importante documentação sobre esse período. Essa herança silenciada grita na subjetividade contemporânea dos brasileiros, em particular dos brancos, beneficiários simbólicos ou concretos dessa realidade (BENTO, 2014, p. 45).

O racismo é o principal determinante de saúde da população negra, pois de forma negativa condiciona todo o conjunto de fatores que formam o conceito ampliado de saúde: “modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2017, p. 23). A baixa escolaridade, a má alimentação, os hábitos não saudáveis, o sofrimento causado pelo racismo, o trabalho exaustivo e insalubre, os baixos rendimentos (IBGE, 2019), todos esses aspectos definem as condições de saúde das pessoas negras no Brasil.

A agenda de saúde da população negra entra em voga a partir dos anos 1980, quando as mulheres negras organizaram suas demandas específicas em relação à sua saúde, especialmente saúde sexual e reprodutiva. A conjuntura à época reunia a efervescência dos movimentos sociais na redemocratização e o projeto de Reforma Sanitária junto às mobilizações que resultaram no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1984, de grande importância para a vida das mulheres no Brasil, para a saúde no geral, pois introduz o conceito da Integralidade, mas que também revela um cenário político de hierarquia de prioridades orquestrado (SOUZAS, 2005).

Na ausência de respostas concretas para suas demandas, as mulheres negras denunciaram as desigualdades de gênero e raça nas pautas de saúde dentro do Programa e dos movimentos sociais até então. Tanto as primeiras questões de saúde levantadas pelas mulheres negras, quanto as disputas políticas que sucederam delas forneceram elementos para se pensar um Sistema de Saúde público igualitário e uma saúde de fato integral (SOUZAS, 2005).

Esse contorno de tantas movimentações políticas relativas à saúde dá pistas para o limbo a que eram submetidas as mulheres negras dentro do movimento negro e do movimento feminista em um processo social e político muito maior. Isto, inclusive, repercutiu no surgimento dos movimentos de mulheres negras e feminismo negro, que deram lugar para as urgências das mulheres negras (SOUZAS, 2005).

Dessa forma, os movimentos de mulheres negras incidindo sobre o Estado, cobrando políticas públicas de saúde com intersecção de raça e gênero, materializam as primeiras pautas relativas à saúde das pessoas negras. Além disso, o Feminismo Negro foi imprescindível para implementação da Política Nacional de Saúde da População Negra, duas décadas depois (BRASIL; TRAD, 2012), e ainda hoje continua exercendo grande força dentro da temática.

A discussão do racismo como um determinante de saúde acirra-se pelos esforços na produção de informações baseadas no quesito raça/cor, o que forneceu conhecimentos e dados sobre as doenças de maior prevalência e, especialmente, sobre as condições de vida da população negra. A significância do quesito raça/cor nos serviços de saúde evidencia-se “não apenas por facilitar o diagnóstico e prevenção de doenças atualmente consideradas étnicas, mas, sobretudo, pela possibilidade de saber do que adoece e do que morre a população negra no Brasil” (PINTO; SOUZAS, 2002, p. 1145).

O racismo, enquanto determinante social de saúde, é entendido a partir da compreensão de saúde relacionada a modos e condições de vida, que somadas à outras iniquidades em saúde produzem piores índices de saúde para a população negra. O racismo institucional é um agravante para a desigualdade racial na saúde, pois restringe o acesso e dita o funcionamento, as normas e as dinâmicas das instituições, além de regular as relações entre os gestores, os profissionais de saúde e os usuários. Também é fruto do racismo institucional a inoperância, o silenciamento, a naturalização do preconceito, o descompromisso com a situação de desigualdade racial e a ausência de um real combate ao racismo.

As manifestações do racismo nas instituições são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano de trabalho resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer situação, o racismo institucional restringe o acesso das pessoas, de grupos raciais ou étnicos discriminados aos benefícios gerados pelo Estado e pelas instituições/organizações que o representam (SEPPPIR, 2011, p. 9).

O combate ao racismo institucional é descrito como uma das prioridades e objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. No texto da edição de 2017 da PNSIPN, o racismo institucional é caracterizado como:

qualquer forma de racismo que ocorre especificamente dentro de instituições como órgãos governamentais, instituições públicas, empresas, corporações e universidades. Essa prática inclui atitudes sociais específicas inerentes à ação preconceituosa racilamente, à discriminação, aos estereótipos, à omissão, ao desrespeito, à desconfiança, à desvalorização e à desumanização. São práticas que consolidam o racismo institucional e também se alimentam ou se revertem em racismo individual, conseqüentemente afetando espaços sociais coletivos como instancias governamentais (BRASIL, 2017, p. 23).

Vale apontar que o racismo forja a organização institucional da sociedade. Destaca-se, porém, a problemática do atravessamento do racismo nas instituições que promovem o cuidado, uma vez que a oferta do cuidado institucional em saúde, localizada dentro de uma sociedade racista, previamente estará enviesado pelo racismo. É nesse sentido que o documento, de 2011, de autoria da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) afirma que a completa equidade em saúde só será possível depois da superação do racismo (SEPPIR, 2011).

As mulheres negras são marcadas pelas trajetórias de informalidade e desemprego no Brasil, têm os menores rendimentos de toda a população brasileira, com baixo acesso à educação, habitação e serviços básicos (IBGE, 2019) – e em razão dessa gama de combinação de iniquidades, encontram-se mais expostas. Assim, conjuntos de iniquidade em saúde concentram as mulheres negras nos piores percentuais de acesso à saúde.

Entre as pessoas negras, a incidência de planos de saúde é ínfima, contabilizando 78,8% da população negra sem esse serviço (BRASIL, 2016). Destaca-se uma maior penetração dos planos de saúde privados em grupos com maiores rendimentos. Visto que a lógica é de contribuição mensal, é ainda mais distante para a população negra, já que ela apresenta os menores rendimentos (PNAD, 2019). O próprio projeto de desmonte do SUS visado pela ideologia neoliberal, com ascensão de planos de saúde em prol do capital financeiro, acentua a desigualdade racial no acesso à saúde. Portanto, a luta é pela defesa e pelo fortalecimento do SUS cada vez mais equânime, pois o projeto de desmonte do SUS comandado pela ideologia neoliberal acentua a desigualdade racial no acesso à saúde.

Antes do SUS, o acesso à saúde em sua forma pública se dava por meio de uma junção das políticas de previdência e saúde direcionada para os trabalhadores de carteira assinada, em uma lógica de seguro (COSTA; VIEIRA, 2012). Todavia, os postos formais

de trabalho estavam dedicadas aos brancos (MOURA, 1992). À época, a relação direta entre racismo e desemprego atuou como uma barreira à política de saúde para os negros.

Entende-se a discussão em torno do conceito da Determinação Social de Saúde (ALMEIDA-FILHO, 2010; FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010) feita para qualificar as reflexões críticas no âmbito da Saúde e enfatizar a centralidade das desigualdades no processo saúde-doença provenientes do sistema capitalista de produção coletiva e apropriação privada de riqueza. Apesar de entender e respeitar os estudos que elaboram a terminologia, ainda escolhemos Determinantes Sociais para tratar do conjunto de aspectos que incidem sobre a saúde, a cura, o risco e a doença das pessoas a depender do seu *locus* social. Assim o fazemos, seguindo o referencial teórico deste trabalho, inclusive o texto da própria Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que além de ser pertinente para esta pesquisa, também faz uma abordagem socioeconômica, sem qualquer prejuízo.

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra configura-se como o reconhecimento do Estado das injustiças e iniquidades em saúde da população negra, reconhecimento que foi produzido mediante os tensionamentos e disputas da sociedade organizada, sobretudo os movimentos negros, munida de dados, estudos e recursos como as categorias de identificação de raça, cor e etnia. Para inclusão do debate da equidade das relações raciais nas políticas de saúde e o reconhecimento do racismo institucional presente no SUS por parte do Estado (BRASIL; TRAD, 2012).

Há de se reconhecer que não é uma disputa que se encerra, visto que mesmo atualmente são investidas energias nas trincheiras de luta para o enfrentamento do mito da democracia racial, que vem sendo combatido desde a metade do século XX. Difuso estrategicamente pela branquitude em seu conjunto hegemônico de intelectualidade, política, mídia, o mito da democracia racial margeia as “bases da ideologia da mestiçagem racial e da igualdade entre os povos fundantes da nação” (BRASIL; TRAD, 2012, p. 64), que atreladas ao racismo formam abordagens disputadas por atores sociais que pensam a PNSIPN (BRASIL; TRAD, 2012).

Para as autoras Brasil e Trad (2012), os campos de estudos e análises das políticas públicas pressupõem, também, uma compreensão teórico-política das relações sociais e institucionais de poder, do Estado, da produção econômica e das vertentes ideológicas que estruturam e organizam a sociedade. Os estudos e pesquisas reivindicam e produzem

demandas com objetivo de exercer força sobre o Estado que resulte na garantia das pautas de determinados grupos.

A construção de uma política pública envolve agentes políticos em todas as fases, nas tensões e nas disputas necessárias para a formulação, nos recursos humanos para implementação, ou na disposição de ferramentas para a análise. Dessa forma, os estudos sobre as políticas públicas referentes à saúde da população negra, para além da provisão de categorias e conceitos próprios, demarcam a inclusão da agenda política, protagonizada pelo movimento negro brasileiro, para disputar o Estado a partir de demandas específicas para superação das desigualdades raciais (BRASIL; TRAD, 2012).

Assim, o estudo sobre a Política de Saúde da População Negra (SPN) constitui-se como importante campo de produção de conhecimento em virtude das necessidades de pensar abordagens teóricas que deem conta dos aspectos da realidade social. Os processos de formulação de tal política em saúde conjugam elementos da estrutura social – sua lógica de produção econômica e, especialmente, de reorganização das instituições sociais – com os elementos da superestrutura, aspectos ideológicos e hegemônicos em torno da formação da identidade nacional brasileira (BRASIL; TRAD, 2012, p. 64).

Com base em outros autores, Brasil e Trad (2012) elucidam sobre a forma como o vínculo ideológico e institucional dos atores sociais e políticos, envolvidos nas relações de poder da construção de uma política pública, influenciam nos processos de tomada de decisão. A afinidade política e o pertencimento institucional mediarão a interação dos atores sociais, seja na pressão sobre o Estado, seja na negociação de interesses, na defesa das causas e na formulação de respostas para elas, ou no empenho para exercer força contrária a determinados grupos que se contrapõem às suas agendas (BRASIL; TRAD, 2012; PINTO, 2004; FREY, 2000).

Brasil e Trad (2012) fazem uma discussão sobre o protagonismo do movimento negro para a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. Primeiramente, conceituam movimento negro e sinalizam a diversidade e os processos históricos que o compõem desde o pós-abolição, pois dentro do movimento negro estão diferentes grupos com bases ideológicas e políticas diversas das quais investiram energia e articularam para reunir condições materiais de transformação da realidade (BRASIL; TRAD, 2012).

Dentro de um cenário mais propício, apesar das contradições que foi o governo Lula, houve mais espaço para uma maior penetração do movimento negro na agenda pública na primeira década dos anos 2000. Os esforços para o reconhecimento das demandas do povo negro irromperam de intelectuais, artistas e políticos do movimento

negro e de pesquisadores de diversos estudos sobre saúde da população negra, “responsáveis pela análise das categorias raça/cor no âmbito de produção de teses e dissertações que descortinam a condição do negro no país, especialmente em estudos sobre violência, saúde e reprodução e HIV/ Aids” (BRASIL; TRAD, 2012). Tudo isso somou-se aos estudos epidemiológicos que forneceram bases e dados técnicos e científicos para a implementação da Política de Saúde da População Negra (SPN) (BRASIL; TRAD, 2012).

No campo institucional, a Conferência de Durban e a criação da SEPPIR agregaram diálogos sobre as vulnerabilidades sociais e a desigualdade racial, com pautas pontuais de saúde, como as doenças étnicas, práticas institucionais e políticas. O ponto central foi a parceria entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde, promotores de ideias e de ações para a implantação das ações afirmativas no campo da saúde. Foram produzidos documentos, estudos, seminários e encontros a respeito da saúde da população negra, em especial no período entre 2003 e 2006, além de equipe especializada para incidir acerca das questões raciais sobre o Plano Plurianual do governo Lula (BRASIL; TRAD, 2012).

Essa confluência de correntes de pensamentos e atores políticos debruçados sobre as desigualdades raciais permite a entrada da temática da saúde da população negra na agenda governamental. A partir daí, as ações foram se afunilando para recaírem na elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Esse é o momento em que o problema se impõe na agenda política e conta com atores políticos cruciais para o andamento das questões. Uma de nossas entrevistadas comenta sobre a presença de atores do Estado – atores governamentais – que se sensibilizaram com os dados de desigualdade em saúde apresentados pelo movimento negro e facilitaram a entrada da polêmica questão da saúde da população negra no Ministério da Saúde (BRASIL; TRAD, 2012, p. 84-85).

A materialização da união entre a SEPPIR e o Ministério da Saúde foi a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, por meio da Portaria nº 1678/2004, inicialmente incorporado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e institucionalizado para tratar das demandas da saúde da população negra e da equidade em saúde. O Comitê foi composto “por diversificados atores políticos do cenário nacional, incluindo especialistas no tema da saúde da população negra, oriundos de diversas organizações negras, especialmente o movimento negro feminista” (BRASIL; TRAD, 2012, p. 85).

A repolitização da saúde nos termos da Reforma Sanitária no contexto de elaboração do Pacto em Defesa do SUS também foi terreno fértil para a pauta de saúde da população negra. Nesse sentido, houve tensionamento para que se assegurasse que a política de SPN coadunasse com formato do SUS, o que foi completamente atendido, já

que a PNSIPN era almejada como uma política de inovação em saúde, que promoveria os princípios e diretrizes do SUS de equidade, atenção integral à saúde e participação dos movimentos sociais (BRASIL; TRAD, 2012).

Assim, o texto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é gestado e parido pelo Comitê Técnico de Saúde da População Negra e apresentado ao Conselho Nacional de Saúde, em 2006, que o aprova por unanimidade em razão da tamanha força empregada no processo de elaboração, corroborando a ideia das autoras da importância dos atores políticos e sociais envolvidos, que para além das correlações de forças institucionais, façam mediações e negociações necessárias. E, ainda, havia uma conjuntura de governo favorável, receptibilidade da agenda, continuidade da pauta até a efetivação da política (BRASIL; TRAD, 2012).

Em 14 de maio de 2009, por meio da Portaria nº 992, institui-se a política de SPN enquanto transversal, o que a aproximou cada vez mais do SUS, objetivando o combate ao racismo institucional e a garantia de que as questões raciais sejam debatidas transversalmente a todas as políticas de saúde.

Nos textos de Introdução e Princípios Gerais da PNSIPN, são descritos os dispositivos legais que fundamentam a implementação da política e as questões que margeiam o tema central. São citados como embasamento: os artigos da Constituição referentes aos Direitos Humanos, seguridade social, direito à Saúde, igualdade, controle e participação social; a implementação do SUS e seus princípios de universalidade, equidade, integralidade e descentralização; a aprovação da política no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão de Intergestores Tripartite; a instituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra no Ministério da Saúde pela Portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004; a instituição do Programa Brasil Quilombola pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003; o artigo 68 do Ato das Decisões Transitórias (ADCT) e a Convenção 169 da Organização internacional do Trabalho (OIT), a criação da SEPIIR pela Lei nº 687/2003; e o Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2017, p. 29-30).

Tudo isso ilustra o cenário de implementação da política e as dificuldades de sua efetivação na atualidade. Também nos informam, previamente, que os desafios de materialização devido o racismo institucional necessariamente reflete na limitação da transversalidade e diálogo com as demais políticas de saúde. Todavia, de acordo com Souza (2005), são muitas as possibilidades de alteração dessa realidade, visto que o contexto social presume que ele também pode ser mudado.

CAPÍTULO III: ANÁLISE DESCOLONIAL DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

Quando precisei saber, não havia ninguém por perto para me dizer que havia alternativas às quais me voltar além de médicos aterrorizados de não saber tudo. Não havia ninguém para me lembrar de que tenho de decidir o que acontece com meu corpo, não apenas porque o conheço melhor do que ninguém, mas simplesmente porque é meu. E tenho o direito de reunir informações que me ajudem a tomar decisões cruciais.

– Audre Lorde⁴

Na discussão sobre a relação entre racismo e as práticas integrativas, a fim de uma melhor compreensão dessa imbricação no DF, importa uma caracterização introdutória da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, a fim de elucidar seu propósito, seu contexto atual e sua organização mediante as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a relação das PIS disponíveis entre 2019-2021, além de análise decolonial do texto da PDPIS. Por sua vez, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra aparece como pano de fundo para um diálogo com a PDPIS, como um dos eixos de análise dessa pesquisa. A PNSIPN materializa um percurso histórico, teórico e político da população negra na luta pela saúde integral no Brasil, e em aproximações com a PDPIS, pode abrir caminhos, trazer reflexões e problematizações.

3.1 A POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

A Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA) – nomeada pela OMS em 2002 –, foi definida como Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelo Ministério da Saúde no Brasil (2006). No Distrito Federal, optou-se pela terminologia Práticas Integrativas em Saúde (PIS), durante as discussões promovidas pelo I Simpósio de Medicina Natural e Práticas Integrativas de Saúde do SUS/DF, em 2001 (PDPIS, 2014).

As Práticas Integrativas em Saúde do DF são regulamentadas pela Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) de 2014, aberta à consulta pública e discutida pelo Conselho de Saúde do DF à época de sua implementação. Sua gestão é de responsabilidade da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (GERPIS/DCVPIS/SAPS) (PDPIS, 2014).

⁴ LORDE, 2020, p. 201.

A PDPIS regulamentou 14 práticas integrativas – Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Fitoterapia, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong em 18 terapias, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Integrativa – que foram incorporadas à saúde pública do Distrito Federal em diferentes momentos históricos (PDPIS, 2014), representando a força social que as instituições vinculadas a essas práticas de cuidado exercem sobre a Política de Saúde no DF.

Assim como ocorreu com a Política Nacional (PNPIC), a PDPIS também acrescentou outras práticas integrativas anos depois da sua execução, por meio da Portaria nº 371, de 03 de junho de 2019, que incluiu Ayurveda, Laya Yoga e Técnica de Redução de Estresse ao conjunto de Práticas Integrativas em Saúde.

De acordo com a Política Distrital, as Práticas Integrativas em Saúde (PIS) são “tecnologias que abordam a saúde do ser humano na sua multidimensionalidade-física, mental, psíquica, afetiva e espiritual- com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde” (PDPIS, 2014, p. 29-30), definição que está em sincronia com os princípios do SUS na concepção do que é saúde em sua dimensão ampliada. Destaca-se que a validação das PIS no DF é confirmada “pelo critério da tradicionalidade de seu uso e/ou pelas comprovações de seus benefícios por metodologias científicas contemporâneas tendo o seu desenvolvimento o caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial” (PDPIS, 2014, p. 30).

Por sua vez, a PDPIS corroborou a definição de cuidado institucional para além de uma visão epidemiológica, hospitalocêntrica e medicamentosa, além de atuar para garantir que as PIS sejam uma ferramenta segura, sem se desfazer por completo do saber epidemiológico e do uso de medicamentos, visto que são importantes para o cuidado em saúde em casos que deles necessitem. O que alarga as possibilidades e não limita o acesso à saúde a apenas essas visões epidemiológica e medicamentosa.

Em 2014, a proposta da Política Distrital de Práticas Integrativas foi apresentada ao Conselho Distrital de Saúde de acordo com os direcionamentos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para a gestão dos entes na implementação das políticas próprias de práticas integrativas. Os documentos orientadores para a construção da PDPIS são a Política Nacional de 2006; um artigo da Lei Orgânica do Distrito Federal de 1993, no âmbito da Saúde, que versa sobre práticas alternativas de cuidado e do diagnóstico com comprovação científica de sua eficácia, ressaltando a homeopatia, acupuntura e a fitoterapia; e normativas nacionais decretadas

entre os anos de 2006 e 2011 de ordem farmacêutica, da Atenção Básica em Saúde e de três práticas integrativas, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais e Fitoterápicos e Acupuntura⁵ (PDPIS, 2014).

A história das Práticas Integrativas em Saúde no âmbito da Saúde Pública do Distrito Federal é permeada por muitos marcos e acontecimentos específicos. As primeiras aproximações aconteceram no Horto de Plantas Medicinais na Unidade de Saúde Integral de Planaltina (USI), situado no Hospital Regional de Planaltina, em 1983, e práticas vinculadas à Homeopatia nos Centros de Saúde de Brasília nº 8 e nº 11 e no Centro de Saúde de Sobradinho nº 2, em 1986 (PDPIS, 2014).

A institucionalização das Práticas Integrativas em Saúde, de fato, ocorreu também em 1986 com a criação do Instituto de Tecnologia Alternativa do Distrito Federal (ITA/DF) por meio do Decreto nº 9.317, de 12 de março de 1986. No ano seguinte, firmou-se o Convênio de Cooperação nº 11/87 junto à União, o ITA/DF e a SES/DF para a promoção das práticas: acupuntura, alimentação natural, fitoterapia, homeopatia e outras (PDPIS, 2014).

As respostas positivas advindas da PIS, unidas às grandes demandas apresentadas nas Conferências Distritais de Saúde pelos profissionais da saúde e pela população, desembocaram na instituição da GERPIS pelo Decreto nº 33.384/2011 que reorganizou a SES/DF (PDPIS, 2014).

As PIS foram inseridas progressivamente às Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Regionais e Instituto de Saúde Mental (PDPIS, 2014). De acordo com os documentos citados na PDPIS (2014), observa-se pioneirismo e expressiva participação de Regiões Administrativas caracterizadas por maiores áreas rurais na consolidação das PIS no SUS-DF, como Brazlândia e Planaltina, o que pode ser devido a uma boa recepção de práticas que envolvem plantio e hortas por parte da comunidade – já interrelacionada com o manejo da natureza (PDPIS, 2014).

Desde as experiências iniciais até a implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, em 2014, seguiram-se trinta anos de vivências, Normativas, Portarias e Decretos relativos às PIS, criação de corpo administrativo, no sentido de

⁵ Portaria GM/MS nº 1600, de 17 de julho de 2006 – aprova a constituição do Observatório de Experiências em Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde; Decreto Presidencial nº 5813 – institui a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008 – prova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Portaria GM/MS nº 84, de 25 de março de 2009 – insere no serviço especializado 134 (Serviço de Práticas Integrativas e sua classificação 001 – Acupuntura).

gerências e coordenações, bem como espaços e núcleos de estudos e pesquisas articulados (PDPIS, 2014).

Dentre os marcos históricos e institucionais, destaca-se o Decreto nº 33.384/2011, responsável por instituir, no mesmo ano, o Centro de Referência em práticas Integrativas em Saúde (CERPIS). Anteriormente o CERPIS foi nomeado como Centro de Medicina Alternativa (CeMA), e criado com o nome de Unidade Especial de Medicina Alternativa (UEMA), em 1999. O citado Decreto também substituiu o Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (NUMENATI), de 2000, pelos Núcleos de Planejamento e Produção de Conhecimento em Práticas Integrativas em Saúde (NPCPIS) e de Medicina Natural e Práticas Integrativas em Saúde (NUMENAPIS). Outro Decreto importante foi o nº 34.213, de março de 2013, que inaugurou o Núcleo de Farmácia Viva subordinado à Diretoria de Assistência Farmacêutica (PDPIS, 2014).

Importantes no interior de todas as políticas públicas, os objetivos pontuam no texto o propósito daquela ferramenta e direcionam todo o conjunto da política para a garantia do seu escopo. A partir deles, a administração pública orienta-se e a sociedade percebe qual intervenção da realidade o Estado buscou dar sentido por meio de uma política pública. São objetivos das PDPIS:

5. 1. Desenvolver as Práticas Integrativas de Saúde (PIS) no âmbito do SUS/DF, no contexto da promoção, recuperação e reabilitação da saúde e na prevenção de agravos em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Primária.
5. 2. Contribuir para aumentar a resolubilidade do Sistema e ampliar o acesso às PIS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no seu uso.
- 5.3. Racionalizar as ações em saúde, com estímulo para alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável da comunidade.
5. 4. Promover o envolvimento responsável, ético e continuado dos usuários, trabalhadores e gestores com as Práticas Integrativas de Saúde (PIS) no âmbito do SUS-DF.
5. 5. Ampliar o acesso ao controle e à participação social, fomentando espaços para o exercício da cidadania (PDPIS, 2014, p. 37).

Destarte, em 2014 nasce a Política Distrital de PIS no DF, com todo um aparato administrativo, com uma gerência específica e organização elencada dentro do SUS-DF. Atualmente, as PIS são dispostas nas Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Centros de Atenção Psicossocial e têm ganhado cada vez mais visibilidade e espaço na Política de Saúde.

Em outubro de 2019, 177 estabelecimentos de saúde do SUS no Distrito Federal ofereceram Práticas Integrativas em Saúde, de acordo com os dados do CNES. Esse

quantitativo representou 9,50% de todos os serviços vinculados ao CNES, que totalizaram 1864 serviços de atendimento ambulatorial. Desses 177 estabelecimentos que ofertaram PIS em 2019, a maior parte concentrou-se na Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CAETANO, 2019). De acordo com os registros do SIA-SUS do período de 2008 a 2019, o total de PIS no DF foi de 315405, concentrando-se, sobretudo, no grupo de procedimentos clínicos, 281187, o que equivaleu a 89,15%. O quantitativo de PIS registradas entre 2008 e 2019 no SIA-SUS representou menos de 1% de todos os procedimentos registrados na base de dados, cerca de 0,06%. Dentro dos grupos de procedimentos clínicos, as PIS com maior contingência de registros foram vinculadas aos serviços de média complexidade (99,2%). Em primeiro lugar, as sessões de acupuntura com inserção de agulha; em segundo, as sessões de eletroestimulação, com 39,56% (CAETANO, 2019).

Na Atenção Básica, o maior percentual de PIS foi vinculado a sessões de auriculoterapia, 45,43%, e ozonioterapia, aplicada à odontologia, 28,74%; cirurgia dentista e traumatologista bucomaxilofacial, com 23,26%, e de fisioterapeutas gerais, com 22,03%, foram as categorias profissionais que ranquearam o total das práticas dos grupos de procedimentos clínicos na Atenção Básica (AB). Para a coleta dos resultados, Caetano (2019) considerou os registros da CBO relativos aos procedimentos clínicos realizados por profissionais na AB e nos serviços de média complexidade (CAETANO, 2019).

Como elucida a pesquisa de Caetano (2019), os serviços de média complexidade abrigam a maior parte das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do SUS-DF. A Atenção Básica, que é o espaço de endosso de alocação das PIS, tem maior incidência das práticas corporais em Medicina Tradicional chinesa, com 48,64% do total de procedimentos. “Os profissionais dessas terapias podem exercer qualquer ocupação da área da saúde o que se torna uma vantagem para a implementação dessas em diversos estabelecimentos.” (CAETANO, 2019, p. 20)

Ressalta-se a incidência da Média Complexidade no contexto da PIS, com a acupuntura como prática mais aplicada, enquanto na AB há uma maior aplicação de auriculoterapia. Considerando a centralidade médica na acupuntura, dada a disputa pela prática por médicos acupunturistas, observa-se um endosso ao modelo clínico mesmo nas PIS. Já na Atenção Básica, a auriculoterapia é aplicada por profissionais de diferentes categorias. Discute-se a sobreposição da Atenção Secundária em uma Política que foi implementada para ser protagonizada pela Atenção Básica, como é o caso da PDPIS e

problematiza a centralidade médica no âmbito das PIS, que justamente representam a fuga do modelo biomédico e a pluralidade de saberes culturais.

É importante a retomada do protagonismo da AB nas práticas integrativas em saúde, pois além de ser porta de entrada do SUS, é a possibilidade de democratização do acesso para todas as pessoas. E a necessidade de abster a centralidade médica e hospitalar na PDPIS, amplificando o princípio da Integralidade, produzindo saúde de muitas formas e em uma perspectiva multiprofissional.

Em outubro de 2019, no que concerne aos estabelecimentos da rede pública de saúde, nas RAS do DF, as práticas corpo-mente (shantala, massagem, meditação, reflexoterapia, reiki e quiropraxia) destacaram-se com maior registro de oferta nos estabelecimentos (81,92%), depois, as práticas em medicina tradicional (33,9%) e acupuntura (com inserção de agulhas, com aplicação de ventosas/moxa e eletroestimulação) (15,82%) (CAETANO, 2019).

Apesar da lógica multiprofissional das PIS de interlocução e disponibilidade nos muitos estabelecimentos de saúde e diversidade de categorias profissionais, a figura médica ainda é predominante na aplicação dessas práticas. Dessa forma,

a classe médica possui elevado quantitativo de procedimentos realizados, independentemente da ampliação de profissionais da saúde passíveis de atuação após a PNPIC, a classe não médica continua não obtendo avanços significativos de procedimentos (CAETANO, 2019, p. 18).

A implementação das PIS no Brasil é permeada por desafios, seja pelo desconhecimento por parte da população e dos próprios profissionais de saúde, seja pelo baixo financiamento e investimento em insumos necessários, inclusive pela falta de afinidade dos gestores com a administração e sistematização das práticas. Isso se reflete na baixa proporção de PIS em comparação ao conjunto de todos os outros procedimentos registrados no SIA-SUS (CAETANO, 2019).

Segundo Ruela et al. (2019), as práticas integrativas podem atuar para ampliação no acesso à saúde, em contexto de iniquidades em saúde, pois têm a capacidade de reorganizar o orçamento da política em locais com baixos recursos. Para as autoras, a medicina complementar tem muita penetração em países empobrecidos dado o custo elevado da medicina clínica e da própria defasagem no acesso aos serviços de saúde por parte da população. E que as PICS têm maior aderência na Atenção Básica devido ao baixo investimento em recursos e equipamentos tecnológicos de que necessitam, e

somadas à segurança denotada, caracterizam-se como um serviço de saúde efetivo, pouco oneroso e seguro (RUELA et al., 2019).

No entanto, cabe ressaltar que qualquer política de saúde requer financiamento significativo, até mesmo as PIS. O SUS oferta acesso universal à saúde a partir de financiamento da classe trabalhadora, especialmente com contribuições sociais incididas sobre o consumo dada a carga tributária regressiva do Brasil (SALVADOR, TEIXEIRA, 2014). O baixo investimento para o custeio das PIS no Brasil não significa que elas custam pouco, significam que, a nível de prioridades orçamentárias, não são caracterizadas como medidas centrais e prioritárias.

Problematizo a afirmação de Ruela et al. (2019) de que as PICS têm baixo custo para a sua aplicação e que por esta razão há uma maior adesão de governos com orçamento pulverizado. Visto que todos os serviços de saúde demandam despesas, que deveriam ser muito bem previstas e delimitadas, em termos orçamentários. São históricos os ataques das iniciativas privadas à saúde pública no Brasil e um grande desafio é garantir o direcionamento dos gastos para investimento e ampliação nos serviços de saúde como estabelece o artigo 195 da Constituinte, que assegura fontes exclusivas para o financiamento da Política de Saúde para pleno funcionamento dos serviços.

O contínuo desfinanciamento da Política de Saúde (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2018) e a lógica de privatização representam um ataque às políticas específicas de práticas integrativas em saúde, visto que são orientadas por princípios básicos do SUS, que só são materializados a partir de dotação orçamentária bem delimitada.

Segundo matéria do Observa PICS (2019), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares não dispõe de um financiamento específico assegurado, dividindo recursos com outros serviços no Bloco da Atenção de Média e Alta complexidade e no Bloco da Assistência Farmacêutica devido o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Geralmente, as aplicações das PICS não sugerem outras demandas posteriores, como exames, o que naturalmente não causa maiores gastos para além das próprias práticas. No entanto, as PICS ainda são desfavorecidas nas disputas por financiamento, uma vez que aponta-se “com base em informações do Ministério da Saúde, que o valor anual investido no SUS com PICS não chega a R\$ 3 milhões, o que corresponde a 0,008% das despesas com todos os procedimentos ambulatoriais e hospitalares” (ALMEIDA, 2019).

Outro grande desafio é a incipiência de dados acerca das PIS, tanto nas publicações quanto no contexto de subregistro do SIA-SUS e e-SUS, o que acarreta a incongruência de dados, visto que algumas unidades ofertam determinadas práticas, mas não as reportam aos sistemas. Um exemplo são os profissionais farmacêuticos, que no período de 2008 até 2019 não se têm registros de PIS realizadas por estes profissionais e que não atuam apenas na ozonioterapia aplicada à odontologia exclusiva aos cirurgiões dentistas (CAETANO, 2019).

O que é inconsistente se considerarmos que o DF possui duas unidades de “Farmácias Vivas” que manipulam e disponibilizam medicamentos fitoterápicos para a população usuária do SUS, além da oferta do fitoterápico “Chá medicinal de guaco” no período de sazonalidade das síndromes gripais e disponibilidade de guias de plantas medicinais (BRASIL, 2020).

O DATASUS é uma importante ferramenta no fortalecimento dos indicadores de saúde, na participação social, por viabilizar a transparência nos serviços de saúde e na sistematização das PIS e de dados que podem ser úteis para a construção de novas políticas públicas. Um passo imprescindível para sua manutenção é a qualificação e a sensibilização dos profissionais à relevância do armazenamento de dados com os registros nos sistemas.

O Distrito Federal é referência em termos da institucionalização das práticas integrativas no Brasil, justamente por implantar uma política pública distrital para organizar a oferta de PIS no SUS-DF, sobretudo na Atenção Básica (CAETANO, 2019).

No Distrito Federal tal fato torna-se perceptível com o elevado percentual de unidades básicas e centros de saúde com disponibilidade de PIC, sendo esses os principais locais destinados ao atendimento na atenção primária. As sessões de acupuntura com inserção de agulhas, sessões de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa e sessão de eletroestimulação são financiadas por um fundo pertencente à média complexidade, o que as insere nesse âmbito. O crescimento das PIC no DF deve ser destacado como reflexo da tentativa de implementação de uma política distrital local relacionada à temática (CAETANO, 2019, p. 19).

A centralização da clínica médica no âmbito da saúde como um todo, inclusive nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do DF, materializam uma correlação de forças historicamente construídas. O ideal é a inserção das diversas categorias profissionais na aplicação do conjunto de PIS, que têm um caráter multiprofissional. Portanto, “nota-se a necessidade de readequação de normas para regulamentar os profissionais e de incentivo a utilização das PIC e suas formações para ampliar o pluralismo terapêutico dos profissionais” (CAETANO, 2019, p. 19).

A participação expressiva dos variados trabalhadores na realização das PIS não é um consenso entre todas as categorias profissionais. O Conselho Federal de Serviço Social, por exemplo, mediante os questionamentos e as dúvidas de assistentes sociais e dos Conselhos Regionais sobre o assunto, emitiu um ofício circular (nº 89/2019) pautando que a aplicação das PIS nos estabelecimentos de saúde não é atribuição e nem competência do assistente social, e que as PIS não podem ser associadas ao seu exercício profissional.

Com isso, destaca-se a importância de pensar estratégias para barrar o desvio de função no serviço público de saúde, conforme os códigos profissionais de atribuições, ao passo que se deve garantir que todas as categorias profissionais no âmbito do SUS, enquanto profissionais de saúde, alinhem-se à perspectiva do cuidado integral da saúde do ser.

Na interface do site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, localiza-se um espaço específico para a publicização de informações sobre as PIS, com diversos informativos, guias, *folders*, manuais, o documento da própria Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde e um conjunto de documentos com a relação da oferta de PIS no SUS-DF, organizados por Regiões Administrativas e com última atualização feita em 05 de julho de 2019, à época da consulta. O que significa que a principal fonte de informação de fácil acesso da oferta de todas as PIS no DF está desatualizada. No entanto, o Quadro 1 elenca a relação das PIS no SUS-DF disponibilizada online para a população, no site. O quadro foi constituído com essas informações justamente por ser a ferramenta de consulta das práticas disponíveis para a sociedade:

Quadro 1- Oferta de Práticas Integrativas em Saúde (PIS) por Regiões Administrativas (RAs)

Regiões Administrativas	Unidades de Saúde	Práticas Integrativas em Saúde
Águas Claras	UBS 1.	Arterapia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa.
Asa Norte	UBS 1, UBS 2, CEDOH, CAPSi, CAPS II.	Automassagem, Yoga, Lian Gong, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa, Meditação.
Asa Sul	UBS 1, CAPS AD III, Adolescente, Hospital DIA, HMIB.	Automassagem, Arteterapia, Musicoterapia, Reiki, Yoga.
Brazlândia	UBS 1, UBS 2, UBS 4, UBS 5, UBS 6, UBS 7, UBS 8, UBS 9, Hospital de Brazlândia.	Técnica de Redução de Estresse (T.R.E), Lian Gong, Meditação, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Automassagem, Tai Chi Chuan.

Candangolândia	UBS 1.	Automassagem, Reiki, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa.
Ceilândia	UBS 1, UBS 2, UBS 3, UBS 6, UBS 8, UBS 9, UBS 10, UBS 12, UBS 14, UBS 16, Policlínica 1, Hospital de Ceilândia, CAPS AD III, CREAS.	Automassagem, Yoga, Lian Gong, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa, Musicoterapia, Técnica de Redução de Estresse (T.R.E), Reiki, Shantala.
Cruzeiro	UBS 1, UBS 2.	Automassagem, Lian Gong, Arteterapia, Musicoterapia, Terapia Comunitária Integrativa, Meditação.
Estrutural	UBS 1.	Lian Gong.
Gama	UBS 1, UBS 4, UBS 6, UBS 11, Hospital do Gama.	Automassagem, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa.
Granja do Torto	UBS 5.	Yoga.
Guará	UBS 1, UBS 2, UBS 3, Hospital do Guará, CAPS AD II.	Automassagem, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa, Reiki, Shantala, Meditação.
Hospital de Apoio – Noroeste	Hospital de Apoio.	Reiki.
Itapoã	UBS 1.	Automassagem, Lian Gong, Arteterapia, Reiki, Shantala, Meditação.
Lago Norte	UBS 1.	Tai Chi Chuan.
Lago Sul	Policlínica 3.	Automassagem, Lian Gong, Medicinas e Terapias Antroposóficas, Reiki, Tai Chi Chuan.
Núcleo Bandeirante	UBS 1.	Reiki, Terapia Comunitária Integrativa.
Paranoá	UBS 1, UBS 2, UBS 3, UBS 4, UBS 6, Hospital da Região Leste.	Automassagem, Shantala, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa, Reiki, Yoga, Meditação, Lian Gong, Fitoterapia.
Park Way	UBS 1.	Automassagem, Lian Gong.
Planaltina	UBS 4, UBS 5, UBS 7, UBS 11, UBS 13, UBS 16, UBS 17, UBS 19, UBS PIS - CERPIS, CAPS II.	Auriculoterapia, Automassagem, Terapia Comunitária Integrativa, Fitoterapia, Tai Chi Chuan, Shantala, Lian Gong, Reiki, Laya Yoga.
Recanto das Emas	UBS 2, UBS 3, UBS 4, CAPSi.	Automassagem, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Meditação.
Riacho Fundo I	UBS 1, UBS 2, CAPS III.	Automassagem, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Lian Gong.
Riacho Fundo II	UBS 1, UBS 2, UBS 4.	Automassagem, Shantala, Yoga, Lian Gong,
Samambaia	UBS 2, UBS 3, UBS 4, UBS 5, UBS 6, UBS 7, UBS 9, CAPS AD III, CAPS III.	Automassagem, Yoga, Fitoterapia, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa, Auriculoterapia, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Reiki, Shantala.
Santa Maria	UBS 1, UBS 5, UBS 7, Policlínica, Hospital de Santa Maria, CAPS AD II.	Automassagem, Meditação, Yoga, Reiki, Tai Chi Chuan.

São Sebastião	UBS 1, UBS 3, UBS 4, UBS 5, UBS 6.	Automassagem, Reiki, Yoga, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa.
Sobradinho I	UBS 1, UBS 2, UBS 3, UBS 5, UBS 6.	Automassagem, Auriculoterapia, Lian Gong, Reiki, Tai Chi Chuan, Yoga, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa.
Sobradinho II	UBS 1, UBS 2, UBS 5, UBS 6, CAPS AD II.	Automassagem, Fitoterapia, Tai Chi Chuan, Yoga, Lian Gong, Terapia Comunitária Integrativa, Reiki.
Taguatinga	UBS 1, UBS 2, UBS 3, UBS 5, UBS 7, UBS 8, CAPS II, Hospital de Taguatinga, Hospital São Vicente de Paulo.	Automassagem, Lian Gong, Shantala, Tai Chi Chuan, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa.
Varjão	UBS 1.	Automassagem.
Vicente Pires	UBS 1.	Shantala, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa.
Vila Planalto	UBS 3.	Automassagem, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa.

Elaborado pela autora. Fonte: Site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (com última atualização em 05/07/2019, à época da consulta). Dados coletados no dia 23/11/2021.

O Distrito Federal, oitavo maior PIB do Brasil, dispõe de um maior percentual de mulheres negras localizadas no SCIA/Estrutural (76,8%), Fercal (71,9%), Varjão e São Sebastião (ambos com 68,1%) e Itapoã (67,2%), Regiões Administrativas conhecidas por índices menores de renda e de condições precárias de habitação (CODEPLAN, 2014). De acordo com o Atlas do Distrito Federal, em 2018, a renda per capita no SCIA/Estrutural foi quinhentos reais, a menor de todo o Distrito Federal. Enquanto nas RAs Fercal, Varjão e Itapoã, a renda per capita esteve entre quinhentos e mil reais, e em São Sebastião, entre mil e dois mil reais. Em contrapartida, o Lago Sul representou a maior renda per capita do DF, entre sete mil e oito mil reais (CODEPLAN, 2020).

Em relação às Práticas Integrativas em Saúde, a Região Fercal não possui oferta e as Regiões Estrutural e Varjão ofertam apenas uma prática cada, Lian Gong e Automassagem, em uma UBS localizada em cada RA. Assim, entende-se a dinâmica territorial do Distrito Federal, onde uma RA pode ter características habitacionais específicas ou uma diferença expressiva de extensão territorial em comparação a outra RA, o que pode incidir em uma maior ou menor concentração de UBSs e diversificação de PIS. A exemplo da Região Noroeste, que disponibiliza apenas o Reiki, mas se trata unicamente do Hospital de Apoio, hospital que atende um grupo específico e não toda comunidade do Noroeste.

No entanto, considerando as desigualdades socioterritoriais inerentes à formação do Distrito Federal, problematiza-se o menor número de oferta de PIS justamente nas

RAs com as menores Rendas Per Capita. Não obstante, o Lago Sul, uma Região considerada pequena e menos populosa, com um único estabelecimento de saúde com PIS, oferece cinco tipos de práticas integrativas, sendo uma delas a de Medicinas e Terapias Antroposóficas, ofertada apenas nesta e em outra RA do DF.

A pandemia da Covid-19, iniciada no Brasil em março de 2020, trouxe repercussões sociais, políticas, históricas e econômicas que vão muito além da dimensão da própria doença e extrapolam para o abismo social já enraizado no país. A sobrecarga do Sistema Único de Saúde, em contexto de desfinanciamento e de gestão negacionista do Governo Federal, mediou o processo terapêutico e de atenção aos mais de 20 milhões de casos notificados até o terceiro trimestre de 2021 (apesar da subnotificação).

O cuidado em saúde de um país com níveis alarmantes e descontrolados de contágio demandou uma reorganização de todo o SUS para a atuação no enfrentamento da pandemia, inclusive da Atenção Primária em Saúde (APS), o que acarretou na suspensão parcial ou total de inúmeras atividades e serviços da APS, de média e alta complexidade.

Tudo isso ocasionou implicações também para as PIS no DF, visto que compõem o Sistema de Saúde e a maioria delas são abertas para a comunidade, realizadas em coletividade, exceto as que exigem agendamento ou algum pré-requisito e preparo prévio. Na pandemia, as suspensões das atividades presenciais das PIS foram medidas de segurança, para evitar a transmissão da Covid-19. Segundo a página oficial da Secretaria de Saúde do DF na rede social Instagram®, em uma postagem de 1º de junho de 2021, as atividades coletivas da PIS estariam suspensas para evitar aglomeração e circulação de pessoas, porém com a possibilidade de atendimentos individuais por meio de agendamento nas unidades de saúde, além das práticas ofertadas online (BRASIL, 2021). Inclusive, no site da SES-DF, há um *link* que leva direto a um grupo online destinado para a Automassagem, prática destaque na oferta das RAs (2021).

Quadro 2 - Serviços de Práticas Integrativas e Complementares ofertadas no SUS-DF em outubro de 2021

Serviço de Práticas Integrativas e Complementares		
Classificação	Número de Serviços	Percentual
Acupuntura	63	17,12%
Antroposofia Aplicado A Saúde	7	1,90%

Aromaterapia	0	0,00%
Ayurveda	1	0,27%
Fitoterapia	15	4,08%
Homeopatia	13	3,53%
Imposição de Mãos	10	2,72%
Outras Práticas em Medicina Tradicional Chinesa	76	20,65%
Ozonioterapia	0	0,00%
Práticas Corpo-Mente	170	46,20%
Práticas Expressivas	1	0,27%
Práticas Manuais	4	1,09%
Práticas Naturais	1	0,27%
Práticas Psicodinamicas	5	1,36%
Termalismo/Cronoterapia	2	0,54%
Total	368	100,00%

Elaborado pela autora. Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) do DATASUS. Dados coletados no dia 23/11/2021.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) do DATASUS, em outubro de 2021, 242 estabelecimentos de saúde ofertaram PIS no Distrito Federal, 65 estabelecimentos de saúde a mais que no mesmo mês do ano de 2019. Considera-se um aumento expressivo, visto que entre março de 2020 e outubro de 2021, o Brasil vivenciou a pandemia de, que exigiu do Sistema de Saúde uma atuação para além da sua capacidade. Ressalta-se que outubro de 2021 foi o mês com menor índice de média móvel de mortes, como repercussão do avanço da cobertura vacinal a partir do terceiro trimestre deste ano (BVSMS, 2021).

Em uma consulta inicial no CNES, referente a outubro de 2021, em todos os municípios do DF, na busca por todas as classificações do serviço de Práticas Integrativas e Complementares, resultou no número total de 242 estabelecimentos de saúde que ofertaram PIS, neste período (CNES, 2021).

Esse número total de estabelecimentos de saúde se altera quando muda o filtro de classificação do serviço de cada prática ao invés de todas. Alterando o filtro de classificação do serviço de cada prática por consulta e somando o total destas, obtém-se o total de 368 estabelecimentos de saúde que ofertaram PIS em outubro de 2021,

conforme mostra o Quadro 2. Pontua-se, ainda, que esta mudança pode ter se dado por cruzamento de dados, quadro de subnotificação ou por falha no processo de pesquisa (CNES, 2021).

No escopo de cada prática à consulta no CNES, existe a relação dos estabelecimentos ofertantes. A Acupuntura que é responsável por 17,12% do total, assim como outras classificações de serviços de acordo com a base de dados (CNES, 2021), concentra inúmeros estabelecimentos de saúde privados que não estão descritos publicamente no site da SES-DF como ofertantes de PIS, nem no texto da PDPIS há a ressalva para oferta de PIS nos serviços privados de saúde.

O Plano Distrital de Saúde 2020-2023 estabeleceu como meta ampliar para 65,5% as Unidades de Saúde que ofertam as Práticas Integrativas em Saúde no DF até 2023, o que significaria um aumento de 10,5% no percentual, considerando o índice de 55% de 2018. Essa iniciativa parte do Eixo de Gestão das Redes de Atenção à Saúde, no seguimento da Diretriz de Fortalecimento das Redes de Atenção por meio de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado integral, e com objetivo estratégico de fortalecer a rede de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2019).

De acordo com o Painel de Indicadores da plataforma digital da Pesquisa Nacional de Saúde, da Fiocruz, no Módulo “Utilização dos Serviços de Saúde” da Consulta por Indicadores no Brasil, a utilização de alguma prática integrativa e complementar nos últimos 12 meses subiu de 3,80 pontos percentuais, em 2013, para 4,60 pontos percentuais em 2019. No Distrito Federal esse aumento representou um salto de 4,60 pontos percentuais em 2013 para 5,50 pontos em 2019. As regiões do Brasil onde mais se utilizou PIS, entre 2013 e 2019, foi a Região Norte (com uma variação de 5,90 em 2013 e 5,70 em 2019), seguida da Sul, com 5,20 pontos percentuais em 2013 e 5,40 pontos em 2019 (FIORCRUZ, 2019).

Demarcando a abrangência por raça/cor na consulta dos indicadores, no Brasil, a utilização de PIS por brancos foi de 5,5 pontos percentuais, pretos, 4 pontos, e pardos, 3,7 pontos. A utilização por mulheres equivaleu a 5,6 pontos percentuais, já de homens foi de 3,5. Chama-se atenção, também, para a renda per capita familiar, em que as pessoas com mais de 03 salários mínimos representaram o maior percentual (11,9%). Por fim, também ocupou o maior percentual na utilização de PIS as pessoas com 60 anos ou mais (6,5%) (FIORCRUZ, 2019).

Observa-se que o percentual de brancos que utilizou as PIS no Brasil foi maior em 2019 (5,5). Todavia, a categoria população negra, desenvolvida pelo IBGE, é formada por pretos e pardos, o que aponta para que se somarmos os pontos percentuais de pretos e pardos, a negra utilizou mais PIS no Brasil em 2019, assim como mulheres, idosos e pessoas com mais de 03 salários mínimos (FIOCRUZ, 2019). A incipiência de dados acerca das PIS no Distrito Federal e a subnotificação relativa à raça não permitem fazer muitas afirmações, porém aborda-se que se a população negra utilizou mais PIS, suas especificidades e necessidades devem ser ilustradas e consideradas na oferta de uma política pública.

3.2 RAÇA E ESQUEMA CORPORAL NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

A compreensão do corpo é central dentro da prática do cuidado em saúde, na medicina ocidental, nas racionalidades médicas diversas e nos sistemas tradicionais de cura. Para “cada concepção corporal há uma forma correspondente no processo saúde-enfermidade” (SEPARAVICH; CANESQUI, 2010, p. 258). Logo, uma tipologia de processo saúde-doença pressupõe uma interpretação do corpo e de seus processos corporais.

Na história da Medicina Ocidental existiam diferentes concepções sobre o processo saúde-doença, que necessariamente também apreenderam concepções sobre o corpo. Seja com a teoria do equilíbrio dos humores do chamado pai da medicina ocidental, o grego Hipócrates (460-377 a.C), baseada na interlocução do corpo com o ambiente relacionada à nutrição, moradia e trabalho, que inclusive considerou uma visão mais ampla do que abordagens seguintes de séculos depois, seja com o marco da Biomedicina enquanto Ciência Moderna, que instituiu a perspectiva biológica/natural do corpo, o corpo natural como um corpo universal, em uma perspectiva essencialista (SEPARAVICH; CANESQUI, 2010).

Como as interpretações dos corpos e dos processos corporais, são diversas – por condições subjetivas e intersubjetivas – as narrativas únicas, essencialistas e universais de cuidado, são excludentes e descabidas pois exigem corpos impostos como naturais. Estudiosos da antropologia e da história da medicina apontaram para a ideia da construção do corpo a partir, respectivamente, de aspectos socioculturais e de aspectos filosóficos, políticos e epistemológicos, as duas correntes problematizando a noção limitada de corpo biológico (SEPARAVICH; CANESQUI, 2010).

A partir do pensamento Foucaultiano, Separavich e Canesqui (2010), dissertam sobre a transição para o modelo hospitalocêntrico na medicina ocidental, entre o século XVIII e XIX, que culminou no paradigma da anátomo-clínica determinado pela doença, com a restrição do conhecimento ao ambiente clínico e do poder médico sobre corpo. A lógica de biopoder (FOUCAULT, 1989) aponta para as relações de poder que se engendram no corpo, até mesmo nos próprios órgãos, como uma espécie de hierarquia de órgãos mais e menos importantes.

Já a concepção do corpo e dos processos corporais para a Medicina Tradicional chinesa e para a medicina ayurvédica, evoca uma simbologia da anatomia na qual o “corpo físico interage com forças extra-humanas”. A Medicina Tradicional chinesa entende que os meridianos permeiam o corpo circulando a energia vital caracterizada como Chi (HELMAN, 2003), o equilíbrio do Chi compreende saúde e o seu desequilíbrio compreende a doença. “A terapêutica, nos casos de adoecimento, passa pela acupuntura, isto é, a inserção de agulhas em localizações precisas do corpo, que ao todo é composto por 309 pontos, podendo assim ser descongestionado o fluxo vital.” (SEPARAVICH; CANESQUI, 2010, p. 254)

As religiões de Matriz Africana, fundamentadas por filosofias, também entendem o fluxo da energia vital. Chamada de Axé, ela é a energia responsável pelo equilíbrio total dos elementos, mediada pelas forças da natureza representadas pelos ancestrais Orixás, sendo o seu desequilíbrio o que o ocidente nomeia de doença. As filosofias africanas precisaram se organizar no Brasil também como religiões em virtude do extermínio e do apagamento direcionados aos povos africanos e seus descendentes. Mas, é preciso que reconheçamos, cada vez mais, o seu lugar enquanto filosofia e sistema médico complexo, como é o caso da Medicina Tradicional Iorubá que abriga uma série de conhecimentos invisibilizados pelo epistemicídio e uma concepção ampliada e específica do processo saúde/doença.

Os autores Separavich e Canesqui (2010) consideram que o entendimento do corpo estabelece uma ontologia do ser. O tipo de cuidado em saúde do corpo, que é previamente interpretado de uma determinada maneira, refere-se a uma ontologia do ser presente em cada racionalidade médica ou sistema de cura. O modo de existir de um corpo, bem como sua maneira de ser cuidado, indicam uma ontologia do ser.

Dialogando com o conceito de *corpo abjeto* de Judith Butler (2008), Separavich e Canesqui (2010) elucidam sobre a marginalização de corpos dissonantes da construção da Biomedicina, não sendo abarcados por sua ontologia. Nesse sentido, os corpos são a

materialidade do discurso e um corpo abjeto é rejeitado ontologicamente, pois a existência que o preenche é negada. Cada ontologia abarca um território, um *locus* social, que para Butler, incide sobre a urgência de atribuir validade ontológica a corpos historicamente marginalizados, para que outras ontologias, com outras relações de poder, ganhem valor social (SEPARAVICH, CANESQUI, 2010; BUTLER, 2008; PRINS; MEIJER, 2006).

A Medicina Tradicional chinesa, por sua vez, tem uma noção de corpo que corresponde a um processo saúde-doença específico. Essa racionalidade milenar complexa e ampliada compreende a dimensão da natureza e protagonismo dos meridianos no fluxo da energia vital e sua incorporação no SUS representa um grande avanço. A ontologia do ser presente na Medicina Tradicional chinesa é subjugada por se tratar de um conhecimento oriental, portanto, não eurocêntrico, no qual o sujeito está interligado com a natureza, em uma lógica contrária à capitalista. No entanto, o corpo ilustrado pela filogenética da Medicina Tradicional chinesa, ainda é um corpo branco.

A noção de pessoa também pode ser observada na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (2014) na concepção dos facilitadores disposta no texto, na seção dos “Marcos Históricos e Institucionais”. Elencadas as Portarias que corroboraram a Política, elas dizem a respeito da formação profissional.

Em 2002, a Portaria nº 4, de janeiro, determinou Acupuntura e Homeopatia como especialidades médicas da SES/DF e a Portaria S/Nº, de fevereiro, abriu 20 vagas para cada uma dessas especialidades. Em 2005, a primeira disciplina eletiva anual de Práticas Integrativas em Saúde foi ofertada pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) da SES/DF, e anos mais tarde ampliada para os alunos do 3º ano de medicina e enfermagem. Implantou-se a Residência Médica em Acupuntura no Hospital de Base, em 2008, e disciplina eletiva dessa mesma prática para os alunos do 2º, 3º, 4º e 6º ano como internato eletivo para alunos dos cursos de graduação de medicina da ESCS.

Destaca-se, portanto, que em 2021 a ESCS decidiu acabar com as cotas raciais de acordo com a decisão do Governo do Distrito Federal. Segundo matéria do Metrôpoles, a medida do Projeto de Lei aprovado que adotava a Lei de Cotas Federal em Brasília, na ESCS e na nova Universidade do DF, foi vetada, “isso garantiria 50% das vagas a estudantes pretos, pardos, indígenas, provenientes do ensino médio cursado em escolas públicas ou na rede particular com bolsa integral e a famílias com renda de até 1,5 salário mínimo. No entanto, a medida foi vetada” (ALCANTARA, 2021).

É fato que nos anos seguintes à implementação das políticas afirmativas nas Universidades do país, pessoas negras e indígenas passaram a ocupar cada vez mais cadeiras dos cursos de graduação, inclusive de medicina. Todavia, o perfil étnico-racial e socioeconômico dos estudantes de medicina do Brasil ainda aponta para a predominância de pessoas brancas. A ausência de políticas de cotas na faculdade pública de medicina e enfermagem ESCS, referenciada na PDPIS, representa a influência do racismo na elitização desses espaços.

O Brasil continua sendo um país onde persistem muitas barreiras socioeconômicas e raciais para acesso à formação médica, ainda que o Brasil seja equivocadamente considerado uma democracia racial, pessoas negras, povos indígenas e aqueles de baixo *status* social são os mais afetados por tais dificuldades de acesso à universidade. As faculdades de medicina são tradicionalmente ocupadas por grupos brancos, ricos e de classe média alta, embora o maior contingente populacional dos brasileiros se considere negro. Para lidar com esse cenário, há, desde 2013, a reserva de 50% de todas as vagas em universidades públicas para baixa classe social, povos indígenas e pessoas negras (SOUZA et al., 2020, p. 1). Dessa forma, a descontinuidade da política de ações afirmativas na ESCS reforça o racismo estrutural e institucional no ensino das ciências da saúde no Distrito Federal, o que influi consideravelmente na formação vinculada às Disciplinas e Residências que abarcam Práticas Integrativas em Saúde.

A mencionada capacitação de servidores públicos do Distrito Federal também corrobora com a ideia de sujeito presente na política, com ênfase na primeira turma de formação de facilitadores na SES/DF, que inaugurou o Tai Chi Chuan, em 2008, e a Portaria nº 175, de setembro do ano seguinte, que estabeleceu o papel dos facilitadores de PIS, denominando e restringindo aos servidores públicos da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal habilitados e determinando a carga horária de 6 horas semanais para cumprimento das atividades das PIS.

Art. 1º - Denomina-se Facilitador das Práticas Integrativas de Saúde, os servidores desta SES da área de competência assistencial, habilitados em uma ou mais dessas práticas com possibilidade de atuação em todos os níveis de complexidade do sistema, com ênfase especial na atenção básica.

Art. 2º - A esses servidores Facilitadores das PIS compete especificamente: Organizar, supervisionar, informar, executar e acompanhar individualmente ou em grupo de usuários as PIS nas Unidades de Saúde dessa SES. Participar de programas de educação continuada estabelecidas pelo NUMENATI, com vistas à atualização e aperfeiçoamento da PIS (SINJDF, 2009, *n.p*).

Há uma certa dificuldade para encontrar dados ou estudos sobre o perfil étnico-racial dos servidores públicos do Distrito Federal, sobretudo da Secretaria de Estado de

Saúde (SES-DF). No entanto, uma recente nota técnica do Ipea (2021) destacou o funcionalismo público a partir do quesito raça/cor. O estudo dedica-se, especialmente, ao Executivo Federal, mas de uma maneira geral aborda que entre a população negra ocupada no serviço público, 55,3% estão alocados no nível municipal, 30,1% no nível estadual e 14,6% no federal. Segundo o relatório, existe um maior percentual da população negra ocupada no serviço público municipal devido a uma maior adesão de políticas públicas e menores salários médios em relação aos níveis estadual e federal. Reiterando que “59,8% dos vínculos civis ativos no nível municipal recebem até 2,5 mil reais, esta é a realidade de apenas 14,4% dos ocupados no nível federal” (IPEA, 2021, p. 3).

Não se pode concluir acerca da raça dos servidores públicos do Distrito Federal com base nesses estudos apresentados que se dedicaram a outra finalidade. Mas há algo importante a ser destacado: segundo a nota técnica (IPEA), as políticas de ações afirmativas têm maior penetração no nível municipal, e por esta razão a população negra ocupada no serviço público concentra-se majoritariamente nos municípios. A realidade do Distrito Federal é muito específica por ter valia de Estado e dimensões territoriais mais compatíveis a de uma grande cidade. O que vale ser ressaltado é que segundo o Mapa das Ações afirmativas no serviço público estadual e federal, do Atlas do Estado brasileiro (2021), o Distrito Federal implementou a Política Afirmativa de reserva de vagas para pretos e pardos apenas em 2019, com a Lei nº 6.321/2019. Menciona-se, ainda, que o último concurso público para provimento de servidores efetivos para a Secretaria de Saúde do DF aconteceu em 2018, anterior à política de ações afirmativas. No Distrito Federal, houve uma implementação tardia de programas de reserva de vagas para a população negra, mesmo com os primeiros esforços para as ações afirmativas iniciados nos anos 2000, e com o marco teórico importante da Lei Federal nº 12.990/2014.

De acordo com Fanon (2008), a ideia de reciprocidade de Hegel cristalizada pela ideia do humano que se vê no outro é insuficiente para esta sociedade forjada pela zona do ser e do não-ser (com nuances). Segundo o autor, é “óbvio que existe o momento de ‘ser para o outro’, que fala Hegel, mas qualquer ontologia se torna irrealizável em uma sociedade colonizada e civilizada” (FANON, 2008, p. 125). Fanon aponta que no momento que uma pessoa branca olha para o corpo negro, não se vê e não se reconhece, pois, aquele corpo, em sua perspectiva, é despovoado da humanidade produzida pelo mundo colonial. Aquele corpo negro não possui resistência ontológica diante de um mundo cindido em dois (FANON, 2008).

A ontologia, quando se admitir de uma vez por todas que ela deixa de lado a existência, não nos permite compreender o negro. Pois o negro não tem mais de ser negro, mas sê-lo diante do branco [...]. Aos olhos do branco o negro não tem resistência ontológica (Fanon, 2008, p. 104).

Por trás do esquema corporal, existe um esquema histórico racial, no qual o *eu* fisiológico alinhado ao espaço e a sensações é insuficiente para a construção da noção de corpo negro, sendo necessário um “esquema epidérmico racial” desse corpo, que é responsável por ele mesmo, pela raça e pelos seus ancestrais (FANON, 2008).

Implantou-se o discurso de naturalização da invisibilidade do corpo preto habitante da zona do não-ser. A branquitude, ao não se posicionar como um corpo racializado, coloca-se dentro do mundo colonial como portadora de um corpo universal, e não somente. (FANON, 2008). Talvez por esse motivo – de universalização do corpo branco – o texto da Política Distrital de Práticas Integrativas não faça nenhuma referência direta à raça. Muito pelo contrário, a concatenação de letras que formam a palavra “raça” só é utilizada com acréscimo de *til* para sufixo de palavras como “deliberação”, “integração”, “elaboração”, “preparação” etc. Menciona filosofias estrangeiras que invariavelmente são ligadas a uma ideia de ser, a uma ideia de corpo, mas nenhuma menção à raça ou racismo no conteúdo de uma Política de um território onde 56,2% da sua população é negra (CODEPLAN, 2014).

3.3 ENCONTROS, DESENCONTROS E DIÁLOGOS POSSÍVEIS ENTRE A PNSIPN E A PDPIS

O ano de 2006 foi importante e de muitas movimentações para a Saúde no Brasil. Foram aprovadas a Política Nacional de Promoção de Saúde, em maio, a Política Nacional de Prática Integrativas e Complementares, em junho, e o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, em fevereiro. Todas as regulamentações girando na órbita da equidade, do cuidado integral, da ampliação do acesso, da Promoção da Saúde, do combate das iniquidades e da redução de riscos resultantes dos determinantes sociais.

De forma superficial, mas chamando atenção para as especificidades, o Pacto pela Saúde menciona o cuidado a grupos populacionais, como idosos, mulheres, povos indígenas, entre outros, e também atribui a responsabilidade do Distrito Federal de responder solidariamente com a União pela Integralidade da Atenção à Saúde da População. O Distrito Federal, que abriga Brasília, a capital do país, concentra grandes centros de decisões e articulações políticas, o Congresso Nacional, os Ministérios, com destaque para o Ministério da Saúde; também passa a assumir uma parcela de encargos

nas Responsabilidades Gerais de Gestão do SUS, segundo o referido Pacto (BRASIL, 2006).

Ainda nas Responsabilidades Gerais de Gestão do SUS do Distrito Federal, destaca-se pontos importantes para a reflexão proposta por este trabalho. A primeira ressalva é que o Distrito Federal adquire uma responsabilidade maior que os outros estados na integralidade da Atenção à Saúde, pois assume igualmente à União essa atribuição; a segunda é que a integralidade das ações de saúde, assim como nas outras instâncias, vai ser construída por meio de uma “abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências” (BRASIL, 2006, p. 45). Dessa forma, a produção da integralidade pressupõe do Distrito Federal um olhar ampliado, que perpassa os contextos intersubjetivo, socioeconômico, histórico, político.

Por sua vez, o terceiro ponto é a garantia da equidade, considerando “as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais” (BRASIL, 2006, p. 45). Assim, na atenção à saúde, o Distrito Federal tem o dever de instituir políticas equânimes que considerem as diferenças sociais e atentas para as desigualdades, respeitando as diversidades locais.

O último ponto é sobre a necessidade de o Distrito Federal mapear as demandas “da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos” (BRASIL, 2006). Tendo em vista as singularidades do Distrito Federal, para uma integralidade da atenção à saúde, deve-se investigar minuciosamente as muitas iniquidades em saúde de um território construído por muitas mãos migrantes, com a desigualdade pensada desde o seu planejamento, marcado pela segregação racial e espacial, pela discrepância de renda entre as Regiões Administrativas e por uma geopolítica de opressão social (PEREIRA, 2016).

Juntos aos próprios princípios e diretrizes do SUS, as inúmeras iniciativas dos movimentos sociais desde a Constituição, o Pacto pela Saúde soma esforços para reconhecimento do Estado das particularidades dos grupos populacionais na Atenção à Saúde. O Pacto pela Saúde se caracteriza como um documento orientador para a Saúde da População Negra, de acordo com a PNSIPN. No texto da Política, ele é mencionado na Introdução da Política nos Princípios Gerais enquanto fundamento para trazer

legitimidade, e nas Portarias subsequentes sancionadas para o fortalecimento e a efetivação da PNSIPN (BRASIL, 2017). O que caracteriza sua influência nas ações de combate à desigualdade étnico-racial na saúde, como parte do objetivo de redução das desigualdades sociais. Com base no Pacto pela Saúde (2006), a PNSIPN expressa:

O SUS, como um sistema em constante processo de aperfeiçoamento, na implantação e implementação do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, compromete-se com o combate às iniquidades de ordem socioeconômica e cultural que atingem a população negra brasileira (BRASIL, 2017, p. 31).

Corroborando a Integralidade na Atenção à Saúde, justamente por resgatar a visão integral do ser e de suas necessidades específicas – que é entendido inclusive como um ser político que participa ativamente desse processo de construção. Assim como estabelece o Pacto pela Saúde (2006) acerca da integralidade nas ações de saúde prestadas, de responsabilidade solidária do Distrito Federal, a PNSIPN agrega para a população negra respostas de demandas com intersecção de gênero e orientação sexual, de crianças e adolescentes, de proteção da juventude negra, de idosos, mulheres grávidas e puérperas, pessoas privadas de liberdade, pessoas com transtornos mentais e em uso abusivo de substância psicoativa.

A pretensão desse eixo de análise não é uma comparação entre as duas políticas, até porque elas têm níveis de abrangência diferentes e se propõem a alcançar objetivos distintos. A finalidade da discussão é trazer a Política Nacional de Saúde da População Negra como a conquista mais concreta para a população negra em termos de saúde, pois sua implementação envolveu anos de muitos esforços, tanto na teoria quanto na prática, na política, na pesquisa, na sociedade. Muito se investiu para que a PNSIPN fosse transversal e consonante aos princípios do SUS, inclusive a fase final de movimentações que precedeu sua implementação foi a Revisão dos Princípios da Reforma Sanitária, na qual houve o consenso de que a política reforçava e se adequava ao SUS (BRASIL; TRAD, 2012).

Todo o engajamento culminou em uma política complexa e pronta para unir-se às demais políticas de saúde para contribuir nas “questões pertinentes às condições, características e especificidades da população negra” (BRASIL, 2017, p. 34), assim como informa assertivamente a PNSIPN em suas Estratégias de Gestão. Logo, a PNSIPN pode apresentar-se à Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde como a maior referência sobre Saúde Integral da População Negra, estabelecendo articulações e somando nas problematizações sobre combate ao racismo institucional e à limitação das PIS na saúde do povo negro no cenário atual.

A Política de Saúde da População Negra reconhece que o racismo institucional perpassa as instituições de um modo geral e o cuidado em saúde, informando que as políticas de saúde são permeadas por racismo. Por isso, a PNSIPN foi implementada como potência transversal a todas as políticas públicas de saúde, no sentido de constituir esforços para o combate ao racismo no âmbito do SUS. Assim como o racismo atravessa as instituições e as relações sociais, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra foi criada para atravessar toda política de saúde.

Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas do MS relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção de cuidado em saúde (BRASIL, 2009, p. 34).

Para a análise da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, à luz da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, foram selecionadas encruzilhadas e pontos de convergências para ilustrar as possibilidades de diálogo e de firmar conexões entre as duas políticas. Compreendeu-se que os capítulos Diretrizes Gerais e Estratégias de Gestão da PNSIPN abordam parâmetros interessantes para análise da PDPIS.

Visto que a própria PNSPIN (2009) ressalta que as Estratégias de Gestão da política devem estar em permanente interação com as demais políticas do Ministério da Saúde, mesmo que a PDPIS seja de responsabilidade da Secretaria de Saúde do DF, ela foi orientada pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), ordenada pelo MS - a máxima hierarquia referente à pasta de saúde em todo o Brasil. A PDPIS versa sobre a possibilidade de interação a outras políticas quando afirma, nas Diretrizes e Estratégias, se comprometer a “estimular a intersetorialidade na perspectiva da construção coletiva de ações que se integrem a outras políticas públicas e sociais” (PDPIS, 2014, p. 40).

Ademais, ambas as políticas, PDPIS e PNSIPN, versam sobre a Educação Permanente em Saúde e a necessidade de reatualização de estudos e pesquisas sobre suas temáticas, o que demonstra a possibilidade de transformação da realidade e o ensejo para novos debates.

De acordo com o documento elaborado pelo departamento específico de formulação da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, as Diretrizes são elaboradas para se alcançar o propósito da Política e compõem a parte central do conteúdo. Para a formulação de uma Política de Saúde, são necessários os eixos de Introdução, que traz as bases legais e fundamentos, o Propósito, que marca a magnitude

das ações, as Diretrizes, que são estratégias para a efetivação da Política, as Responsabilidades Institucionais e os parâmetros para a Avaliação (BRASIL, 1998).

O documento informa que as Diretrizes de uma Política de Saúde vislumbram sanar demandas para o alcance de um ideal, visto que se originam da “comparação entre a situação desejada e a situação presente, e devem ser submetidas à análise de factibilidade, coerência e viabilidade na seleção daquelas que deverão ser implementadas” (BRASIL, 1998, p. 9).

São as formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas e dizem respeito aos caminhos sobre os quais atuará o setor saúde, quando da elaboração dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão a política. Devem servir de fundamento a atuação dos gestores do SUS, sobretudo no exercício das suas funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1998, p. 9).

As responsabilidades Institucionais são definidas para alcance das Diretrizes da Política de Saúde e são de atribuição das instituições envolvidas diretamente ou não em seu objeto. E são de Responsabilidades Institucionais de todos os Estados Federativos do Brasil o cumprimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2017).

No estabelecimento das responsabilidades institucionais, são indicadas as especificidades relativas à intersetorialidade, que é inerente a todas as políticas no âmbito do setor saúde, reforçando o fato de que os problemas da área não podem ser solucionados somente no seu contexto particular (BRASIL, 1998, p. 11).

No Quadro 3, são elencados os temas escolhidos para a aproximação entre as Estratégias de Gestão e Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde:

Quadro 2 - Aproximações entre PNSIPN e PDPIS por temas

Tema	Aspectos da PNSIPN	Aspectos da PDPIS
Atenção Primária	Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) do DF, na Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP), dentro da Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária.	Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS), na Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária.

Saberes Tradicionais em Saúde	IV Diretriz Geral: “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas” (BRASIL, 2017, p. 11).	Diretriz VIII da PDPIS, do “Fortalecimento e ampliação da participação e controle social no âmbito das PIS”: “Apoiar os espaços de diálogos dos saberes, propiciando a troca de informações entre grupos detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, trabalhadores em saúde e usuários” (PDPIS, 2014, p. 48).
Saúde Mental	Estratégia de gestão V: “Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescente, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social” (PNSIPN, 2009, p. 33).	Disponibilidade de PIS no DF para cuidado em Saúde mental, inclusive nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Qualificação da assistência à saúde	III Diretriz Geral, de “incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra” (BRASIL, 2017, p. 31). VI Estratégia de Gestão: “Estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negras, com especial atenção para as populações quilombolas” (BRASIL, 2017, p. 33).	Diretriz VII: “Incentivar a inclusão crescente de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais na Relação Local e Nacional de Fitoterápicos e Plantas Medicinais” (PDPIS, 2014, p. 47). Diretriz VII: “Garantia de acesso dos usuários do SUS-DF aos medicamentos homeopáticos, antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos com qualidade e segurança” (PDPIS, 2014, p. 47-48).

Elaborado pela autora.

Apesar de a Atenção Primária em Saúde não ser o foco da PNSIPN, não estar pormenorizada nos capítulos da política escolhida para esta análise, destaca-se devido uma peculiaridade do Distrito Federal. A PDPIS também se insere nos outros níveis de Atenção, porém discrimina sua ênfase na Atenção Primária, a PNSIPN tem uma abrangência mais completa por não estar direcionada especificamente para um nível de Atenção, pois foi pensada para perpassar todos.

Segundo organograma da SES-DF (2022), no Distrito Federal, as principais intervenções de Saúde da População Negra são executadas na Coordenação de Atenção

Primária à Saúde. Na Coordenação, dentro da Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária, estão a Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais, onde aloca-se a temática de Saúde da População Negra no DF, a Gerência de Saúde do Sistema Prisional e a Gerência de Práticas Integrativas em Saúde. Dessa forma, no Distrito Federal, as Gerências responsáveis pela Saúde da População Negra e pelas PIS estão localizadas na mesma Diretoria.

Sabe-se que a partir de 2017 a Secretária de Saúde do Distrito Federal passou por algumas mudanças de reestruturação, sobretudo na Atenção Primária, para seguir o modelo de Estratégia de Saúde da Família (DISTRITO FEDERAL, 2017). Segundo as informações dispostas na Política Distrital de Práticas Integrativas de 2014, a extinta Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal era dividida entre as Diretorias de Gestão da Atenção Primária à Saúde; de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde; e de Áreas Estratégicas. A Diretoria de Áreas Estratégicas coordenava as Gerências de Saúde do Sistema Prisional, Gerência de Atenção Domiciliar e Gerência de Atenção à População Vulnerável. Portanto, mesmo antes das mudanças de reestruturação da SES, o eixo de implementação da PDPIS já se atrelava à pasta de saúde de populações vulneráveis, ao menos administrativamente.

A Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP) dedica-se à promoção do acesso qualificado e à redução das iniquidades em saúde dos segmentos populacionais mais vulnerabilizados, como a população negra, em situação de rua e do campo, ciganos, indígenas e população LGBTIA+, além de monitoramento de indicadores relativos ao Programa Bolsa Família. A atuação da GASPVP na saúde da população negra, em especial do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), pretende materializar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos serviços de saúde da atenção primária do Distrito Federal.

Nesse ínterim, a GASPVP, no âmbito do DF, tem por propósito garantir o acesso das pessoas negras aos serviços de saúde da atenção primária de forma oportuna e humanizada, com igualdade de direitos, reduzindo agravos que incidem desproporcionalmente nesta população. A GASPVP tem como frente principal de trabalho a coordenação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) cujo objetivo é subsidiar a formulação, a implantação e o monitoramento de programas, projetos e ações em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, visando o fomento e a ampliação da equidade e a igualdade étnico-racial na Atenção à Saúde da População Negra no Distrito Federal. Tem como primeiro desafio implantar adequadamente a coleta do quesito raça e cor nos serviços de saúde, conforme portaria de nº 201, de 03 de outubro de 2014, e construir estratégias de enfrentamento ao racismo institucional nos serviços de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2019, p. 147-148).

Sabe-se que o serviço público, inclusive a esfera de gestão de políticas públicas, impõe muitos desafios ao cotidiano, e por vezes, as demandas e as metas dificultam que gerências tão próximas administrativamente consigam estabelecer um diálogo. Nesse sentido, é imprescindível o comprometimento crítico e responsável com a transformação da realidade. Uma atuação combinada entre a GASPVP e a Gerência das PIS pode ser um caminho de enfrentamento de desigualdades pela via da Atenção Primária, na garantia da equidade em saúde, além de uma possibilidade de fortalecimento das duas políticas PNSIPN e PDPIS, que se dedicam a atenção integral à saúde. Em especial da PNSIPN, já que o seu princípio organizativo é a transversalidade baseada na “complementaridade, confluência e reforço recíproco” em conjunto com as variadas políticas de saúde (BRASIL, 2017), para a garantia dos princípios antirracista e não-discriminatório dentro das instituições.

Em estudo feito sobre a Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, a caracterização sociodemográfica dos usuários entre 2018-2019 foi de que a maioria são mulheres (77,4%), com maiores percentuais de pretos e pardos (18,7% e 60%) e de rendimentos familiares em torno de 01 a 03 salários mínimos (FURLANETTO et al., 2019). A própria pesquisa informa que um de seus objetivos é fornecer dados e parâmetro para os gestores elaborarem intervenções e políticas públicas, e se faz urgente racializar o debate em saúde no Distrito Federal, em todos os níveis de atenção e, sobretudo, na porta de entrada do SUS, os serviços da Atenção Primária. Mesmo porque há suportes institucionais para isso, como a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, que regulamenta a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde, e o Decreto nº 39.024, de 03 de maio de 2018 (regulamentado pela Portaria nº de 19, de 07 de janeiro de 2022),

dispõe sobre a inclusão do quesito raça, cor, etnia nos formulários, sistemas de informação, avaliação, monitoramento, coleta de dados, censos, programas e ações no âmbito da Administração Pública do Poder Executivo do Distrito Federal, e dá outras providências (DF, 2021, p. 1).

A APS, à medida que revela vulnerabilidades e violências, também pode reproduzi-las e agravá-las. Por isso, entendendo o cenário de um maior percentual de pretos e pardos e mulheres, a Política de Saúde do DF deve estar preparada e comprometida com as questões raciais e de gênero para se pensar as causalidades e particularidades desses usuários, com vista a assegurar um atendimento equânime, integral e humanizado. Até porque, a Atenção Primária pode, inclusive, ser uma

ferramenta de combate ao racismo e às desigualdades por sua capacidade de chegar até os usuários e evidenciar as suas realidades (SENNA; LIMA, 2012).

Segundo Caetano (2019), todas as PIS são registradas nos sistemas vinculados à AB, mesmo que elas sejam realizadas em qualquer outro nível de complexidade. Como visto, em contexto nacional e a política distrital referenciam as práticas integrativas em saúde, especialmente para a Atenção Básica, e as mulheres e a população negra são os grupos que mais se utilizam da atenção básica no Distrito Federal (FURLALNETTO et al., 2019), o que reforça ainda mais a urgência de práticas integrativas que façam sentido para essa população. Viabilizar acesso é pensar nas necessidades específicas, é garantir participação social nas tomadas de decisões e espaços de poder, é pensar os horários e locais disponibilizados para as práticas, não apenas colocar as PIS como um combo da Medicina Tradicional chinesa/Ayurveda e ofertar para a população, mas pensar as culturas do território, dos grupos raciais e do contexto socioeconômico.

Sabendo da amplitude das Diretrizes para uma política de saúde, vamos nos atentar para as Diretrizes da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra. Enfatizo, aqui, o inciso IV das Diretrizes Gerais, que versa sobre a “promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas” (BRASIL, 2017, p. 11). Além de reforçada nas Estratégias, a preservação dos saberes afro-brasileiros de cuidado em saúde é importante para preservar a vida das pessoas negras nesse território, já que a morte da cultura de um povo é sua morte simbólica enquanto parte do processo de genocídio. Diop (2015) aponta:

imperialismo, como o caçador pré-histórico, mata primeiro espiritual e culturalmente o ser, antes de tentar sua eliminação física. A negação da história e das realizações intelectuais dos povos africanos é a morte cultural, mental que já preparou o genocídio aqui e acolá, em todo o mundo (DIOP, 2015, p. 28).

As PIS foram institucionalizadas para a garantia da saúde em sua integralidade. Por sua vez, na PDPIS, a predominância da Medicina Tradicional Chinesa e a noção de pessoa sem nenhuma referência à raça, corroboram com a ideia da universalização do corpo branco. Nesse ínterim, a PNSIPN (2009) é ilustrativa ao reconhecer o racismo institucional no cuidado em saúde, também arraigado à PDPIS (2014). Foram cinco anos da PNSIPN até a implementação da PDPIS, e observa-se que não houve interação entre as duas políticas, isso porque a PDPIS, uma política que regulamenta parâmetros para os saberes tradicionais em saúde no DF, não recupera as práticas populares de saúde afro-brasileiras salvaguardadas pela PNSIPN.

Em 2009, a política voltada para a saúde da população negra já sinalizava para a interlocução do SUS com os saberes e as práticas populares de saúde, inclusive os cultivados pelas religiões de matrizes africanas. É descabida a ideia de que a Política Nacional de Saúde, implantada para a preservação das práticas populares de saúde, como é o caso da PNPICS, em nada se alterou para adequar-se à PNSIPN e continuou fundamentada teoricamente por princípios estrangeiros e embranquecidos, mesmo com posteriores alterações para alargamento do conjunto de práticas.

Pontua-se que não nos referimos às Plantas Medicinais cultivadas e culturais de povos afro-brasileiros e indígenas, pois inúmeras estão catalogadas e são utilizadas pelo SUS. O que se disputa aqui é a matriz teórica e a perspectiva conceitual, bem como a preservação cultural e a definição da população negra e indígena dentro da política, visando o combate às iniquidades de raça em saúde.

Na Diretriz VIII da PDPIS, destinada ao “fortalecimento e ampliação da participação e controle social no âmbito das PIS”, subscrive: “apoiar os espaços de diálogos dos saberes, propiciando a troca de informações entre grupos detentores de conhecimento tradicional, pesquisadores, trabalhadores em saúde e usuários” (PDPIS, 2014, p. 48). Aqui, a PDPIS abre caminhos para a integração de conhecimentos tradicionais diversos, justamente no tema ampliação da participação social. Assim, compreende-se que há viabilidade para discussão e inclusão do saber tradicional afro-brasileiro no âmbito desta política, porque ele aloca-se no saber tradicional que não foi limitado e especificado no texto do documento. Também há o reconhecimento, pela PDPIS, que o fortalecimento e ampliação da participação e o controle social nas práticas integrativas em saúde se dão por meio de discussões e diálogos que incluam as comunidades tradicionais.

Na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, a prática de Fitoterapia é conceituada como o uso de plantas medicinais de diferentes formas de fármacos sem o isolamento de substâncias, e são caracterizadas como “uma forma de promoção de saúde e de tratamento fundamentada no patrimônio antropológico e acadêmico” (PDPIS, 2014, p. 31). O Capítulo “Contexto Atual”, do texto da Política, indica que sua aplicação é feita por “profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas e farmacêuticos” (PDPIS, 2014, p. 14). Menciona-se que na conceituação de outras PIS são abordados princípios filosóficos e culturais da Medicina Tradicional Chinesa e Ayurveda, como Reiki, Hatha Yoga, Lian Gong em 18 Terapias.

Outro tema que podemos correlacionar presente nas duas políticas, é a Saúde Mental. Na PNSIPN, o fortalecimento da Saúde Mental da população negra é destacado nas Estratégias de Gestão, tendo em vista o adoecimento causado pela discriminação racial e exclusão social e visando o fortalecimento em todo o ciclo de vida, sobretudo dos homens e mulheres com transtornos mentais decorrentes de uso abusivo de álcool e outras drogas (PNSIPN, 2017).

V – Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescente, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social

VI – Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PNSIPN, 2009, p. 33).

As PIS são ações de promoção de saúde da Atenção Primária que podem ser utilizadas no cuidado integral de doenças crônicas, alguns tipos de câncer, hipertensão arterial, diabetes, doenças e transtornos mentais. De acordo com o Observa PICS, a população usuária chega até às Unidades Básicas de Saúde, reunindo diferentes sintomas físicos e emocionais, no chamado *sofrimento difuso*, preconizando um diagnóstico não apenas biomédico, no sentido de um cuidado integral dos aspectos físicos e emocionais (ALMEIDA, 2019).

As Práticas Integrativas em Saúde têm cada vez maior influência no cuidado à Saúde Mental. No Distrito Federal, muitas PIS são ofertadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (SES/DF, 2022), isso porque representam uma abordagem terapêutica humanizada e são comprovadas como contributivas no tratamento devido a eficácia em termos de bem-estar (RUELA et al. 2019). Ressalta-se mais uma vez a necessidade de comprometimento do GDF com as questões étnico-raciais em saúde, visto que a saúde mental no Distrito Federal não é racializada, pois o Plano Diretor de Saúde Mental 2020-2023 (DF, 2021) não menciona a temática étnico-racial em seu documento.

O contingente populacional negro significativo no DF e todos os estudos e pesquisas sobre a incidência do sofrimento psíquico e estresse pós-traumático para as pessoas negras em decorrência do racismo (BRASIL, 2017), podem ser apontamentos de que as PIS precisariam de uma abordagem específica para as populações vulneráveis. A PDPIS, nos tópicos 3, 4 e 5 da Diretriz VI, se compromete com a criação e monitoramento de indicadores específicos, quantitativos e qualitativos, e cobertura das PIS no DF.

A produção e o monitoramento dos indicadores em saúde, abarcando o aspecto racial do DF, no âmbito das PIS, seriam um instrumento importante para formulação e reivindicação de ações nesse sentido. Inclusive, são problemáticas reiteradas pela PNSIPN no artigo XIII das Estratégias de gestão, com a indicação do “fomento à realização de estudos e pesquisas sobre o acesso da referida população aos serviços de saúde” (BRASIL, 2017, p. 34).

O corpo é tratado como signo social, para além de sua dimensão biológica, dotado de atributos socialmente definidos como ideais, bem como de suas funções delimitadas a partir da consolidação do que é humanidade, a depender de características físicas. Corpos negros carregam a memória de um passado, à época colonial, em que eram avaliados como mercadoria ou peças, destituídos de humanidade (NOGUEIRA, 1999). A autora Nogueira caracteriza como paradoxal a vivência desse corpo desumanizado pelo racismo alocado em um país onde se nega o racismo, estratégia para ocultar os efeitos que o racismo confere a um corpo negro, que afeta a possibilidade de construção da imagem de si mesmo enquanto indivíduo parte de um grupo social, distingue demasiado da condição do branco e repercute em dimensões inclusive psíquicas – no sentido da “experiência de sofrer o próprio corpo” (NOGUEIRA, 1999).

A partir da ideia da “experiência de sofrer o próprio corpo”, reflete-se sobre os danos psíquicos decorrentes do processo de colonização, no qual a vivência de habitar o próprio corpo torna-se dolorosa pelo simples fato de existir em uma sociedade forjada pelo racismo. Uma violência que é fundante do ser colonizado é a opressão e a restrição imposta pelo colono, como suas indumentárias, religião, economia, a organização da cidade (FANON, 2005). O colono, como estrangeiro que domina terras e povos para imposição de seu mundo colonial, desloca povos negros e indígenas do Terceiro-Mundo da noção de humanidade por meio do processo de colonização a que estes últimos foram submetidos (FANON, 2005). A dimensão da subjetividade penetrada pelo colonialismo aponta para o fato de que o sofrimento psíquico de pessoas racializadas tem influência dessa construção social colonial, para além de processos meramente biológicos (FANON, 2008).

A despeito do sofrimento psíquico, o racismo contribui incisivamente para o adoecimento mental de pessoas negras, a maioria da população. Questões relativas à autoestima, desigualdade de oportunidades e violência, sobretudo à juventude, são vetores para o adoecimento em diferentes níveis (BRASIL, 2016). A própria amplitude das taxas de internação e mortalidade no campo da saúde mental incidir mais sobre

peessoas brancas insinua que há um *déficit* no preenchimento dos quesitos raça/cor e nos estudos envolvendo racismo e saúde mental, denotando que

a significativa incompletude do quesito raça/cor nos dados de internação e a carência de estudos sobre prevalências de transtornos mentais segundo grupos raciais na população brasileira limitam as análises sobre as desigualdades observadas nesses indicadores (BRASIL, 2016, p. 24).

A autora Vera Paiva (2018) aponta o sofrimento psíquico de mulheres negras, conceituado por ela como mal-estar evitável, que é caracterizado por “uma experiência pessoal e intersubjetiva, qualitativamente observável, cuja ‘régua’ muda sempre porque depende de diferentes cenas interpessoais e contextos sociais, históricos e geracionais” (PAIVA, 2018, p. 23). Um adoecimento mental evitável, pois percorre para além de aspectos biológicos, ponderando sobre a incidência de estruturas sociais, econômicas, históricas, políticas, culturais, no sofrimento psíquico.

Um dos Objetivos da PDPIS é “racionalizar as ações em saúde, com estímulo para alternativas inovadoras e socialmente contributivas, ao desenvolvimento sustentável da comunidade” (PDPIS, 2014, p. 37), recuperando a terapêutica baseada em práticas sustentáveis, menos invasivas e mais naturais. De forma superficial, a PNSIPN também vislumbra a qualificação da assistência à saúde, com investimento em recursos para a garantia da saúde da população negra, no artigo III das Diretrizes Gerais, de “incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra” (BRASIL, 2017, p. 31).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a população negra utiliza mais dos serviços de saúde para acessar medicamentos e internações. Ao expor esse dado, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra aborda que apesar das desigualdades no acesso à saúde, a população negra acessou mais medicamentos do que as pessoas de cor branca. A porcentagem de pretos (35,6%) e pardos (36,7%) que conseguiram ao menos um medicamento receitado nos serviços públicos de saúde, foi maior em relação ao percentual de pessoas brancas (30,2%). Algo similar ocorreu nas Farmácias Populares, onde a proporção de pretos (25,3%) que conseguiram medicação superou brancos (22,1%) e pardos (21%) (PNS, 2013; PNSIPN, 2017). No Distrito Federal, a busca por medicamentos é o segundo maior motivo principal da visita às Unidades Básicas de Saúde (19,1%) (FURLALNETTO et al., 2019).

Nota-se a contradição e a complexidade de cenários que se apresentam nesse contexto para além da visualização do acesso à medicação, como as condições aviltantes de saúde refletem uma maior necessidade de medicamentos, a situação socioeconômica

que inviabiliza pessoas negras de arcar com os custos de medicamentos e planos privados de saúde, à medicalização exacerbada a que vem sendo submetida a população negra no Brasil.

Todas essas situações configuram uma necessidade ainda maior da PDPIS se tornar mais acessível para a população negra. Em geral, no mundo todo, o crescente uso da Medicina Tradicional tem sido justificado por representar um recurso terapêutico humanizado, não invasivo e homeopático (RUELA et al., 2019). Um pluralismo terapêutico, fundamentado no cada vez maior reconhecimento social e político de terapias alternativas, pode atuar para a desmedicalização do cuidado em saúde (THIAGO; TESSER, 2011).

Logo, se uma das propostas da PDPIS é a promoção de práticas alternativas de diagnóstico e tratamento inovadoras e sustentáveis, então incita a urgência de acolher e direcionar-se à parcela da população que mais tem sido alvo da alopatia e que se quer pode optar por uma alternativa não alopática no seu tratamento, seja por falta de recursos e possibilidades, seja pelas condições de saúde não lhes permitirem.

Exige-se o reconhecimento, por parte da PDPIS, da vulnerabilidade da população negra do DF e a consideração da presença do racismo enquanto determinante social de saúde. Para que sejam promovidas ações com este foco populacional, para ofertar a promoção, a recuperação e a reabilitação da saúde, a prevenção dos agravos de forma democrática e uma real perspectiva de cuidado integral do ser. Dessa forma, as PIS contribuiriam na melhoria das condições de saúde da população negra, a fim de alcançar os seus objetivos da política de racionalizar as ações em saúde de uma maneira geral, aumentar a resolubilidade do Sistema e ampliar o acesso às PIS (PDPIS, 2014).

Demonstra-se um cuidado nessa reflexão, pois o objetivo é mencionar a ausência das práticas integrativas e complementares nas demandas de saúde da população negra. O objetivo não é contrapor um direito adquirido, como o do acesso às medicações e internações pelo SUS, que com certeza fazem total diferença no tratamento, no bem-estar e no salvamento de vidas da população negra. Pelo contrário, importa que essa distribuição seja cada vez mais ampliada, tendo em vista a escassez de remédios nos estabelecimentos de saúde e as filas de espera para internações e leitos, além do sucateamento do Programa Farmácia Popular.

Feita essa breve ressalva, existem iniciativas que podem ser implementadas visando a ampliação do acesso da população negra às práticas integrativas em saúde. Há,

por exemplo, a possibilidade das Farmácias Vivas, que contam com um Núcleo de equipe especializada e têm sua força dentro da Secretaria de Saúde do DF, de promoverem ações com foco na população negra.

Acerca do acesso aos e medicamentos e plantas medicinais, o tópico 11 da Diretriz VII aponta sobre “incentivar a inclusão crescente de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais na Relação Local e Nacional de Fitoterápicos e Plantas Medicinais” (PDPIS, 2014, p. 47). A inclusão das plantas e medicamentos locais vai de encontro à possibilidade de pensar as particularidades das plantas medicinais locais e suas relações com a história do povo negro, a interlocução com as práticas de cuidado em saúde dos povos da floresta e de comunidades tradicionais da região, a exemplo do Quilombo de Mesquita e do Quilombo Kalunga.

Pois, elaborar respostas para as necessidades específicas da população negra da região corrobora o artigo IV das Estratégias de Gestão da PNSIPN que preconiza o “estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negras, com especial atenção para as populações quilombolas” (BRASIL, 2017, p. 33). Além de promover o incentivo à liberdade terapêutica, intencionando a combinação de tratamentos, a compreensão do usuário das necessidades de seu corpo físico, político, social, histórico, emocional e espiritual e como interagem com as substâncias químicas isoladas e com os fitoterápicos e plantas medicinais.

Na Diretriz VII da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, que versa sobre a “Garantia de acesso dos usuários do SUS-DF aos medicamentos homeopáticos, antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos com qualidade e segurança”, reforça a necessidade de vinculação com a rede de assistência farmacêutica do DF, o incentivo a farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, antroposóficos e fitoterápicos, o incentivo à pesquisa, o incentivo ao uso e à catalogação de fitoterápicos e plantas medicinais locais e ao estímulo a “criação de hortos comunitários, reconhecidos junto aos órgãos públicos, para o fornecimento de plantas medicinais” (PDPIS, 2014, p. 47-48).

O endosso às hortas populares legitimadas pela PDPIS precisa estar fortalecido junto às outras instituições públicas, pois, em 2021, uma horta comunitária de plantas frutíferas e medicinais foi destruída pela A Companhia Urbanizadora da Nova Capital (Novacap) a mando da Polícia Militar do Distrito Federal (PMDF) na justificativa de que a horta era utilizada para esconderijo de drogas e armas. De acordo com a matéria do Correio Brasiliense, a horta localizada em frente ao Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS) do Setor Comercial Sul de Brasília era cuidada pela população em situação de rua do local e “o espaço, que possuía árvores frutíferas, leguminosas, hortaliças e ervas medicinais, era mantido com a ajuda de voluntários do Coletivo Aroeira e do Instituto No Setor” (SILVA, 2021). O que informa a necessidade de corroborar as estratégias da PDPIS, mediante a veiculação da notícia da destruição do horto comunitário localizado em um serviço público de saúde, o CAPS, que atendia as demandas de uma população estigmatizada e vulnerável, como é a de rua, e não houve um posicionamento da Gerência das PIS da SES-DF.

Elucida-se que a alternativa do cultivo independente de plantas medicinais não pode apenas ser sugerida como uma ação de uma política de saúde específica, porque seria injusto. Para que toda a população negra possa de fato cultivar plantas medicinais em suas casas, será necessária uma gama de políticas públicas intersectorializadas e, quiçá, de um novo projeto societário. São imprescindíveis as agendas de Programas Habitacionais, Moradias Populares, Reforma Agrária, Demarcação das Terras de Povos Originários, tendo em vista todo o histórico de sequestro de povos africanos de suas terras, de escravização de seus corpos e mentes seguida da privação de posse de terra e segregação espacial, segregação que no âmbito rural é marcada pela grilagem de terras e trabalho indigno em troca de moradia e de comida, e no âmbito urbano marcada pela alocação do povo negro em morros declives e periferias de concreto que geograficamente impossibilitam qualquer cultivo.

O direito ao cultivo de hortas e plantas medicinais para todos só estará garantido com o encerramento das disputas fundiárias entre camponeses e agentes do Agronegócio, e com o fim da especulação imobiliária. Ou seja, a garantia de hortas para todos só é efetiva com a garantia do direito à terra e à moradia, como descreve a Constituição. A construção de territórios saudáveis também depende do incentivo à agricultura familiar e do banimento dos agrotóxicos que tanto adoecem a população, com políticas de garantia da segurança alimentar de toda a população. Como está posto, são muitas as necessidades que compõem uma verdadeira autonomia terapêutica e o acesso à saúde de forma integral.

No sentido descolonial desta pesquisa, são proposições à episteme afrocêntrica da PDPIS, o entrelace com a Política Nacional de Saúde Integral do População Negra, para que estejam descritos na PDPIS o compromisso com o combate ao racismo institucional e o endosso a práticas de cuidado em saúde afro-brasileiras. Também são recomendações o investimento na educação continuada dos aplicadores a respeito do cuidado com o corpo negro e os saberes tradicionais afro-brasileiros e indígenas, além de orçamento

estabelecido para garantir equidade e acesso, a fim de favorecer o aumento de profissionais de saúde negros como aplicadores de PIS e como gestores da política. O real apoio a hortos comunitários e populares como ferramentas de emancipação e a parceria com comunidades tradicionais quilombolas e indígenas do DF para que a PDPIS possa, além de contribuir, aprender com quem sempre produziu estratégias de cuidado.

Aborda-se a ideia de que a Capoeira seja reconhecida como uma prática integrativa em saúde. Ela surge no contexto da cultura afro-brasileira, arraiga-se a uma simbologia, inclusive política, no Brasil, agrega à dimensão física, cultural, espiritual, social e política do corpo negro e materializa o cuidado integral. Ainda acredito na experiência de outras danças como potências na PDPIS, a exemplo da dança afro-brasileira Maculelê. O reconhecimento da Kemetic Yoga como uma PIS, instruída por aplicadores negros, também apresentaria um avanço no cuidado em saúde da população negra, pois é uma yoga de base africana pensada para estes corpos. Ainda, a inserção da Kemetic Yoga na PDPIS agregaria à cultura da política de inclusão de variadas vertentes da Yoga, porque no Brasil e no mundo a prática vem sendo popularizada entre as comunidades negras, com a defesa de que a yoga surgiu na África, no Kemet, destarte os registros das posturas nas pirâmides, e que foi uma tecnologia deixada pelos nossos ancestrais para o nosso bem viver, baseada nos princípios da progressão geométrica e da respiração em quatro tempos.

O benzimento é outra iniciativa importante a ser reconhecida enquanto PIS, visto que a Escola de Almas Benzendeiras de Brasília há alguns anos vem desenvolvendo um trabalho de prática do benzimento na comunidade no Distrito Federal. Destaca-se, também, a importância da prática do benzimento ser protagonizada por mulheres negras e indígenas e que apesar de não ser reconhecida enquanto uma prática integrativa em saúde, o benzimento é aplicado sobremaneira nas Unidades Básicas de Saúde.

Por fim, há de se buscar no mapeamento dos territórios outras recomendações para afrocentrar a política e para que junto à comunidade do Distrito Federal investiguemos quais práticas integrativas em saúde contribuem com seus cotidianos, suas cosmopercepções, suas necessidades e esperanças. Pois a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde ao ser incorporada ao SUS, assume a responsabilidade de ser para todos!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se a necessidade de um aprofundamento sistemático nas considerações da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde, grupos de trabalho, bem como da SES/DF, que monitoram e avaliam as PIS no DF. Entre 2014 e 2019, anos que as PIS foram incluídas à Política, não se constatou neste intervalo de cinco anos a urgência de incorporar práticas integrativas afro-brasileiras. E aos parâmetros dos determinantes sociais de saúde, seria necessário um levantamento da adesão de pessoas negras e pobres conjugadas à distribuição por Regiões Administrativas, que possivelmente apontaria para a relevância de práticas que dizem respeito a estes corpos.

As práticas integrativas em saúde institucionalizadas surgem pela necessidade de também se pensar cultura para a garantia integral da saúde em seu conceito ampliado. Dessa forma, aponto como incoerente a ausência da cultura afro-brasileira e indígena na regulamentação das PIS no Brasil e no Distrito Federal. As práticas integrativas afro-brasileiras são excluídas do conjunto de práticas integrativas em saúde do SUS, e este trabalho se propôs a pensar as repercussões do racismo e do epistemicídio no apagamento desses saberes e em estratégias para disputar espaços. Foram estabelecidos diálogos e possibilidades de transversalidade da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra à PDPIS. As Estratégias de Gestão e Diretrizes Gerais da PNSIPN foram utilizadas para fazer interlocuções com a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, pois a PNSIPN, a literatura descolonial compostas por Epistemologias do Sul e a episteme afrocêntrica do cuidado forneceram para este trabalho ferramentas para esperar uma descolonização das Práticas Integrativas em Saúde do DF.

Vislumbra-se a implementação de PIS que correspondam às demandas intersubjetivas da saúde da população negra do DF, uma vez que abordagens relacionadas à memória do povo negro e às práticas de cuidado em saúde da diáspora e dos povos de comunidades tradicionais da região podem favorecer a ampliação do acesso, o combate ao racismo institucional, a liberdade terapêutica, a pertença e protagonismo sobre a própria cultura e sobre os corpos-territórios. Assim, ao fim deste estudo, confirmo a hipótese de que a ausência de Práticas Integrativas em Saúde afro-brasileiras na SES/DF é uma repercussão do racismo e do epistemicídio.

Nos últimos anos, algumas práticas vêm sendo cada vez mais adotadas popularmente por vertentes holísticas do cuidado em saúde, a exemplo da “Ginecologia Natural” que, quando pensada de forma ética, responsável e não

transfóbica/racista/etarista, pode ser uma estratégia de autonomia no cuidado e respeito a toda pluralidade de corpos. Porém, chama-se atenção para o perigo da comercialização desta prática e de práticas indígenas, como os banhos de assentos, ou as práticas de doulagem – uma espécie de acompanhamento humanizado da gestação, parto e puerpério – descontextualizadas e desassociadas das protagonistas, parteiras, mulheres indígenas e mulheres negras, e todo o percurso trilhado por elas na construção de um repertório próprio de cuidado em saúde para a suas comunidades com os recursos disponíveis.

Lélia Gonzalez (1988) menciona um exemplo desse processo de apreensão deslocada e inconveniente de conhecimentos localizados caracterizados por ela como as “sobrevivências da cultura africana”. A autora tece uma crítica e aponta a impossibilidade de uma compreensão total da simbologia sem pertença, pois essas sobrevivências da cultura africana são formas de assegurar vida elaboradas e intrínsecas aos povos *amefricanos*.

Reflexão esta, do uso do saber tradicional sem pertença comunal, que pode ser reiterada no que tange à prática da Medicina Tradicional no Brasil, evidenciada pelas Práticas Integrativas em Saúde. Discute-se a problemática da descontextualização e da desambientação das PIS (SILVA, 2014), compreendendo as contradições do processo de institucionalização, bem como a necessidade de pensar estratégias de proteção aos saberes tradicionais, para que a disseminação do conhecimento dessas práticas de saúde não corrobore o racismo proveniente do vilipêndio de uma dinâmica cultural. Entendendo que para além da disseminação, as políticas de saúde devem pretender, sobretudo, a proteção a essas culturas, porque o cuidado à memória do povo negro e indígena neste país também é prevenção, promoção e recuperação da saúde integral.

A defesa de Práticas Integrativas em Saúde afro-brasileiras é justamente para atribuir pertença à população negra dentro das políticas de saúde, no sentido de favorecer a existência do povo negro no SUS e nas tecnologias ofertadas para promoção de saúde. Já que o Estado operou e opera, por meio da colonialidade, do epistemicídio e da pilhagem epistêmica sobre os conhecimentos localizados do povo negro no Brasil, e impede que estes saberes sejam reconhecidos em sua magnitude.

No entanto, há de se reconhecer que a população negra nunca desistiu, se olharmos atentamente, veremos nos locais públicos, nas ruas e nas calçadas, nas vizinhanças, nos terreiros de candomblé e de umbanda, ou em um quadrado miúdo do quintal encimentado, nos vasos de plantas e nos pneus. Sempre haverá um pedacinho de terra que abriga hortas,

plantas e folhas que preservam espécies de origem afro-brasileira e indígena e ainda garantem a alternativa natural terapêutica negada pelo Estado.

Como pesquisadora, anseio profundamente que esta pesquisa contribua para a implementação de um Sistema de Saúde que diga mais sobre os nossos corpos negros e indígenas e oferte todo o cuidado necessário. Evoco as palavras da mais velha Conceição Evaristo de que “o importante não é ser o primeiro ou primeira, o importante é abrir caminhos”. Pois, encontrei muitos desafios neste percurso, especialmente a incipiência de estudos sobre as repercussões do racismo nas Práticas Integrativas em Saúde. E me alegro ao pensar que este trabalho se soma aos existentes e poderá contribuir às pesquisadoras(es) que escolherem investigar esta temática.

Mojubá Exu! Que o senhor das trocas e do movimento vital ilumine e abra nossos caminhos!

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Manoela. Faculdade pública de medicina do DF, Escs não terá cota racial em vestibular. **Metrópoles**, 2021. Disponível em: <https://www.metrolopes.com/distrito-federal/faculdade-publica-de-medicina-do-df-escs-nao-tera-cota-racial-em-vestibular>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- ALMEIDA, Verônica. Gastos com práticas integrativas no SUS correspondem a 0,008% das despesas ambulatoriais e hospitalares. **Observa PICS**, 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/pics-consomem-0008-dos-gastos-do-sus-com-procedimentos/>. Acesso em: 31 ago. 2021.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In*: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.
- ALVES, Míriam Cristiane *et al.* Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 869-880, 2015.
- ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ASANTE, Molefi Kete. Afrocentricidade: notas sobre uma posição disciplinar. *In*: NASCIMENTO, Elisa Larkin (org.). **Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora**. São Paulo: Selo Negro, 2009. p. 93-110.
- ATLAS do Distrito Federal. **CODEPLAN** 2020. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Atlas-do-Distrito-Federal2020-Cap%C3%ADtulo-5.pdf>. Acesso em: 15 de nov. de 2020
- BARRETO, Alexandre Franca (org.). **Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas do cuidado**. Recife: EDUFPE, 2011.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.
- BERNARDINO-COSTA, Joaze. A prece de Frantz Fanon: Oh, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questiona! **Civitas**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 504-521, 2016.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.
- BOAVENTURA, Souza Santos. **Pela Mão de Alice**. São Paulo: Cortez, 1995.
- BOSCHETTI, Ivanete; TEIXEIRA, Sandra. O fardo do radical ajuste fiscal para a classe trabalhadora sob a ótica das despesas do orçamento da seguridade social. *In*: **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. v. 16, n. 1, 2018. Espírito Santo: UFES, 2018.
- BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bonfim. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. *In*: BATISTA, Luís Eduardo *et al.* (orgs.). **Saúde da população negra**. Petrópolis: DP et Alii, 2012. p. 62-91.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, [201?]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017a. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 03 de fev. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 2001, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Saúde: Metodologia de Formulação**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, n. 61, 29 mar. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação histórica de normas e documentos voltados à institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Serviço Público de Saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 196 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 12.990, de 09 de Junho De 2014**. Brasília, 2014. Reserva aos negros 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública federal, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112990.htm. Acesso em: 25 de nov. de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). **O racismo como determinante social de saúde**. Brasília, p. 14 2011. Disponível em: RACISMO_COMO_DETERMINANTE_SOCIAL_DE_SAÚDE.pdf (mpma.mp.br). Acesso em: 05 de mar. de 2022.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: o SUS totalmente submetido ao mercado. *In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, Brasília, v. 16, n. 1, 2019.

BUTLER, Judith. **Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”**. 2. ed. Buenos Aires: Paidós, 2008.

CAETANO, Gabriela Soares. **Práticas integrativas e complementares na rede de atenção à saúde pública do Distrito Federal – Brasil**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

CAMPOS, Rosana Onocko. A promoção à saúde e a clínica: o dilema “promocionista.” *In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

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

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO. **CONNECTAS DIREITOS HUMANOS. Direitos na Pandemia: Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à COVID-19 no Brasil**. São Paulo: CEPEDISA; 2020. Disponível em: http://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2020/07/02boletimcovid_PT_06.pdf. Acesso em: 05 de maio de 2021.

CFESS divulga posicionamento do conjunto sobre as práticas integrativas. **CRESSMT – Conselho Regional de Serviço Social**, 2019. Disponível em: CFESS Divulga Posicionamento do Conjunto Sobre às Práticas Integrativas | CRESS MT.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. *In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 13 de out. de 2021.

CORREIA, Mariana. Entidades cristãs receberam quase 70% da verba federal para comunidades terapêuticas no primeiro ano de governo Bolsonaro. **Publica**, 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 21 de jun. de 2021.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natalia. **Democracia Participativa e Controle em Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIOP, Cheikh Anta. **Nations nègres et culture: De l’antiquité nègre égyptienne aux problèmes culturels d’Afrique Noire d’aujourd’hui**. Paris: Présence Africaine, 1999.

DISTRITO FEDERAL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). **População Negra no Distrito Federal**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wpcontent/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3>

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo; BRONZO, Carla. Determinação social da saúde e política. *In: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária***. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FREITAS, Henrique. **O arco e a arkhé: ensaios de literatura e cultura**. Salvador: Ogum's Toques Negros, 2016.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S.l], n. 21, 2000.

GONÇALVES, Ana Maria. **Um defeito de cor**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n. 92/93, p. 69-82, jan./jun. 1988a.

GONZALEZ, Lélia. A importância da organização da mulher negra no processo de transformação social. **Raça e Classe**, Brasília, ano 2, n. 5, p. 2, nov./dez. 1988b.

GONZALEZ, Lélia. **Mulher Negra**. African-American Political Caucus; Morgan State University. Baltimore, 1984.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *In: **Revista Ciências Sociais Hoje***, Anpocs, n. 2, p. 223-244, 1984.

GUIMARÃES, Maria Beatriz *et al.* As práticas integrativas e complementares no campo da saúde: para uma descolonização dos saberes e práticas. **Saúde e Sociedade**, vol.29, nº 1, São Paulo, 2020.

HELMAN, Cecil. Definições culturais de anatomia e fisiologia. *In: HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença***. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 24-48.

HOOKS, bell. Intelectuais Negras. *In: **Estudos Feministas***. IFCS/UFRJ – PPCIS/UFRJ – vol.3 nº 2/95, p. 465.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**– PNAD Contínua, 2019.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KANT, Immanuel. **Observações sobre o Sentimento do Belo e do Sublime**. Campinas: Papyrus, 1993.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

LORDE, Audre. (1985). **Sou sua irmã**: escritos reunidos e inéditos de Audre Lorde. São

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

LUZ, Madel Thereza. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das Ciências Sociais e Humanas para a Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011.

LUZ, Madel Therezinha. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MACHADO, Vanda. **Irê Ayó: uma epistemologia afro-brasileira**. Salvador: EDUFBA, 2019.

- MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1024-1035, 2013.
- MOURA, Clóvis. **História do negro brasileiro**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1992.
- MOURA, Clóvis. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo: Ática, 1988.
- NASCIMENTO, Abdias do. **O Quilombismo**. Petrópolis: Vozes, 1981.
- NASCIMENTO, Elisa Larkin (Org). **Guerreiras da Natureza: mulher negra, religiosidade e ambiente**. São Paulo: Selo Negro, 2008.
- NASCIMENTO, Maria Beatriz do. Sistemas sociais alternativos organizados pelos negros: dos quilombos às favelas. 1981. *In*: NASCIMENTO, Maria Beatriz. **Beatriz Nascimento, Quilombola e Intelectual: Possibilidades nos dias da destruição**. São Paulo: Filhos da África, 2018.
- NOGUEIRA, Isildinha Baptista. **O Corpo da Mulher Negra. Instituto Amma Psique e Negritude**, [S.l.], 1999. Disponível em: <http://www.ammapsique.org.br/baixar/o-corpo-da-mulher-negra.pdf>. Acesso em: 27 de dez. de 2020.
- NOGUERA, Renato. **Mulheres e deusas: como as divindades e os mitos femininos formaram a mulher atual**. Rio de Janeiro: Harper Collins, 2017.
- NOVO Coronavírus (Covid-19): informações básicas. **Biblioteca Virtual em Saúde**, [2019?]. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/novo-coronavirus-covid-19-informacoes-basicas/>. Acesso em: 30 nov. 2021.
- OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. Ottawa, 1986.
- OMS. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, 2011.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: OMS, 2002.
- ORGANOGRAMAS. **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES)**, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/organogramas/>. Acesso em: 22 fev. 2022.
- OYÈWÙMÍ, Oyèrónké. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. **CODESRIA Gender Series**, v. 1, p. 1-8, 2004.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- PAINEL de Indicadores de Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>. Acesso em: 19 jun. 2022.
- Paulo: Ubu Editora, 2020.
- PAZ, Francisco Phelipe Cunha. **Na Casa de Ajalá: comunidades negras, patrimônio e memória contracolônial no Cais do Valongo: a “Pequena África”**. 2019. 229 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- PELIZZOLI, Marcelo. Saúde entre ciência, doença e mercado: reflexões epistemológico-críticas. *In*: BARRETO, Alexandre Franca (org.). **Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas do cuidado**. Recife: EDUFPE, 2011. p. 31-47.

PEREIRA, Fabrícia da Hora. **Desdobramentos da adesão do Governo do Distrito Federal à Política Nacional para a População em Situação de Rua**. 2016. 162 p. Dissertação (Mestrado em Política Social)- Universidade de Brasília. Brasília, 2016.

PINTO, Elizabete Aparecida. SOUZAS, Raquel. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1144-1145, 2002.

PINTO, Isabela Cardoso. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia**. 2004. 238 p. Tese (Doutorado). Salvador, Escola de Administração – Universidade Federal da Bahia, 2004.

PRÁTICAS Integrativas em Saúde (PIS). **SES/DF-Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**, 2022. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/praticas-integrativas-de-saude/>. Acesso em: 03 de jun. de 2022

PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 155-167, 2002.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, Egardo (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais-perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: Clacso, 2005.

RABELO, Miriam Cristina. Religion and cure: some thoughts on the religious experience of urban popular classes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 316-325, 1993.

RUELA, Ludmila de Oliveira *et al.* Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.11, p.4239-4250, 2019.

SALVADOR, Evilasio. TEIXEIRA, Oliveira Sandra. ORÇAMENTO E POLÍTICAS SOCIAIS: metodologia de análise na perspectiva crítica. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n. 1, p. 15-32, jan./jun. 2014.

SANTOS, Antônio Bispo dos. **Colonização, Quilombos: modos e significação**. Brasília: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa – INCTI, 2015.

SENNA, Dulce Maria; LIMA, Thais Fonseca. Questão da violência na Atenção Primária à Saúde da População Negra. *In*: BATISTA, Luís Eduardo *et al.* (orgs.). **Saúde da população negra**. Petrópolis: DP et Alii; 2012. p. 160-181.

SILVA, Ana Maria. Retirada de horta comunitária no Setor Comercial Sul causa polêmica. **Correio Brasiliense**, 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2021/02/4906154-retirada-de-horta-comunitaria-no-setor-comercial-sul-causa-polemica.html>. Acesso em: 19 fev. 2022.

SILVA, Isis Daniella Carvalho. **Política nacional de práticas integrativas e complementares: uma análise a partir do tripé epistemológico-crítico**. 2014. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

SILVA, Tatiana Dias; LOPEZ, Felix. **Perfil Racial do Serviço Ativo do Executivo Federal (1999-2020)**. IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasestado/download/252/cor-ou-raca-do-servico-civil-ativo-do-executivo-federal-1999-2020>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SOUZA, Pedro Gomes Almeida *et al.* Perfil Socioeconômico e Racial de Estudantes de Medicina em uma Universidade Pública do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica Niterói**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 03, 2020.

SOUZAS, Raquel. A saúde da população negra: uma questão de direito e equidade. **Revista Educação Popular**, Uberlândia, v. 4, p. 94-102, 2005. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/19919/1064>. Acesso em: 19 de jan. de 2022.

TELLAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Unes, 1996.

THIAGO, Sônia de Castro; TESSER, Charles Dalcanale. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.

VIEIRA JÚNIOR, Itamar. **Torto Arado**. São Paulo: Todavia, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Constitution of the world health organization**. Genebra, 1995.

YANNOULAS, Silvia Cristina (Coord.). **Trabalhadoras**: análise da feminização das profissões e ocupações. Brasília: Abaré, 2013.