



Universidade de Brasília (UnB)
Instituto de Ciências Humanas (ICH)
Departamento de Serviço Social (SER)
Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS)

LUÍS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA

Acesso à atenção primária à saúde pelos homens da Comunidade quilombola de Mesquita-Goiás: interseccionalidade de raça, gênero e classe social

Brasília
Maio de 2024

LUÍS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA

Acesso à atenção primária à saúde pelos homens da Comunidade quilombola de Mesquita-Goiás: interseccionalidade de raça, gênero e classe social

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

Brasília

Mai de 2024

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

BL953a BELEM DE OLIVEIRA, LUIS HENRIQUE
Acesso à atenção primária à saúde pelos homens da
Comunidade quilombola de Mesquita-Goiás: interseccionalidade
de raça, gênero e classe social / LUIS HENRIQUE BELEM DE
OLIVEIRA; orientador Lucélia Luiz Pereira. -- Brasília,
2024.
150 p.

Dissertação (Mestrado em Política Social) -- Universidade
de Brasília, 2024.

1. Homens quilombolas. 2. Saúde masculina. 3. Acesso à
saúde. 4. Racismo. 5. Gênero e classe social.. I. Luiz
Pereira, Lucélia, orient. II. Título.

LUÍS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA

Acesso à atenção primária à saúde pelos homens da Comunidade quilombola de Mesquita-Goiás: interseccionalidade de raça, gênero e classe social

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Lucélia Luiz Pereira
Orientadora – IH/SER – PPGPS

Dra. Givânia Maria da Silva
Membro Externo não vinculado ao Programa
Pesquisadora independente

Prof. Dr. Cristiano Guedes
Membro Interno vinculado ao Programa
IH/SER – PPGPS

Prof. Dr. Tibério Lima Oliveira
Membro Interno não vinculado ao Programa
IH/SER-UnB

Brasília

Maio de 2024

Aos meus pais, por serem os maiores
incentivadores dos meus sonhos e por
todo esforço empenhado para que eu
pudesse realizar mais essa etapa da
minha jornada. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Marinalva e Adalberto, por sempre serem minha base e estarem comigo em todos os momentos. Não tenho palavras para expressar todo meu orgulho e amor por vocês, pois são imensuráveis. Obrigado por tudo!

Às irmãs Juliana e Fabiana, por todo apoio, incentivo e torcida. Vocês são as melhores irmãs desse mundo. Aos meus sobrinhos Ana Claudia, Luís Gustavo, Sabrina, Ana Beatriz e Maria Cecília, por serem refúgio e afeto nos meus piores momentos. Eu amo muito vocês!

À minha família, tias/os e primas/primos, pelo apoio durante a pós-graduação.

À Profª Drª. Lucélia Luiz Pereira, por ter me auxiliado e contribuído na construção dessa pesquisa, a partir de uma dedicação, compreensão e excelência no processo de orientação. A senhora é uma inspiração, uma referência profissional que desejo ser e por quem nutro um carinho gigantesco.

À Dra. Givânia Maria da Silva e o Prof. Dr. Cristiano Guedes, por terem aceitado participar da banca de qualificação e avaliação, e pelas valiosas contribuições para esta dissertação, bem como por serem importantes referências profissionais.

Aos moradores quilombolas de Mesquita, por terem aceitado participar da pesquisa, pelo compartilhamento de vivências pessoais, pela aprendizagem e compreensão. Gratidão!

Aos integrantes dos grupos de estudos e pesquisas NAAPP e GEMPP, por toda aprendizagem e conhecimentos coletivos que ultrapassam os muros da universidade.

A todas as minhas amigas e amigos que desde o início dessa caminhada me ajudaram, e em cada momento se fizeram presente.

Às colegas de mestrado/doutorado e docentes do PPGPS pela troca de conhecimentos e aprendizagem coletiva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa para a realização das atividades do Mestrado.

RESUMO

A compreensão do quilombo na atualidade perpassa pela recuperação do histórico de expropriação, dominação e exploração da população negra no Brasil. Após séculos de escravidão, o Brasil passou por um processo de abolição, em que a inserção do negro nas novas relações de produção capitalista ocorreu de forma subalterna e marginalizada, acarretando um conjunto persistente de desigualdades que vivenciamos na atualidade. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar de que forma raça, gênero e classe social influenciam no acesso ao direito à saúde pelos homens quilombolas de Mesquita-Goiás na atualidade. Para tanto, realizou-se entrevistas semi-estruturadas e revisão bibliográfica sobre o tema que auxiliou na fundamentação teórica e na reflexão crítica. Esta pesquisa foi submetida, por meio da Plataforma Brasil, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pelo parecer nº 6491590. Foram entrevistados 10 homens quilombolas e 7 profissionais da saúde. O roteiro de entrevista foi elaborado, a partir do problema de pesquisa, com questões relacionadas ao acesso dos serviços de saúde, raça, gênero e classe social. A realização das entrevistas aconteceu na própria comunidade, com visitas a Unidade Básica de Saúde. Após a coleta de dados, houve transcrição das entrevistas e análise os dados, a partir da técnica de análise de conteúdo. A pesquisa apontou que as comunidades quilombolas enfrentam múltiplos desafios no acesso à saúde, como a desigualdade geográfica, educacionais, falta de infraestrutura adequada, escassez de profissionais de saúde, além do racismo institucional, as desigualdades de gênero e as disparidades socioeconômicas. A interseccionalidade de raça, classe social e gênero produzem e reproduzem estereótipos e expectativas nos níveis institucionais, acarretando a invisibilidade das necessidades de saúde masculina. Portanto, raça, gênero e classe social são marcadores estruturais que determinam como ocorrerá o acesso e utilização dos serviços de saúde pelas populações. Verificou-se a existência de desafios culturais, institucionais e administrativos para implementação de um cuidado integral para os homens quilombolas, que perpassa pela necessidade de enfrentamento aos eixos de opressão de raça, gênero, classe, além de mudanças culturais, organização dos serviços e formação dos profissionais.

Palavras-chave: homens quilombolas, saúde masculina, acesso à saúde, racismo, gênero e classe social.

ABSTRACT

Understanding quilombo today involves recovering the history of expropriation, domination and exploitation of the black population in Brazil. After centuries of slavery, Brazil went through a process of abolition, in which the insertion of black people into the new relations of capitalist production occurred in a subordinate and marginalized way, resulting in a persistent set of inequalities that we experience today. This research has the general objective of analyzing how race, gender and social class influence access to the right to health by quilombola men in Mesquita-Goiás today. To this end, semi-structured interviews and a bibliographical review were carried out on the topic, which helped with theoretical foundations and critical reflection. This research was submitted, through Plataforma Brasil, and approved by the Research Ethics Committee (CEP), under opinion no. 6491590. 10 quilombola men and 7 health professionals were interviewed. The interview script was prepared based on the research problem, with questions related to access to health services, race, gender and social class. The interviews took place in the community itself, with visits to the Basic Health Unit. After data collection, the interviews were transcribed and the data was analyzed using the content analysis technique. The research showed that quilombola communities face multiple challenges in accessing health, such as geographic and educational inequality, lack of adequate infrastructure, shortage of health professionals, in addition to institutional racism, gender inequalities and socioeconomic disparities. The intersectionality of race, social class and gender produces and reproduces stereotypes and expectations at institutional levels, resulting in the invisibility of men's health needs. Therefore, race, gender and social class are structural markers that determine how populations access and use health services. It was verified the existence of cultural, institutional and administrative challenges to implement comprehensive care for quilombola men, which involves the need to confront the axes of oppression based on race, gender, class, in addition to cultural changes, organization of services and training of professionals.

Keywords: quilombola men, men's health, access to health, racism, gender and social class.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Comparativo da trajetória do movimento negro na República	65
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Igreja do Quilombo.....	23
Figura 2 - Unidade Básica de Saúde - 2023	24
Figura 3 - Placa Quilombo Mesquita.....	24

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABA	Associação Brasileira de Antropologia
ADCT	Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias
APS	Atenção Primária à Saúde
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
DDS	Determinantes Sociais de Saúde
DRU	Desvinculação de Receitas da União
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MN	Movimento Negro
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIBIC	Programa Iniciação Científica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de conclusão de curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA	13
A comunidade quilombola de Mesquita: historicidade e resistência.....	21
Metodologia e procedimentos metodológicos.....	25
CAPÍTULO 1 - A DESIGUAL FORMAÇÃO SOCIAL DO BRASIL	30
1.1. Pensando os sistemas de opressões a partir da interseccionalidade	34
1.1.2. Racismo: produção e reprodução de desigualdades	35
1.1.3. Classes sociais: o negro na base dessa estrutura	44
1.1.4. Gênero: repercussões na construção do ser masculino e feminino	48
CAPÍTULO 2 - POLÍTICA SOCIAL E POPULAÇÃO QUILOMBOLA: DESIGUALDADES E CONTRADIÇÕES	55
2.1. Estado e Política social em um contexto de crise estrutural do capital.....	56
2.2. Saúde para todos? Refletindo sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde.....	61
2.2. Movimento Negro e a luta pela saúde.....	64
2.3. Quilombolas e Desigualdades no acesso à Saúde.....	71
CAPÍTULO 3 - INTERSECCIONALIDADE DE OPRESSÕES E REPERCUSSÕES NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR HOMENS QUILOMBOLAS	79
3.1. Percepções dos homens quilombolas sobre acesso aos serviços de saúde de atenção primária, a partir da dimensão interseccional de raça, gênero e classe social.....	84
3.2. Percepções dos profissionais de saúde sobre o acesso aos serviços de saúde pelos homens quilombolas.....	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
APÊNDICE A - ROTEIROS SEMIESTRUTURADOS PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS E USUÁRIOS	146
ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL CEP/CHS.....	149

INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Para compreendermos o quilombo na atualidade precisamos recuperar o histórico de expropriação, dominação e exploração da população negra no Brasil. Após séculos de escravidão, o Brasil passou por um processo de abolição, mas sem nenhum apoio ou indenização para população negra que foi explorada e animalizada durante o período escravista. A forma como ocorreu a abolição, com a inserção do negro nas novas relações de produção capitalista, de forma subalterna e marginalizada, acarretou um conjunto persistente de desigualdades que vivenciamos na atualidade.

Por isso, os estudos sobre populações quilombolas trazem um conjunto de questões socioeconômicas, jurídicas e culturais relacionadas à efetiva garantia de direitos para essa população. São múltiplas as nomenclaturas para comunidades quilombolas, dentre elas, podemos citar “mocambos”, “comunidades negras rurais”, “quilombos contemporâneos” ou “terras de preto”, todas aludem a um patrimônio cultural e territorial imensurável.

No Brasil, os remanescentes de antigos quilombos, “mocambos”, “comunidades negras rurais”, “quilombos contemporâneos”, “comunidades quilombola” ou “terras de preto” referem-se a um mesmo patrimônio Territorial e cultural inestimável e em grande parte desconhecido pelo Estado, pelas autoridades e pelos órgãos oficiais. Muitas dessas comunidades mantêm ainda tradições que seus antepassados trouxeram da África, como a agricultura, a medicina, a religião, a mineração, as técnicas de arquitetura e construção, o artesanato, os dialetos, a culinária, a relação comunitária de uso da terra, dentre outras formas de expressão cultural e tecnológica (ANJOS, 2006, p. 206).

A palavra “quilombo” tem origem bantu e significa acampamento ou fortaleza. Esse termo foi usado pelos portugueses para denominar as povoações constituídas pelos escravizados fugidos do cativo (SILVA; SILVA, 2015). Em informe enviado ao Rei Dom João V de Portugal, segundo o Conselho Ultramarino, de 1740, quilombo seria: “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele”. Ou seja, era um termo vinculado à criminalidade, marginalidade e ao banditismo, visto como lugares de perigo, refúgio de negros fugitivos, criminosos, vadios, imorais. Essa visão foi construída a partir do caráter racista e criminalizante da colonização portuguesa (JUNIOR, 2012).

Diante desse cenário, inicialmente, é comum associarmos as comunidades quilombolas a um passado de fugas de pessoas escravizadas, descartando sua importância revolucionária contra o sistema colonial. A origem histórica das comunidades quilombolas não pode ser baseada apenas nas fugas dos escravizados do sistema escravista ou na noção de isolamento geográfico. Mesmo sendo elementos que devemos considerar na historicidade desses povos, não são os únicos. É importante percebermos a contínua reprodução material e cultural. Essas comunidades possuem maneiras próprias de realização das práticas cotidianas ligadas a um modo de vida específico, caracterizado pela ancestralidade e por especificidades étnico-raciais ligadas às práticas culturais, vínculo com o território e singular trajetória histórica.

Estudos sobre comunidades quilombolas demonstram que estas se constituíram por meio de processos diversos, que compreendem desde as fugas com ocupação de território abandonados pelos antigos proprietários, como também heranças, doações, etc. A maioria dessas comunidades reside nas mesmas regiões que seus antepassados, mantendo as tradições, saberes e fazeres, que são repassados para gerações mais novas como forma de construção e reconstrução da identidade étnica. Mesmo diante da grande diversidade de quilombos, relacionadas às formas de organização social e cultural, ainda é possível dizer que algumas características se mantêm presentes: ancestralidade em comum, relação com o escravismo, religiosidade compartilhada, parentesco generalizado e ligação relevante com o território. Os quilombos têm suas semelhanças, mas são diferentes entre si, como bem ressalta Guimarães:

São semelhantes na medida em que, constituídos por escravos fugidos em sua maior parte, todos eles configuram uma mesma modalidade de expressão da rebeldia escrava. São diferentes já que cada quilombo tem sua época de existência, sua região e seus mecanismos de sobrevivência, constituindo assim, uma configuração histórico-cultural específica (GUIMARÃES, 1996, p. 143).

Desse modo, a identidade quilombola, que abarca contextos históricos, políticos e está em constante construção, relaciona-se com a forma como os quilombolas se conectam com o território, ancestralidade, tradições e práticas culturais, numa relação de indissociabilidade entre território e identidade. Uma vez que o território não significa somente a dimensão física, “mas antes de tudo é um espaço comum, ancestral, de todos que têm o registro da história, da experiência pessoal e coletiva do seu povo, enfim, uma instância do trabalho concreto e das vivências do passado e do presente” (ANJOS, 2006, p.49). Além disso,

O território é na sua essência um fato físico, político, social, categorizável, passível de dimensionamento, onde geralmente o Estado está presente e estão gravadas as referências culturais e simbólicas da população. Dessa forma, o território étnico seria o espaço construído, materializado a partir das referências de identidade e pertencimento territorial e, geralmente, a sua população tem um traço de origem comum. As demandas históricas e os conflitos com o sistema dominante têm imprimido a esse tipo de estrutura espacial exigências de organização e a instituição de uma autoafirmação político-social-econômica-territorial (ANJOS, 2013, p. 139).

Por isso, a identidade quilombola e territorialidade estão intrinsecamente relacionadas, pois estão ligadas

[...] ao processo de construção de uma territorialidade embasada na busca da reinvenção do ser quilombola, que, por sua vez, apresenta-se para além da área e das formas espaciais, é conexão, ligação, no espaço e no tempo; é marcado por transformações e por permanências sociais, políticas e territoriais (MALCHER, 2009, p. 3).

Assim,

A territorialidade funda-se imposta por uma fronteira construída a partir de um modelo específico de segregação, mas sugere a predominância de uma dimensão relacional, mais do que de um tipo de atividade produtiva ou vinculação exclusiva com a atividade agrícola, até porque, mesmo quando ela existe ela aparece combinada a outras fontes de sobrevivência. Quer dizer: a terra, base geográfica, está posta como condição de fixação, mas não como condição exclusiva para a existência do grupo. A terra é o que propicia condições de permanência de continuidade das referências simbólicas importantes à consolidação do imaginário coletivo, e os grupos chegam por vezes a projetar nela sua existência, mas, inclusive, não têm com ela uma dependência exclusiva (LEITE, 2000, p.344-345).

Todavia, o conceito de quilombo ao longo da história do Brasil sofreu significativas mudanças, ressemantização, devido aos períodos políticos, porém desde a década de 1970 passou a ser percebido como um símbolo de resistência negra, de liberdade, revolta, identidade e transgressão. Entretanto, um aspecto que se sobressai ao olharmos o processo histórico da questão quilombola, são as marcas da invisibilidade, negação de direitos e repressão. Por isso, os quilombos mantiveram sua lógica inicial de existência, se a luta antes era contra o aprisionamento, após a abolição a luta é pela permanência na terra.

As centenas de insurreições de escravos e as formas mais diversas de rejeição ao sistema escravista no período colonial fizeram da palavra “quilombo” um marco da luta contra a dominação colonial e de todas

as lutas dos negros que se seguiram após a quebra desses laços institucionais (LEITE, 2008, p. 965-966).

Os quilombos contribuíram para a putrefação das relações entre escravizados e senhores. E no final do século XIX, a partir do rompimento dos vínculos coloniais e das transformações com a industrialização do Brasil, o quilombo ampliou-se para vários grupos da população, sendo parte de um projeto político de sociedade baseada na democracia e justiça social, relacionado à luta contra o racismo e defesa pelo reconhecimento das políticas sociais destinadas à população negra, tornando-se uma potência que perpassa toda a sociedade civil e o Estado.

A gênese do sistema escravista se mantém nas relações sociais. Após a abolição do sistema escravista, passamos por um período de quase 100 anos sem nenhuma legislação referente à questão quilombola (DALOSTO; DALOSTO, 2018). É a partir de 1988, com a Constituição Federal (CF88) e devido as mobilizações do movimento negro organizado, que a luta quilombola tem seus direitos territoriais e culturais reconhecidos e assegurados pelo artigo 68 do Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que reconhece como sendo dever do Estado a atuação para que as populações quilombolas tenham a propriedade definitiva de suas terras. A redação do ADCT se apresenta da seguinte forma: “aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. A garantia efetiva desse direito, além de permitir a obtenção dos títulos territoriais, possibilita que as comunidades quilombolas tenham suas tradições, bens culturais e simbólicos preservados e reproduzidos. Este artigo do ADCT proporcionou um significativo avanço democrático ao possibilitar propriedade definitiva aos “remanescentes das comunidades dos quilombos”, além de colocar a problemática referente às comunidades quilombolas no cenário das políticas sociais no Brasil.

Contudo, o artigo 68 faz surgir a dúvida sobre qual o conceito de quilombo adotado na expressão “comunidades remanescentes dos quilombos”. A própria expressão nos dá indicativos, ao utilizar remanescentes nos aponta para aquilo que fica, resta ou subsiste, ou seja, seriam comunidades que sobreviveram dos antigos quilombos (CARVALHO; LIMA, 2013), isso quer dizer que o conceito acolhido é o que caracteriza quilombo como fuga e resistência de escravos. Mas, a partir da demanda de uma definição mais precisa, que conseguisse abarcar os quilombos, suas diversas formas de organização e expressão,

diante dos novos dispositivos implementados pela CF88 e na busca de auxiliar no processo de aplicabilidade do Artigo 68 do ADCT, a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), juntamente com o Ministério Público Federal, em 1994, apresentou uma definição do termo quilombo, formulada pelo Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras Rurais, em que

[...] O termo “remanescente de quilombo” é utilizado pelos grupos para designar um legado, uma herança cultural e material que lhes confere uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar e a um grupo específico. Contemporaneamente, portanto, o termo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. Da mesma forma nem sempre foram constituídos a partir de uma referência histórica comum, construída a partir de vivências e valores partilhados. Neste sentido, constituem grupos étnicos conceitualmente definidos pela Antropologia como um tipo organizacional que confere pertencimento através de normas e meios empregados para indicar afiliação ou exclusão. No que diz respeito à territorialidade desses grupos, a ocupação da terra não é feita em termos de lotes individuais, predominando seu uso comum. A utilização dessas áreas obedece à sazonalidade das atividades, sejam agrícolas, extrativistas e outras, caracterizando diferentes formas de uso e ocupação do espaço, que tomam por base laços de parentesco e vizinhança, assentados em relações de solidariedade e reciprocidade [...] (DOCUMENTO DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE COMUNIDADES NEGRAS, 1994, p. 81-82).

Essa definição marca o surgimento de uma nova perspectiva conceitual no que tange a interpretação dos quilombos. Em vista disso, “remanescentes de quilombos” pode nos levar a perceber a comunidade quilombola como hegemônica, solidária e com projetos políticos comuns. Por isso, adotamos comunidades quilombolas para fugir dessas representações antigas, que veem os quilombos como mero resquício do passado e que não se atualizam, mas também para afirmar os processos históricos de resistência, opressão e desigualdades.

Em 2003, o decreto nº 4.887, assinado no governo Lula, buscou cumprir com a decisão constitucional de 1988, visando a regulamentação do processo de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e obtenção dos títulos territoriais pelas comunidades quilombolas. Objetivando a garantia de melhor qualidade de vida para população quilombola, a partir do acesso a posse de suas terras, serviços de educação, saúde e saneamento. Ele traz em seu artigo 2º a seguinte definição:

‘Remanescentes das comunidades dos quilombos’ os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de

ancestralidade negra relacionada com à resistência à opressão histórica sofrida.

Percebemos que a inserção de alguns fatores é resultado das lutas do movimento negro, a exemplo: autodefinição e a coletividade do território. Esse decreto possibilitou a ampliação da atuação do Estado em relação aos direitos da população quilombola, que até então eram destituídos de quaisquer garantias constitucionais. Além disso, em 2004, o governo federal criou o Programa Brasil Quilombola objetivando a implementação de políticas sociais destinadas às populações quilombolas, que definem o termo quilombo, vinculado à garantia de direitos e reconhecimento.

São territórios de resistência cultural e deles são remanescentes os grupos étnicos raciais que assim se identificam. Com trajetória própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a luta à opressão histórica sofrida, eles se autodeterminam comunidades negras de quilombos, dados os costumes, as tradições e as condições culturais e econômicas específicas que se distinguem de outros setores da coletividade nacional (BRASIL, 2004, p. 6).

Entretanto, mesmo diante de avanços legislativos, o que vemos é que o colonialismo e o racismo, que abrangeram os últimos 500 anos da sociedade brasileira, continuam estabelecendo padrões culturais, econômicos, políticos, sociais, etc. Essas relações de dominação e subordinação aprofundam as desigualdades sociais, políticas e econômicas, bem como as diferenças culturais. As comunidades quilombolas vivem processos sociais discriminatórios e excludentes no que diz respeito ao acesso às políticas sociais implementadas pelo Estado, suas questões são tratadas através de ações pontuais, limitadas e esporádicas.

São diversas as denúncias de violações de direitos humanos das populações quilombolas devido a necessidade de acumulação capitalista, através da exploração de bens naturais, mineração, monocultura. A não atuação do Estado na procura de soluções para questões que impossibilitam a participação e acesso dos quilombolas a bens e serviços, perpetua desigualdades. Estudos apontam que as condições socioeconômicas de muitas comunidades quilombolas, caracterizadas pela ausência de acesso adequado às políticas sociais, colocam os quilombolas em profundas e intensas vulnerabilidades, cenário que proporciona o êxodo rural, violências, falta de recursos para reprodução social, etc., pondo em risco a continuidade da existência dessas comunidades.

A literatura revela que as desigualdades em saúde estão intrinsecamente relacionadas à questão étnico-racial, intensificando-se na população negra (CARDOSO et. al, 2018). E, apesar de não ser efetivamente combatida pelo Estado brasileiro, a situação de vulnerabilidade vivenciada pelos quilombolas é uma das questões estruturais em nossa sociedade, que se agrava diante da invisibilidade e falta de prioridade política. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019, existiam 5.972 localidades quilombolas, divididas em 1.672 municípios brasileiros, estimativas realizadas pelo Programa Brasil Quilombola (BRASIL, 2019) indicam que a maioria dos quilombolas vivem em áreas rurais, em situação de extrema pobreza, com baixo nível de instrução escolar e recebem algum auxílio do governo federal.

Gomes (2008, p. 462-463) afirma que

A sociedade brasileira mais do que permanecer desigual em termos econômicos, sociais e fundamentalmente raciais, a partir de 1888, reproduz e aumenta as desigualdades, marcando homens e mulheres étnicamente. A questão não foi somente a falta de políticas públicas com relação aos ex-escravos e seus descendentes na pós-abolição. Houve mesmo políticas públicas no período republicano reforçando a intolerância contra a população negra: concentração fundiária, nas áreas rurais, marginalização e repressão nas áreas urbanas.

Esse contexto pode ser observado na comunidade quilombola de Mesquita, localizada na área rural do município de Cidade Ocidental, Goiás, 48 quilômetros de Brasília-DF, compondo a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Atualmente, de acordo com uma das lideranças, a comunidade possui cerca de 700 famílias, organizadas em um território de 4,2 mil hectares (FIOCRUZ, 2019). Cabe ressaltar, de acordo com Neres (2016), que o fortalecimento da memória oral nos testemunhos dos quilombolas, a continuidade do parentesco das famílias tradicionais, a percepção de pertencimento a uma comunidade negra e as informações de fontes bibliográficas comprovam que Mesquita é um quilombo e sua trajetória histórica se mantém na atualidade.

[...] Mesquita pode ser classificada como quilombo porque sua origem é a do tempo da escravidão (inclusive antecede a 1888, fato comprovado por registros paroquiais, desde 1854); porque guarda uma cultura específica e por seu espaço geográfico ter sido sempre associado aos negros, recebendo inclusive os *títulos Arraial dos pretos, Mesquita dos Crioulos, Crioulos*.

Concluindo, considerando o fim da mineração em Luziânia no final dos anos 1700 com o êxodo de famílias pioneiras da cidade; a comprovação documental da continuidade das famílias tradicionais (quilombolas) em Mesquita; a força da memória local em relação à doação das terras às

três escravizadas; a percepção contínua de mesquita como comunidade negra; e, as informações das fontes bibliográficas, é possível afirmar a quilombidade de Mesquita como uma realidade. Não esquecendo que isso foi um processo iniciado em 1775 e que dura até os dias atuais (NERES, 2016, p. 106-107).

Ademais, esta investigação torna-se relevante devido à escassez de estudos sobre saúde de populações quilombolas, no que diz respeito ao acesso às políticas sociais e a relação com os eixos de desigualdades, sobretudo raça, gênero e classe. Tal escassez é mais acentuada, ao falarmos da situação de saúde masculina quilombola. Considerando o tamanho populacional das populações quilombolas, e sua importância na formação social e econômica do país, a pouca visibilidade nos estudos acadêmicos mostra que o Brasil é um país racista, que mascara o preconceito racial por meio da naturalização das desigualdades de condições e oportunidades, que mantém a população branca na maior posição de hierarquia social e a população negra na base de sustento dessa estrutura.

Assim, analisar, evidenciar e discutir as desigualdades raciais, de gênero e classe é fundamental para que possamos compreender e enfrentar essas problemáticas. O racismo, patriarcado e classismo operam no sentido de impossibilitar o acesso aos direitos, ampliando desigualdades. Assim, os estudos proporcionam conhecimentos que podem visibilizar tais desigualdades, bem como qualificar a implementação de políticas públicas.

No mais, ressalta-se também que o interesse em pesquisar essa temática surgiu durante a graduação em Serviço Social, em estudos realizados no Programa Iniciação Científica (PIBIC) e Trabalho de conclusão de curso (TCC), no qual foi discutido sobre masculinidade e acesso à saúde dos homens quilombolas, tendo como resultado que há iniquidades em saúde relacionadas ao gênero, abrindo a necessidade de aprofundar elementos que influenciam no acesso à saúde, principalmente a partir das dimensões de raça e classe social. Desse modo, possuo aproximação com o tema do estudo, e foi a partir desta aproximação que percebi lacunas na produção de conhecimento na temática que desenvolvi nesta pesquisa.

A questão quilombola é um elemento essencial na história do Brasil, necessita de mais pesquisas, estudos, informações e visibilidade histórica para conseguirmos romper com os estigmas e preconceitos construídos e avançarmos em direção à construção de uma sociedade mais igualitária.

A vista do exposto, a compreensão do processo saúde-doença das populações quilombolas demanda o entendimento dos obstáculos ao acesso à saúde, que são resultados do legado racista, produtor de desigualdades, vulnerabilização dos negros e precarização de suas condições de vida, trabalho e saúde. Dessa forma, esta pesquisa tem como **questão de partida:** em que medida raça e classe social influenciam no acesso à saúde pelos homens quilombolas de Mesquita? A partir desta questão, o **objeto de pesquisa** é a influência da interseccionalidade entre raça, gênero e classe social no acesso e utilização dos serviços de saúde por homens quilombolas do quilombo Mesquita-Goiás na atualidade. Tendo como **objetivo geral:** analisar de que forma raça, gênero e classe social influenciam no acesso ao direito à saúde pelos homens quilombolas de Mesquita. No que diz respeito aos **objetivos específicos:** 1. Discutir a interseccionalidade entre raça, gênero e classe social no acesso aos direitos; 2. Mapear como se dá o acesso e utilização dos serviços de saúde pelos homens quilombolas de Mesquita, buscando identificar os desafios apontados por esses homens para acessar o SUS; 3. Compreender as particularidades relacionadas à saúde dos homens quilombolas de Mesquita e como os profissionais de saúde percebem esse processo. Partindo da **hipótese:** raça, gênero e classe social são estruturas de dominação-exploração constituintes do modo de produção capitalista, influenciando no acesso à política de saúde pelos homens quilombolas de Mesquita.

A comunidade quilombola de Mesquita: historicidade e resistência

A formação histórica deste quilombo, como explicitado anteriormente, é intrinsecamente ligada à luta pela liberdade, iniciada por pessoas escravizadas que buscavam resistir e combater a brutalidade do sistema escravagista. O Quilombo Mesquita é categorizado como um quilombo devido à sua origem histórica e à continuidade das práticas culturais e sociais que caracterizam as comunidades quilombolas. Sua formação, durante o período da escravidão no Brasil, reflete a busca por liberdade e autonomia por parte de negros escravizados que fugiam das condições desumanas nas fazendas (NERES, 2016).

Os quilombolas de mesquita tiveram um papel fundamental na construção de Brasília, sendo responsáveis pela construção de cantinas e hospedagens para abrigar os candangos. De acordo com a tradição oral, o Quilombo Mesquita surge da doação de terras feita à três mulheres escravizadas pela família portuguesa Mesquita. Entre os atores

de grande importância para o Quilombo Mesquita, podemos citar os irmãos Etelvino e Malaquias Teixeira Magalhães, que faleceram em 1975, mas eram grandes líderes da comunidade, responsáveis pelo compartilhamento de ensinamentos entre as gerações, visando a permanência das tradições. Como ressalta Neres (2016, p. 39) “mobilizadores da comunidade, animadores das orações e folias, intermediários na resolução de problemas, proativos na busca de melhorias para a população e exemplares chefes de família”

Contudo, ao explorar a trajetória do Quilombo Mesquita, é impossível ignorar os conflitos persistentes que marcam sua existência. Relatos históricos e documentos revelam as inúmeras tentativas de autoridades locais e proprietários de terras de dismantelar o quilombo. Esses conflitos foram marcados por atos de violência, perseguições e tentativas de repressão, evidenciando a resistência intrépida dos quilombolas.

No âmbito político, a luta pela titulação das terras quilombolas é um capítulo em curso na história do Quilombo Mesquita. A batalha por participação ativa nos processos decisórios e a busca por uma voz legítima nas esferas políticas são elementos-chave dessa narrativa. Economicamente, a preservação ambiental e a sustentabilidade emergem como pilares fundamentais para a sobrevivência, tendo então como principal comércio a agricultura de subsistência, em que seus membros cultivam produtos que serão vendidos em feiras fora do quilombo. Nessa direção, o Marmelo é o mais importante produto da cultura e economia do quilombo.

Por isso, a análise do Quilombo Mesquita requer uma imersão nas dinâmicas sociais, políticas e econômicas que moldaram e continuam a influenciar essa comunidade. Socialmente, o quilombo é uma encruzilhada de culturas, mantendo tradições ancestrais que desafiam o esquecimento. No entanto, a falta de reconhecimento oficial e o acesso limitado a serviços básicos destacam as desigualdades persistentes e as barreiras que a comunidade enfrenta.

No cenário mais amplo, o Quilombo Mesquita não é apenas uma relíquia do passado, mas uma comunidade inserida no contexto social, político e econômico contemporâneo. Assim, além da sua origem histórica, o Quilombo Mesquita mantém viva a tradição quilombola por meio de suas práticas culturais, como a música, dança e

religiosidade, que desafiaram as tentativas de assimilação e apagamento cultural ao longo dos anos. A resistência persistente da comunidade diante de conflitos, a busca por reconhecimento oficial, acesso a serviços básicos e a luta pela titulação de suas terras são expressões contemporâneas dos desafios enfrentados pelas populações quilombolas.

A história do Quilombo Mesquita é um microcosmo das lutas históricas e contemporâneas enfrentadas pelos quilombos no Brasil. Uma abordagem crítica não apenas reconhece a resistência dessa população e a riqueza cultural dessa comunidade, mas também exige ações concretas para enfrentar as desigualdades persistentes e garantir a preservação de sua identidade. Abaixo consta algumas imagens, tiradas pelo autor, de apresentação de pontos destaques do Quilombo Mesquita.



Figura 1 - Igreja do Quilombo



Figura 2 - Unidade Básica de Saúde - 2023



Figura 3 - Placa Quilombo Mesquita

Metodologia e procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada na comunidade quilombola de Mesquita, certificada pela Fundação Cultural Palmares em 2006. Segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 32), a pesquisa qualitativa é caracterizada com a preocupação “com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais”. Ou seja, a pesquisa qualitativa é uma forma de estudar os fenômenos relacionados aos seres humanos e suas relações sociais, procurando compreender as relações complexas existentes na sociedade por meio da construção da realidade. Minayo (2009, p. 20- 21), corrobora com esse pensamento e acrescenta que

Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas também por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

Portanto, para analisar e/ou compreender determinado fenômeno humano, é essencial que tenhamos uma teoria e metodologia alinhadas com o objeto da pesquisa, uma que “(...) a teoria e a metodologia caminham juntas, intrinsecamente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2009, p. 15).

Dessa forma, para esta pesquisa, adotou-se como embasamento teórico a perspectiva decolonial, visando romper com métodos coloniais do saber. Todavia, cumpre destacar, de acordo com Dulci e Malheiros (2021, p. 177),

[...] que as metodologias decoloniais não são neutras, mas apresentam sensibilidade às demandas dos corpos colonizados, que estão dentro das zonas do “não ser” da modernidade, e, ao assumir esse lugar epistemológico, se propõem a elaborar um caminho, conforme cada

pesquisa, para decolonizar esses corpos e suas realidades, que não são pretensamente universais, mas reais, e estão dentro da América Latina.

Trata-se de uma teoria que busca afastar pressupostos da ciência eurocêntrica, propondo a construção de conhecimento a partir da realidade dos oprimidos. Desse modo,

[...] os métodos decoloniais não podem existir somente para responder os objetivos do (a) pesquisador (a), mas, principalmente do (a) pesquisado (a). A teoria decolonial se coloca como para além de uma teoria, é uma práxis. Pensar a construção de metodologias decoloniais é procurar respostas para as questões que emergem desde os (as) oprimidos (as), subalternizados (as), desde a colonialidade do poder, saber e ser, e não meramente responder questões acadêmicas que se encontram no topo da “geopolítica do conhecimento (DULCI; MALHEIROS, 2021, p. 184- 185).

Diante do exposto, a escolha desse método baseou-se no fato de que para analisar a forma como os homens quilombolas percebem a existência ou não do racismo, classismo e patriarcado ao serem atendidos nos serviços de saúde é preciso pensar a partir de uma perspectiva ampla, pois esse fenômeno não se restringe a um ou outro aspecto da sociedade, encontra-se imbricado em todas as esferas da vida.

Como destaca Crenshaw (2002, p. 183).

Para assegurar a total visibilidade da subordinação interseccional, será necessário desenvolver novas metodologias que desvendem as formas como várias estruturas de subordinação convergem, pois é muito pouco provável que tais problemas se apresentem claramente como produto de vulnerabilidades múltiplas. O desenvolvimento da conscientização quanto à dimensão interseccional desses problemas poderia ser encorajado pela adoção de uma política de fazer outras perguntas.

Ademais, consideramos importantes o resgate e o reconhecimento na história de pessoas negras que atuaram e contribuíram em variadas áreas da sociedade, mas que por décadas não foram consideradas produtoras de conhecimento crítico, intelectuais e ativistas importantes. E nessa direção, o referido método nos permite ir além, uma vez que

Não bastam o reconhecimento e a vontade política para descolonizar a mente, a política, a cultura, os currículos e o conhecimento. Essa descolonização tem de ser acompanhada por uma ruptura

epistemológica, política e social que realiza também pela presença negra nos espaços de poder e decisão; nas estruturas acadêmicas; na cultura; na gestão da educação, da saúde e da justiça: ou seja, a descolonização, para ser concretizada, precisa alcançar não somente o campo da produção do conhecimento, como também as estruturas sociais de poder (GOMES, 2018, p. 226).

No que tange aos processos metodológicos, realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema, objetivando a busca de informações em publicações científicas relacionadas ao objeto de estudo, que possam auxiliar na fundamentação teórica e na reflexão crítica. Foram entrevistados 10 homens quilombolas e 7 profissionais da saúde. Sobre a quantidade de pessoas entrevistadas, foi utilizado o método de saturação, em que “o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (FONTANELLA et al., 2008, p. 17). O roteiro de entrevista foi elaborado, a partir do problema de pesquisa, com questões relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, raça, gênero e classe social. A realização das entrevistas aconteceu na própria comunidade, com visitas a Unidade Básica de Saúde, com intuito de entrevistar os atores principais desta pesquisa.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos maiores de idade, informados, esclarecidos e convidados a participar, voluntariamente, da pesquisa. Após a coleta de dados, houve transcrição das entrevistas e análise os dados, a partir da técnica de análise de conteúdo, que segundo Moraes (1999, p. 04), consiste em cinco etapas: “1 - Preparação das informações; 2 - Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; 3 - Categorização ou classificação das unidades em categorias; 4 - Descrição; 5 – Interpretação”. Dessa forma, depois de realizada a leitura e análise dos dados coletados, foram escritos os resultados. Após finalizar a pesquisa, pretende-se retornar à comunidade para apresentar os resultados e compartilhar os conhecimentos produzidos.

Esta pesquisa foi submetida, por meio da Plataforma Brasil, e aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pelo parecer nº 6491590, visando garantir a integridade e dignidade, bem como a defesa dos interesses dos participantes ao longo da pesquisa, respeitando os padrões éticos contidos na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de saúde. Desse modo, as entrevistas foram pautadas pela observância dos

cuidados éticos presentes na Resolução, que define as diretrizes éticas em pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim, a pesquisa adotou cuidados éticos necessários, como a incorporação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como parte integrante do processo. O TCLE é um documento fundamental que garante que os participantes sejam informados sobre os objetivos, procedimentos e possíveis riscos da pesquisa, permitindo-lhes consentir voluntariamente em participar, tendo autonomia para decidir se desejam ou não participar. Ademais, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que avaliou a conformidade do estudo com os princípios éticos e as normas regulatórias vigentes. Esses procedimentos são fundamentais para garantir a integridade moral e a validade científica do estudo.

Em relação as idas a campo, como destaca Brandão (2007, p.03),

Em primeiro lugar, o que eu queria dizer é o seguinte: para mim, o trabalho de campo é uma vivência, ou seja, mais do que um puro ato científico, como talvez pudesse ser um trabalho de laboratório, no caso de um psicólogo experimental, ou a pesquisa de gabinete de um economista. O trabalho de campo, a pesquisa antropológica, para mim, é uma vivência, ou seja, é um estabelecimento de uma relação produtora de conhecimento, que diferentes categorias de pessoas fazem, realizam, por exemplo, antropólogo, educador e pessoas moradoras de uma comunidade rural, lavradores, mulheres de lavradores, pequenos artesãos, professoras das escolas e assim por diante.

Nesse sentido, gostaria de compartilhar, mesmo que brevemente, a experiência em campo que envolve também o processo de realização das entrevistas. No que diz respeito à escolha dos entrevistados, uma das estratégias fundamentais adotadas durante a pesquisa foi a visita aos domicílios para o convite para participação na pesquisa e no caso de aceite, a realização de entrevistas com os homens quilombolas. Essa estratégia permitiu um contato mais próximo com a comunidade, criando um ambiente confortável para os entrevistados compartilharem suas experiências. No entanto, essa abordagem também apresentou desafios logísticos, como a dificuldade de localizar os participantes em suas casas devido à dispersão geográfica das residências no quilombo e os horários das atividades laborais.

Além disso, a relutância inicial de alguns homens em participar da pesquisa destacou as complexidades sociais e culturais presentes nesse contexto. Questões como

desconfiança em relação a pessoas desconhecidas, estigma em torno da saúde masculina e preocupações com privacidade foram obstáculos significativos enfrentados durante a pesquisa de campo. Foi necessário estabelecer aproximação com lideranças comunitárias para garantir a participação ativa dos entrevistados.

Por outro lado, as entrevistas com os profissionais de saúde da UBS foram realizadas na Unidade Básica de Saúde, todos os profissionais que atuavam na UBS aceitaram participar da entrevista, possibilitando uma perspectiva complementar sobre os desafios enfrentados na atenção à saúde em comunidades quilombolas.

No entanto, apesar desses desafios, a pesquisa também revelou a importância de abordagens participativas e colaborativas na promoção da saúde em comunidades quilombolas. Ao reconhecer e valorizar os conhecimentos locais e as perspectivas dos próprios membros da comunidade, foi possível avançar em direção a soluções mais assertivas para os desafios de saúde enfrentados por essas populações historicamente marginalizadas.

CAPÍTULO 1 - A DESIGUAL FORMAÇÃO SOCIAL DO BRASIL

Quando buscamos analisar as desigualdades raciais no Brasil, nos chama atenção o fato de que o lugar ocupado por homens e mulheres negras na estrutura da sociedade capitalista é historicamente construído e multideterminado. Existem diferentes perspectivas de investigação sobre essa temática, porém, nesse estudo entendemos raça, gênero e classe como fundantes, articuladas a outros processos coloniais, que proporcionaram o surgimento e desenvolvimento do modo de produção capitalista, sendo sistemas estruturais que favorecem a acumulação capitalista.

Nessa direção, Williams (2012, p. 284) afirma que

O capitalismo mercantil do século XVIII desenvolveu a riqueza da Europa por meio da escravidão e do monopólio. Mas com isso, ajudou a criar o capitalismo industrial do século XIX, que se virou e destruiu a força motriz do capitalismo mercantil, a escravidão e todo seu funcionamento. Sem uma compreensão dessas mudanças econômicas, a história do período não tem sentido.

Por isso, reconhecendo e compreendendo a história dos que foram escravizados, é importante afirmarmos que não há descobrimento do Brasil pelos portugueses, essa terra já estava habitada por diversos povos, o que aconteceu foi uma invasão em que os portugueses estabeleceram relações de poder, dominação e exploração dos povos que ocupavam essas terras, além de organizarem e enriquecerem com o comércio e tráfico da população negra africana, como afirma Carvalho (2020, p. 31)

A história do Brasil não inicia na Europa, mas justamente na travessia do Oceano Atlântico por aqueles que outrora invadiram nossas terras, escravizaram os povos originários, saquearam nossas riquezas, colonizaram países Africanos e traficaram seus povos, e, então, o Brasil se tornou o principal destino para este mercado.

A América Latina surge dessa articulação entre expropriação, colonização e escravismo (LIMA, 2020), que foram fundamentais para a acumulação primitiva, tendo a função de alimentar o mercado Europeu. Marx (2013, p. 821) destaca esse processo ao dizer que

A descoberta das terras auríferas e argentíferas na América, o extermínio, a escravização e o soterramento da população nativa nas minas, o começo da conquista e saqueio das Índias Orientais, *a transformação da África numa reserva para caça comercial de peles negras* caracterizam a aurora da era da produção capitalista. Esses processos idílicos constituem momentos fundamentais da acumulação primitiva.

Dessa forma, o modo de produção capitalista no Brasil desenvolveu-se no contexto colonial, que perdura até a atualidade, demonstrando que há uma relação de retroalimentação entre capitalismo e colonialismo (FANON, 2005). É fundamental evidenciar que a colonização, de acordo com Césaire (1978, p.7) “foi um regime de exploração desenfreada de imensas massas humanas que tem a sua origem na violência e só se sustem pela violência”. O destaque do Brasil no comércio Atlântico devido ao comércio de escravos, é um exemplo que nos mostra como a escravidão foi fundante na formação brasileira sócio-histórica (CARVALHO, 2020). Cabe salientar que

O trato negreiro não se reduz ao comércio de negros. De consequências decisivas, na formação da história brasileira, o tráfico extrapola o registro das operações de compra, transporte e venda de africanos para moldar o conjunto da economia, da demografia, da sociedade e da política da América portuguesa (ALENCASTRO, 2000, p. 29).

Ignorar o fato de que a sociedade brasileira é fundada a partir do sistema escravista colonial é contribuir para o apagamento da história do Brasil e excluir questões que persistem até a atualidade. Desse modo, não podemos reduzir a escravidão apenas as relações de trabalho escravistas, a violência não ocorreu somente no trabalho forçado e não pago, muito pelo contrário, ela se deu em diversos âmbitos, uma vez que a escravidão significou um processo de desumanização e animalização do negro, para tornarem mercadorias úteis ao modo de produção capitalista. A escravidão foi legalizada e organizada pelos estados existentes, sendo essencial para formação do Estado-moderno (CARVALHO, 2020).

Dado fundamental do sistema escravista, a dessocialização, processo em que o indivíduo é capturado e apartado de sua comunidade nativa, se completa com a despersonalização, na qual o cativo é convertido em mercadoria na sequência da reificação, da coisificação, levada a efeito nas sociedades escravistas. Ambos os processos transformam o escravo em fator de produção polivalente, e apresentam-se como uma das constantes dos sistemas escravistas estudados por historiadores e antropólogos (ALENCASTRO, 2000, p.144).

Contudo, a escravidão, essencial para a acumulação primitiva, torna-se a partir das transformações das relações capitalistas um empecilho para o desenvolvimento industrial. Por isso, iniciou-se mundialmente um processo de incentivo a abolição da escravidão e implementação do trabalho livre. Dessa forma, o capitalismo entra na fase imperialista onde a lógica de dependência e dominação será realizada através de instrumentos menos diretos que na colonização (LIMA, 2020). E a população negra que foi por anos superexplorada para acumulação de grandes riquezas no sistema capitalista,

quando o modo de produção escravista foi substituído, a mão de obra negra também é substituída, além de se tornarem corpos cada vez mais indesejáveis e descartáveis. Fernandes (2008, p.7) afirma que as “transformações histórico-sociais que alteraram a estrutura e funcionamento da sociedade quase não alteraram a ordenação das relações raciais, herdadas no antigo regime”. Isso quer dizer que a sociedade de classes brasileira está fundada nas estruturas racialmente desiguais, acrescento também de gênero.

A ausência de rompimento entre o passado e o presente é uma das grandes características da formação da sociedade brasileira. Por isso, os quatro séculos de escravidão foram fundantes da produção e organização da sociedade brasileira. Isso quer dizer que o funcionamento e organização do sistema colonial, baseado na escravidão, não somente data o início da sociedade brasileira, como é base para funcionamento e atuação de nossas instituições na atualidade, operando na direção do genocídio do negro brasileiro, resultando no cenário em que a população negra desde o período escravista tem sido subalternizada, desumanizada, tidas como mercadorias e submetidas a condições extremas de vulnerabilidades sociais que beiram a morte.

À vista do exposto, de acordo com Lima (2020, p. 36), o processo de constituição da modernidade está associado aos processos de colonização, escravidão e surgimento do capitalismo. Sendo, dessa forma, “[...] a modernidade essencialmente capitalista e o capitalismo é estruturalmente racista”, acrescentamos que patriarcal e classista. Argumento o que é reforçado por Lugones (2008, p. 07)

O poder capitalista, eurocêntrico e global está organizado, precisamente, sobre dois eixos: a colonialidade do poder e a modernidade. Esses eixos ordenam as disputas pelo controle de todas as áreas da vida de tal maneira que o significado e as formas da dominação em cada uma são inteiramente atravessados pela colonialidade do poder e pela modernidade.

Não obstante, a modernidade capitalista procura ocultar essas contradições do sistema capitalista fundadas no racismo, patriarcado e classicismo. Utilizando-se da ideologia dominante, que objetiva a manutenção do sistema capitalista, tendo a capacidade de justificar, impor e manter mecanismos de opressões e desigualdades. Poulantzas (2000, p. 26) nos demonstra que

A ideologia não consiste somente ou simplesmente num sistema de ideias ou de representações. Compreende também uma série de práticas materiais extensivas aos hábitos, aos costumes, ao modo de vida dos agentes, e assim se molda como cimento no conjunto das práticas sociais, aí compreendidas as práticas políticas e econômicas.

É nesse sentido que Grosfoguel (2018, p. 62) irá afirmar que o capitalismo histórico é “atravessado e organizado a partir de dentro pelas lógicas civilizatórias da modernidade/colonialidade, e não o inverso, e por isso é racista, sexista, heterossexista, cristão centrico, ocidental-centrico, eurocêntrico, ecologicida, cartesiano, etc”. Além de afirmar que o capitalismo é destrutivo não

Somente por um afã de acumulação do capital e uma lógica da ganância, mas também pela própria cosmovisão dualista que concebe o que classifica como natureza como formas de vidas inferiores, coisificada como objeto, que pode ser destruída sem consequência para a vida. Nas palavras de Césaire e Dussel, a modernidade é um projeto de morte genocida da vida (humana e não humana) e a destruição epistemicida de outras civilizações (destruição de formas outras de conhecer, ser e estar no mundo) (GROSFOGUEL, 2018, p. 62).

É importante termos em mente que a colonialidade não diz respeito somente a classificação racial, trata-se de um fenômeno mais amplo, de um sistema de poder que “[...] atravessa o controle do acesso ao sexo, a autoridade coletiva, o trabalho e a subjetividade/intersubjetividade, e atravessa também a produção de conhecimento, a partir do próprio interior dessas relações intersubjetivas” (LUGONES, 2008, p. 09).

Logo, a estrutura hierárquica da sociedade brasileira está fundada no racismo, classismo e patriarcado, que moldou o período colonial e determinou o lugar de subordinação para a população negra.

O advento do capitalismo maduro, na América Latina, envolve ao mesmo tempo uma ruptura e uma conciliação com o “antigo regime”. A descolonização nunca pode ser completa, porque o complexo colonial sempre é necessário à modernização e sempre alimenta formas de acumulação de capital que seriam impraticáveis de outra maneira (FERNANDES, 1975, p. 52).

Consequentemente, opressões de raça, gênero e classe formam uma tríade que marginaliza e/ou extermina minorias sociais, sendo responsáveis pela organização e manutenção das desigualdades que permeiam a sociedade brasileira. Assim, a modernidade embutida de noções como civilidade, desenvolvimento, globalização, etc., tem em sua essência a colonialidade, tendo como pilares fundamentais o racismo, patriarcado e classismo.

1.1. Pensando os sistemas de opressões a partir da interseccionalidade

O cenário apresentado sobre a formação social do Brasil, nos faz refletir sobre uma metodologia capaz de analisar as condições multifacetadas e complexas de opressões que atingem o homem negro. Devemos analisar a nossa realidade por meio das intersecções de raça, gênero e classe social. Somente dessa forma, poderemos alcançar uma visão de totalidade do tema estudado, partindo da compreensão de como os homens negros estão posicionados na sociedade brasileira, evidenciando o papel que desempenham nessas estruturas.

Sabemos que raça, gênero e classe social são sistemas distintos de opressões, porém são constituintes de uma única estrutura de dominação, o modo de produção capitalista. Por isso, não temos como objetivo realizar comparações entre estes sistemas, pois estão imbricados uns aos outros. E nessa direção, adotaremos a interseccionalidade para tentarmos fugir de análises reducionistas e/ou essencialistas da temática, porque acreditamos que a interseccionalidade é uma ferramenta teórico-metodológica essencial para desvelar as interconexões das relações de poder, dominação e exploração entre raça, gênero e classe. Como destaca kyrillos (2020, p. 1):

A interseccionalidade pode ser entendida como uma ferramenta de análise que consegue dar conta de mais de uma forma de opressão simultânea. Com essa lente, os processos discriminatórios não são compreendidos isoladamente, nem se propõem uma mera adição de discriminações, mas sim, abraça-se a complexidade dos cruzamentos dos processos discriminatórios e a partir daí se busca compreender as condições específicas que deles decorrem.

Crenshaw (2002, p.177), feminista negra, cunhou o conceito de interseccionalidade, interpretado da seguinte forma:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras.

Comprendemos que a interseccionalidade não é apenas um conceito, terminologia, ferramenta heurística, teoria ou categoria utilizada nas pesquisas acadêmicas para compreender como as opressões na sociedade capitalista se interseccionam e influenciam nas relações de poder, mas também como uma estratégia essencial para intervenção na realidade, em direção a justiça social, pois possibilita a

mobilização política de base e a construção de movimentos sociais mais amplos (COLLINS; BILGE, 2020).

Desse modo, usamos interseccionalidade nesse trabalho porque permite que vejamos a intersecção das opressões delimitadas nesse estudo, ademais estar intrinsecamente relacionada à defesa dos direitos humanos, uma vez que tomamos como posição, a visão crítica das desigualdades sociais que nos cercam.

1.1.2. Racismo: produção e reprodução de desigualdades

Reconhecemos os debates polêmicos envolvendo a categoria raça, porém acreditamos ser essa categoria a que melhor nos possibilita analisar a temática racial no cenário brasileiro, sendo um conceito empregado neste trabalho em seu sentido sociológico e político, relacionado às relações sociais de dominação na sociabilidade burguesa, uma vez que foi utilizado para justificar a dominação-exploração da população negra e indígena pela população branca durante o período escravista. Como apresenta Gomes (2005, p. 49)

[...] raças são, na realidade, construções sociais, políticas e culturais produzidas nas relações sociais e de poder ao longo do processo histórico. Não significam, de forma alguma, um dado da natureza. É no contexto da cultura que nós aprendemos a enxergar as raças. Isso significa que, aprendemos a ver negros e brancos como diferentes na forma como somos educados e socializados a ponto de essas ditas diferenças serem introjetadas em nossa forma de ser e ver o outro, na nossa subjetividade, nas relações sociais mais amplas.

Na mesma direção argumentativa, completa Guimarães (1999, p. 9), “raça é um conceito que não corresponde a nenhuma realidade natural. Trata-se, ao contrário de um conceito que denota tão somente uma forma de classificação social baseada numa atitude negativa frente a certos grupos sociais”.

Cabe reforçar ainda que, segundo Munanga (1990, p. 54), “[...] a realidade da raça é social e política: ela é uma categoria social de exclusão e de homicídio. De outro modo, os atos de racização existem socialmente e independentemente da aceitabilidade do termo raça”. Então, pensar raça é pensar sobre os processos de exploração, exclusão e apropriação vivenciados pelos negros.

Entretanto, vale apontar que algumas vezes poderemos utilizar da junção das categorias raça e etnia, trabalhando o termo étnico-racial como uma forma de reafirmar e reforçar a perspectiva de pertencimento e identidade negra.

Segundo Lima (2020, p. 38), “a raça é acionada para construir uma hierarquização que torne possível a dominação. A relação entre Europa e África é o exemplo categórico disso. Tratou-se da construção de uma narrativa desumanizante construída em torno não só de um povo, mas de um continente”. A construção de raça foi a resposta encontrada para suprir as exigências de acumulação do capital e usada para legitimar as relações coloniais. Raça, sendo utilizada no sistema capitalista como um instrumento de classe, com o objetivo de diferenciar e intensificar, de forma legitimada, a exploração capitalista (NERY, 2022). Contexto que possibilita a convergência e a retroalimentação entre capitalismo e escravidão.

Souza (2021, p. 20) apresenta que “nas sociedades de classes multirraciais e racistas como o Brasil, a raça exerce funções simbólicas (valorativas e estratificadas). A categoria racial possibilita a distribuição dos indivíduos em diferentes posições na estrutura de classe, conforme pertençam ou estejam mais próximos dos padrões raciais da classe/raça dominante”. Mattos (2019 p. 63) sinaliza para o fato que “as opressões justificadas ideologicamente por critérios raciais surgem com o capitalismo, diretamente associadas à legitimação ideológica da escravidão”. Desse modo, a constituição e desenvolvimento do capitalismo está atrelado ao tráfico negreiro, expropriação e exploração da população negra.

É sabido por todos que a identidade racial é uma construção histórica, social, cultural e política. Os estereótipos atribuídos a determinados grupos exercem um papel essencial no processo de formação dessas identidades. No Brasil, a identidade negra foi e é construída cercada de estereótipos negativos. Nessa direção, Munanga (1994, p. 177-178) afirma que

A identidade é uma realidade sempre presente em todas as sociedades humanas. Qualquer grupo humano, através do seu sistema axiológico, sempre selecionou alguns aspectos pertinentes de sua cultura para definir-se em contraposição ao alheio. A definição de si (autodefinição) e a definição dos outros (identidade atribuída) têm funções conhecidas: a defesa da unidade do grupo, a proteção do território contra inimigos externos, as manipulações ideológicas por interesses econômicos, políticos, psicológicos, etc.

Sendo assim,

É por isso que dizemos as diferenças, mais do que natureza são construções sociais, culturais e políticas (...). Contudo, como estamos imersos em relações de poder e de dominação política e cultural, nem sempre percebemos que aprendemos a ver as diferenças e as semelhanças de forma hierarquizada: perfeições e imperfeições, beleza e feiúra, inferioridade, superioridade (GOMES, 2005, p.51).

Posto isto, os quatro séculos de escravidão no Brasil são determinantes para analisarmos e compreendermos a discussão racial brasileira, uma vez que esse período escravista foi estruturante e crucial para o estabelecimento das relações sócio-raciais. Como evidência Hasenbalg (2005, p. 35)

O escravismo foi uma experiência histórica crucial para os negros nas Américas. Além de seu significado econômico, a importância da relação senhor/escravo, como relação em que as clivagens de classe e raça coincidiam quase perfeitamente, reside nas formas em que moldou a tradição cultural e os padrões de organização social do grupo racial subordinado.

A forma como ocorreu a abolição da escravidão do Brasil refletiu diretamente nas relações raciais e sociais no Brasil contemporâneo. A exclusão dos negros do mercado de trabalho brasileiro, bem como de outras políticas públicas, teve repercussões negativas e definitivas no desenvolvimento do país, acarretando, na contemporaneidade, em consequências estruturantes que constituem o conjunto de desigualdades raciais, sociais, políticas e econômicas do país. Assim, o processo de abolição do período escravista brasileiro integrou a população negra na nova realidade social e econômica de forma perversa e marginalizada, sendo destinada a condições precárias de trabalho e vida.

E, nesse contexto, foi possível graças à atuação do Estado nesse processo, pois ao decretar o fim da escravidão, o Estado brasileiro deixou a população negra à mercê de sua própria sorte, atuando de forma genocida contra essa população, como: incentivo da imigração de europeus e criações de leis que atingiam diretamente os direitos dos negros. O Estado brasileiro atuou fortemente na construção do mercado de trabalho livre, porém, como afirma Theodoro (2008, p. 37), “sob inspiração de uma ideologia racista”, amparada nas práticas sociais concretas, como explica Almeida (2019, p. 67) “o racismo é uma ideologia, desde que se considere que toda ideologia só pode subsistir se estiver ancorada em práticas sociais concretas”. Contudo, a análise sobre o papel do Estado no sistema capitalista e seu caráter racista será discutida em um outro tópico deste trabalho.

À vista do exposto, vemos que historicamente o Brasil não garantiu políticas públicas que possibilitasse a integração digna da população negra no país, pois sua exclusão da sociedade fazia parte de um projeto que visava os ideais de branqueamento da população. Foi propagada a ideia romantizada de um Brasil sem racismo e violências raciais, mas pesquisadores e estudiosos da temática racial afirmam que não existe democracia racial no Brasil. Afirmar sua existência é buscar negar as desigualdades étnico-raciais, como forma de encobrir a estrutura racista, sob a qual a sociedade e o Estado brasileiro foram erguidos. A população branca brasileira tomou para si as categorias raciais que justificam a escravidão dos negros, desenvolvendo, desde o período colonial, preconceitos e estereótipos para variados grupos étnico-raciais.

Por isso, não podemos pensar raça no Brasil sem abordar duas categorias fundamentais: Democracia racial e branqueamento. Gonzalez (1988) destaca como a questão racial está estruturada de forma hierárquica e estratificada na América Latina, possibilitando a superioridade a população branca como grupo dominante. Desse modo,

A afirmação de que somos todos iguais perante a lei assume um caráter nitidamente formalista em nossas sociedades. O racismo latino-americano é suficientemente sofisticado para manter negros e indígenas na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças a sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento, tão bem analisada por cientistas brasileiros. Transmitida pelos meios de comunicação de massa e pelos sistemas ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores da cultura ocidental branca são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca comprova a sua eficácia e os efeitos de desintegração violenta, de fragmentação da identidade étnica por ele produzidos, o desejo de embranquecer (de “limpar o sangue” como se diz no Brasil), é internalizado com a conseqüente negação da própria raça e da própria cultura (GONZALEZ, 1988, p. 15).

Na verdade, a justificativa de uma suposta igualdade de todos perante as leis e pela harmonia racial existente no Brasil, trata-se de um mito articulado à ideologia do branqueamento. Para Carlos Hasenbalg (2005, p. 80), a democracia racial nada mais é do que “uma poderosa construção ideológica, cujo principal efeito tem sido manter as diferenças interraciais fora da arena política, criando severos limites às demandas do negro por igualdade racial”. Hasenbalg (2005, p. 253) alerta, ainda que

Após o fim da escravidão, o mito da democracia racial e as imagens vigentes de harmonia racial permitiram a substituição de medidas redistributivas em favor dos não-brancos por sanções ideológicas positivas e integração simbólica dos racialmente subordinados.

Simultaneamente, a conformidade dos brancos à ideologia racial dominante deixou os negros politicamente isolados e impediu a formação de coalizões com aliados brancos mais poderosos, para lutarem pela redução das desigualdades raciais.

Outro discurso igualmente utilizado pela elite branca brasileira é o branqueamento, partindo da crença racista de que o progresso do país dependia não apenas do seu desenvolvimento econômico ou da implantação de instituições modernas, mas também do aprimoramento racial de seu povo”, impedindo ou restringindo as possibilidades de integração da população negra, uma vez que foram adotadas medidas e ações governamentais que culminaram na exclusão, desigualdade e pobreza em relação a população negra (JACCOUD, 2008, p. 49).

Por isso,

a branquitude é entendida como uma posição em que sujeitos considerados e classificados como brancos foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a recursos materiais e simbólicos, gerados inicialmente pelo colonialismo e pelo imperialismo, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade. Portanto, para se entender a branquitude é importante entender de que forma se constroem as estruturas de poder concretas em que as desigualdades raciais se ancoram (SHUCMAN, 2014, p. 136).

Assim, a branquitude europeia responsável por esse movimento de hierarquização das raças, e a branquitude brasileira que assumiu esse legado racializado, é a força motriz que mantém o racismo como modo operante no Brasil. Assim, deve ser encarada:

1. Enquanto identidade racial do branco, que para atribuir benefícios para si, retira poder dos Outros. Ou seja, é uma matriz de poder racial, que se subsidia também com base nos fenótipos; 2. Enquanto ideologia, uma vez que é um conjunto de valores que perpetua e consolida a formação do imaginário social alimentando e construindo a identidade de todos os sujeitos, inclusive dos dominados: os não-brancos (negros e indígenas). e, o mais importante, 3. Enquanto elemento que constrói a consciência de classe dominante brasileira e que, portanto, encontrará espaço de difusão em toda e qualquer instituição e relações sociais, econômica e política que possuem natureza de classe, tal como Estado. (RAMOS, 2019, p. 44)

Diante desse cenário, como destaca Bento (2014, p. 45),

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.

O mito da democracia racial e o branqueamento é uma expressão da necessidade de ocultar os elementos indesejados na realidade do Brasil. Isso não quer dizer que as desigualdades entre negros e brancos são indesejadas, mas o seu reconhecimento sim. Pois o racismo explícito desnuda as contradições do modo de produção, situação que poderia modificar a estrutura de privilégios das elites nacionais.

A sociedade brasileira não assume a existência do racismo. As pessoas, instituições e o Estado que praticam discriminações raciais e até mesmo suas vítimas não reconhecem a existência do racismo. Por vezes, práticas racistas são interpretadas como brincadeiras inofensivas e/ou atos falhos sem intenção de machucar, ofender ou excluir. Munanga (2017, p. 41) fala que “resumiria o racismo brasileiro como difuso, sutil, evasivo, camuflado, silenciado, em suas expressões e manifestações, porém eficiente em seus objetivos, e algumas pessoas talvez suponham que seja mais sofisticado e inteligente do que o de outros povos”.

O sofisticado e inteligente nos faz refletir como ao mesmo tempo que o racismo age enquanto poder de dominação, possibilitando privilégios a população branca e atendendo aos interesses das classes dominantes, ele também dificulta as estratégias de luta contra ele, pois adentra nas mentes de todas as pessoas, tornando-se “[...]‘crime perfeito’, pois além de matar fisicamente, ele alija, pelo silêncio, a consciência tanto das vítimas quanto da sociedade como um todo, brancos e negros” (MUNANGA, 2017, p. 40).

O racismo como uma ideologia que se materializa na permanente produção de realidades desiguais, sendo usado como uma forma de dar conta de um conjunto de contradições inerentes à sociabilidade burguesa, não na direção de resolvê-las, mas de acomodá-las. Assim sendo, além de estrutural, o racismo também é estruturante na sociedade brasileira,

Funciona como elemento dinâmico que favorece, condiciona e mantém um tipo específico de racionalidade. É um agente expressivo que articulado a outros, como, por exemplo, o patriarcado e o sexismo, impede a erosão das relações de exploração e das condições de

desigualdade presentes em todas as dimensões da vida social (PROCÓPIO, 2017, p. 30).

Almeida (2018) interpreta o racismo como “uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios”. Por isso, não podemos reduzir a funcionalidade do racismo apenas ao momento inicial da acumulação originária e desenvolvimento do capitalismo, pois este é sistematicamente acionado para garantir a sobrevivência do sistema capitalista.

O racismo não pode ser visto simplesmente como herança cultural escravista. A ciência do século XX derrubou por completo qualquer pretensão à cientificidade do argumento racialista da hierarquia entre raças. No entanto, o racismo continuou a orientar formas opressivas de exercícios de poder e a se interpenetrar nas relações de produção, criando hierarquias de funções, níveis distintos de formalização do emprego e diferenças significativas de valores salariais, da mesma forma que aquelas que traçam linhas de gênero no mercado de trabalho (MATTOS, 2019 p. 65).

Ademais, como exposto anteriormente, o racismo integra a contemporaneidade como um sistema organizador e de sustentação do capitalismo, atuando como responsável por definir os espaços ocupados pelos indivíduos, destinando os negros um lugar de inferioridade e precarização na sociedade, expressando um projeto de sociedade que presume a divisão do mundo entre dominadores e dominados através de critérios raciais, de classe e gênero.

O racismo é um princípio constitutivo que organiza, a partir de dentro, todas as relações de dominação da modernidade, desde a divisão internacional do trabalho, até as hierarquias epistêmicas, sexuais, de gênero, religiosas, pedagógicas, médicas, junto com as identidades e subjetividades, de tal maneira que divide tudo entre as formas e os seres superiores (civilizados, hiperhumanizados, etc, acima da linha do humano) e outras formas e seres inferiores (Selvagens bárbaros, desumanizados, etc., abaixo da linha do humano) (GROSFOGUEL, 2018, p. 58).

Entendido como sendo estrutural (ALMEIDA, 2018), o racismo está em todas as dimensões da sociedade burguesa e associa-se às diversas opressões existentes. A necessidade de afirmação de uma inferioridade racial da população negra, acarreta uma sistemática discriminação, que

Não se trata, portanto, de apenas, um ato discriminatório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de *um processo em que condições de subalternidade e de privilégio* que se distribuem entre grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas (ALMEIDA, 2018, p.27).

Desse modo, capitalismo e escravidão são estruturas que se retroalimentam, em uma existência recíproca. O racismo não ficou no passado, nem é um resíduo do mesmo, mas um elemento indispensável da constituição e manutenção do sistema capitalista. Uma vez que “o racismo, seja como ideologia, seja como dispositivo, alimenta a lógica de soberania, não somente no contexto do Estado, mas, principalmente, na divisão permanente entre poder e raça em todas as instâncias da sociedade” (CARVALHO, 2020, p. 95). Além de fornecer “[...] o sentido, a lógica e a tecnologia para a reprodução das formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea” (ALMEIDA, 2019, p. 21). Dessa maneira, o racismo não é somente uma parte acessória nas relações sociais de produção, é necessário, “o preconceito e a discriminação raciais estão sempre inseridos dinamicamente na prática das relações de produção, em sentido lato” (IANNI, 1978 p. 133).

Podemos destacar a partir de Almeida (2018, p.57), que uma das principais funções do racismo no sistema capitalista brasileiro é de “[...] que a desigualdade social seja naturalmente atribuída à identidade racial dos indivíduos ou, de outro modo, que a sociedade se torne indiferente ao modo com que determinados grupos sociais detêm privilégios”. Em que o racismo será o responsável por estabelecer a “[...] linha divisória entre superiores e inferiores, entre bons e maus, entre grupos que merecem viver e os que merecem morrer, entre os que terão sua vida prolongada e os que serão deixados para a morte, entre os que devem permanecer vivos e o que serão mortos” (ALMEIDA, 2018, p. 88-89).

A pesquisa “Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil”, de 2021, realizada pelo IBGE, apresentou os seguintes dados sobre a realidade brasileira. A população negra, combinação das categorias preta e parda, adotadas pelo instituto, representou um pouco mais da metade dos brasileiros (56,1%). Entretanto, apesar de ser maioria no Brasil, os indicadores que interferem nas condições de vida e de trabalho, nos mostram um contexto de múltiplas desigualdades. A população negra representa uma parcela maior de desempregados, totalizando 64,0% contra 35,2% da população branca. No que diz respeito a ocupações informais, 32,7% era da população branca, enquanto 90,4% atingiu a população negra. No que tange aos rendimentos do trabalho, a população branca também teve indicadores favoráveis, tendo uma renda mensal de 3.099 reais. Já as populações pretas e pardas recebiam 1.764 e 1.814 reais, respectivamente. Além do mais,

análise em relação às linhas de pobreza monetária, do Banco Mundial (World Bank), reafirmam o cenário de maior vulnerabilidade vivenciado pela população negra, apresentando um maior percentual de pobres. Considerando a linha de US\$ 1,90, a população negra correspondeu 20,4%, ao passo que a população branca teve 5,0%.

Além disso, em relação aos domicílios, a pesquisa também apontou que 81,9% da população negra reside em domicílios sem esgotamento por rede coletora ou pluvial, e a população branca representa 27,8%. Destacam-se números semelhantes ligados à coleta de lixo e acesso ao abastecimento de água.

Outro dado relevante é sobre a taxa de homicídios. Em 2020, pessoas pardas apresentaram taxa de 34,1 mortes por 100 mil habitantes e as pessoas pretas 21,9 mortes, o que representa quase o triplo e o dobro, respectivamente, da taxa entre as pessoas brancas, 11,5 mortes por 100 mil habitantes. E quando acrescentamos o marcador social de gênero, observamos que os homens negros jovens, de 15 a 29 anos, são os que mais morrem.

Os dados nos permitem perceber que a população negra está diariamente submetida a constantes condições de produção e reprodução da própria morte. É um genocídio que se explicita por meio da ausência das condições sociais básicas necessárias para viver. Processo que é conduzido pelo Estado e, pensar o racismo institucional, nos auxilia na compreensão de como as instituições públicas e privadas atuam nesse processo de reprodução e produção de desigualdades.

Nesse sentido, Kilomba (2019, p. 77-78) destaca que

O racismo institucional enfatiza que o racismo não é apenas um fenômeno ideológico, mas também institucionalizado. O termo se refere a um padrão de tratamento desigual nas operações cotidianas tais como em sistemas e agendas educativas, mercados de trabalho, justiça criminal, etc. O racismo institucional opera de tal forma que coloca os sujeitos brancos em clara vantagem em relação a outros grupos racializados.

Almeida (2019, p. 37), corroborando com a argumentação de Kilomba, expõe que o racismo institucional pode ser considerado como o “resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça” ou seja, trata-se sobre como as instituições funcionam de forma diferenciada na prestação de serviços, benefícios e oportunidades

para os diferentes grupos. Desse modo, como ressalta Jaccoud (2008, p. 137), “a presença do racismo, do preconceito e da discriminação racial como práticas sociais, aliadas à existência do racismo institucional, representam um obstáculo à redução daquelas desigualdades”. Nessa direção, Elaine Soares (2018, p. 16) acrescenta que “se refere ao fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica”.

Assim, a população negra no Brasil tem sua trajetória marcada por um intenso processo contínuo de genocídio, que está presente ao longo da formação social da sociedade brasileira e explícito no processo de dominação racializada na atualidade. À população negra é negado o direito à reprodução social digna por meio da ausência ou presença precarizada de direitos garantidos constitucionalmente. Trata-se de um sistema genocida muito bem articulado, eficaz e velado, elaborado e posto em prática pelo Estado burguês racista e suas instituições. Moura (1994, p.2) acentua que “o racismo brasileiro, como vemos, na sua estratégia e nas suas táticas age sem demonstrar sua rigidez não aparece à luz, é ambíguo, meloso, pegajoso mas altamente eficiente nos seus objetivos”.

Dessa forma, se concordamos que a questão social é produzida pelo sistema capitalista, é imprescindível afirmamos que o racismo faz parte das relações que estruturam a sociabilidade burguesa.

1.1.3. Classes sociais: o negro na base dessa estrutura

O debate sobre a relação entre classe e raça é rodeado de contradições. De um lado, temos os defensores da perspectiva da luta antirracista desvinculada da questão de classe, pois o determinante racial sobressai o de classe. Do outro, defendem que na sociedade brasileira, assim como em qualquer sociedade capitalista, a classe social afeta diretamente as questões raciais e que, por isso, a luta antirracista precisa estar vinculada à luta de classes.

Entendemos os pontos argumentativos dos dois lados, mas neste trabalho partiremos da visão de que raça e classe são indissociáveis. Como afirma Florestan (1989, p. 28), “preconceito e a discriminação raciais estão presos a uma rede da exploração do homem pelo homem e que o bombardeio da identidade racial é prelúdio ou o requisito da

formação de uma população excedente destinada, em massa, ao trabalho sujo e mal pago”.

Almeida (2020) argumenta nessa mesma direção e afirma:

Logo, o racismo não deve ser tratado como uma questão lateral, que pode ser dissolvida na concepção de classes, até porque uma noção de classe que desconsidera o modo com que esta se expressa enquanto relação social objetiva torna o conceito uma abstração vazia de conteúdo histórico. São indivíduos concretos que compõem as classes à medida que se constituem concomitantemente como classe e como minoria nas condições estruturais do capitalismo. Assim, classe e raça são elementos socialmente sobredeterminados (ALMEIDA, 2020, p. 185).

Para compreendermos a estruturação das classes sociais no modo de produção capitalista é necessário o entendimento da estruturação da sociedade capitalista, a partir de uma análise da totalidade. A sociabilidade capitalista é fundada na propriedade privada dos meios de produção sob domínio da burguesia, ao passo que a maioria dos trabalhadores, proletariados, expropriados, são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver (MARX, 2011). Portanto, o processo de exploração no sistema capitalista ocorre por meio da propriedade privada dos meios de produção. Por isso, o modo de produção capitalista é entendido como uma relação social de exploração, envolvendo um conjunto complexo e multifacetado de contradições nas relações sociais, que envolvem a totalidade da vida social (MANZANO, 2013).

Segundo a teoria marxista, os homens só conseguem produzir riqueza se apropriando da natureza por meio do seu trabalho. Contudo, na sociedade capitalista, uma classe social, a burguesia, apropria-se privadamente dos principais instrumentos de trabalho e até da natureza, dessa forma, consegue apropriar-se também do trabalho. Enquanto a classe trabalhadora, desprovidos de todos os meios materiais para satisfazer suas necessidades, tem apenas a própria força de trabalho para ser vendida (MANZANO, 2013).

Logo, as relações capitalistas consistem em relações de produção de mercadorias, visando acumulação de capital (NETTO, 2012). O trabalho, inserido nesse contexto, sofre profundas modificações, passa a ser absorvido como atividade natural de produção objetivando a troca, ou seja, a força de trabalho é tratada como mercadoria, havendo uma subjugação do trabalho vivo pelo trabalho morto, uma vez que o capital se move em busca de lucros, da extração ao máximo de mais-valia (MARX, 1988).

Na nota de Engels à edição de 1888 do manifesto do partido comunista, temos a seguinte definição de burguesia e proletariado: “Por burguesia compreende-se a classe dos capitalistas modernos, *proprietários dos meios de produção* social, que empregam o trabalho assalariado. Por proletariado, a classe dos assalariados modernos que, *não tendo meios próprios de produção*, são obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviver” (MARX e ENGELS, 2010, p. 40).

Boito Jr (2003, p. 199) irá apresentar que

As relações de produção são, de fato, a referência última das classes sociais. Os lugares ocupados no processo de produção, basicamente a grande divisão entre proprietários e não-trabalhadores e trabalhadores não-proprietários, é a divisão fundamental que possibilita a organização de coletivos com interesses opostos. Mas isso como possibilidade.

É fato que os trabalhadores estão em uma mesma situação nas relações de forças produtivas e na organização social da produção, mas para além da situação econômica, há outras determinações de classe que devemos considerar, pois “a situação de classe, que se associa imediatamente à situação econômica, não garante, por exemplo, que exista entre os trabalhadores algum nível de identidade, laços de pertencimento, modos de vida comuns e ação social coletiva” (FERRAZ, 2009, p. 272). Ou seja, a situação econômica é o ponto de partida para analisar classes, mas precisamos ter em mente que a política, cultura e ideologias também atuam como constituintes desse processo, somente assim não teremos uma compreensão limitada do fenômeno.

As classes sociais são resultado do desenvolvimento histórico do modo de produção capitalista, dessa forma, não são naturais, tampouco eternas. São classes antagônicas que têm interesses opostos e irreconciliáveis, que lutam em defesa de seus interesses. Ademais, são múltiplos os critérios e aspectos que os estudiosos adotam para analisar a constituição das classes, desde o entendimento de classe como produto histórico até a função na organização social da produção. Entretanto, Lênin (2004, p. 150) conseguiu sintetizar e relacionar as multideterminações que cercam classe social. O autor apresenta que

Chama-se classes a grandes grupos de pessoas que se diferenciam entre si pelo seu lugar num sistema de produção social historicamente determinado, pela sua relação (as mais das vezes fixada e formulada nas leis) com os meios de produção, pelo seu papel na organização social do trabalho e, conseqüentemente, pelo modo de obtenção e pelas dimensões da parte da riqueza social de que dispõe. As classes são grupos de pessoas, um dos quais pode apropriar-se do trabalho do outro

graças ao fato de ocupar um lugar diferente num regime determinado de economia social.

Considerando esse contexto apresentado, é inegável que as relações raciais desempenham um papel fundamental na moldagem das classes sociais, uma vez que o processo de transição do regime escravista para o capitalista, em que a força de trabalho escravizada começa a ser concebida como mão de obra livre e assalariada, não se extinguiu o racismo, muito pelo contrário, a inserção do negro nas sociedades pós-escravidão ocorreu de forma subalterna e marginalizada, ou seja, surge novas relações na divisão das classes, mas se conserva as classes sociais existentes, as populações que faziam parte das classes exploradas no modo de produção escravista continuam sendo classe explorada no modo de produção capitalista (VIANA, 2009). A burguesia não se preocupou com o destino dos negros “egressos” do sistema escravista e a política de imigração adotada pelo Estado brasileiro evidencia esse processo. Os negros foram deixados à própria sorte.

Desse modo, o racismo faz parte de um projeto de nação. E a divisão de classes e racial foi e é essencial para o sistema, como afirmam Costa e Rafael (2021, p. 83),

Quando analisamos esses elementos na origem e no desenvolvimento do capitalismo no Brasil, verificaremos que além de uma divisão sexual, temos uma divisão racial do trabalho. A origem do capitalismo no Brasil deu-se pela transição do modo de produção escravista para o modo de produção capitalista, decorrente da universalização do trabalho livre. Este fator determinou a organização da classe trabalhadora e o processo de assalariamento. Aqui não contamos com uma revolução burguesa, mas com um aburguesamento dos senhores de escravos.

Discussão que é corroborada por Fernandes (2017, p. 86) ao discutir sobre a relação entre classe e raça no capitalismo brasileiro, afirmando que “[...] a moral da história é que, embora o trabalho seja uma mercadoria, onde há uma composição multirracial nem sempre trabalhos iguais são mercadorias iguais”. Isso significa que no desenvolvimento do capitalismo no Brasil foi fundamental diferenciar a força de trabalho como mercadorias desiguais, utilizando da raça/etnia para organizar o trabalho.

Essa divisão social do trabalho coloca os negros à margem da organização produtiva, da participação social e política na esfera do Estado e Sociedade civil, impondo um cenário de vulnerabilidades. Silva (2015) destaca que as características atuais do trabalho no Brasil, e no mundo, são: proporções de informalidade elevada, altos índices

de desemprego, desregulamentação de direitos, trabalhadores precarizados e intermitentes, como reflexo da crise estrutural do capital. Todavia, como os dados apresentados anteriormente demonstram, é importante ressaltarmos que quem mais sofre com esse processo é a população negra.

Os milhões de trabalhadores brasileiros estão fora do mercado de trabalho formal, sem garantia de proteção social, é resultado da subalternização do trabalho ao sistema capitalista e do desmonte e ataques aos direitos dos trabalhadores.

Diante desse cenário fica evidente que as estruturas de raça/etnia, gênero e classe produzem sistemas de dominação-exploração que são essenciais para manutenção do sistema capitalista, uma vez que

As relações sociais de gênero/sexo e raça/etnia, que invadem todas as dimensões dos sujeitos que as vivenciam, possuem uma origem material de existência, por mais que não se limite a mesma. No capitalismo, essa origem está relacionada ao processo de organização e divisão do trabalho que é social, sexual e racial. Ao organizarmos o acesso ao trabalho, que é a base material de existência de qualquer sociedade e modo de produção, utilizando de critérios como sexo/gênero e raça/etnia, produzimos sistemas de dominação-exploração que estruturam as relações sociais e econômicas. As consequências de uma divisão sexual e racial do trabalho é a produção de fenômenos como o patriarcado e o racismo (COSTA; RAFAEL, 2021, p. 90).

Dessa forma, o desenvolvimento ou amadurecimento do modo de produção capitalista não eliminou as desigualdades sociorraciais, pelo contrário, houve uma recomposição para favorecer a acumulação do capital. A ideologia racista determina a absorção dos negros na estrutura de classe, a partir da necessidade de reprodução do capital.

1.1.4. Gênero: repercussões na construção do ser masculino e feminino

O estudo de gênero e masculinidades é complexo e possui múltiplas determinações. Envolve muitas contradições e problemáticas, além do fato de existir várias formas de abordar essas temáticas. Para este trabalho, buscamos demonstrar a relação entre raça e gênero, a partir da delimitação dos estudos sobre masculinidades.

O desenvolvimento do capitalismo e da industrialização, juntamente com a ideia de modernidade, proporcionou uma série de transformações sociais e culturais. A categoria gênero altera-se nesse período, sendo um eixo fundamental para justificar a exploração de pessoas e estratificação da sociedade, permitindo nomear e esclarecer aspectos que envolvem as relações sociais entre homens e mulheres, percebendo que a desigualdade de gênero é um fenômeno estrutural complexo, fundado social e culturalmente (OYĚWÙMÍ, 2004).

É comum vermos a categoria gênero sendo utilizada como a diferença cultural entre homens e mulheres, fundada na diferenciação dos sexos. Por isso, no nosso cotidiano, gênero aparece como algo dado, normal. Facilmente reconhecemos uma pessoa como homem ou mulher e, a partir dessa distinção, organizamos nossas ações. Esse processo diz respeito a crença de que as distinções de gênero são naturais, tão naturais que costumamos ficar escandalizados quando alguém destoa desse padrão.

Vejamos, por exemplo, a definição de gênero de Scott: “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (LOURO apud SCOTT, 1995, p. 106). Ou como define Cabral e Diaz (1998, p. 01), “gênero refere-se às relações sociais desiguais de poder entre homens e mulheres que são o resultado de uma construção social do papel do homem e da mulher a partir das diferenças sexuais”. Essa, assim como outras definições, aborda a categoria gênero estando relacionada a construção social e histórica, onde se acentua o caráter social das diferenças baseadas no sexo (OLIVEIRA, 2022).

Entretanto, neste trabalho, buscaremos compreender gênero em uma visão mais ampla, considerando-o como um processo continuado e dinâmico entre os sujeitos, bem como uma identidade apreendida na formação, socialização e/ou educação dos indivíduos (LOURO, 1995). Uma vez que, de acordo com Carloto (2001, p. 201) “a construção dos gêneros se dá através da dinâmica das relações sociais”, ou seja, os seres humanos constroem-se a partir das relações com os outros. Argumento que é ratificado por Connell e Pearsen (2017) ao apresentarem que ser homem ou mulher refere-se a tornar-se homem ou mulher em processo constante de construção. Isso quer dizer que ninguém nasce homem ou mulher, nos tornamos homens ou mulheres.

Portanto, a construção cultural dos papéis de gênero tem implicações diretas na construção das identidades masculinas e femininas, determinando as dinâmicas das relações de poder, que se alteram de acordo com a sociedade e o tempo, mas permanece favorecendo sempre o masculino. Então, diz respeito à forma como a sociedade percebe os corpos humanos, acarretando consequências nas vidas pessoais e na coletividade. O gênero aparece como estrutura social, multidimensional, estando relacionado com a identidade, trabalho, poder e sexualidade (CONNELL; PEARSE, 2017).

As definições de Scott (1995) e de Cabral e Diaz (1998) são fundamentais nos estudos de gênero, mas encontram limitações, pois ao analisarmos gênero apenas nessa perspectiva adentramos em uma grande problemática. São definições baseadas em dicotomia e terminam por excluir as diferenças entre mulheres e entre homens no conceito. E as diferenças internas nesses grupos podem ser de total relevância para compreendermos as relações entre homens e mulheres.

Nessa direção, Bento (2022) ressalta que são os marcadores sociais exteriores ao gênero que determinam o reconhecimento ou não do gênero. A autora exemplifica esse processo ao dar exemplo da Sojourner que “possuía todos os atributos construídos como “naturais” para definir o gênero feminino, mas tem essa condição negada porque a raça definirá quem pode ou não ser reconhecido como mulher ou homem” (BENTO, 2022, p. 18). A raça, nesse caso, transfigura-se em um controle, que irá estabelecer quem pode entrar ou não na categoria gênero.

Ao refletirmos sobre a história do Brasil, e do mundo, no período escravista, homens e mulheres escravizados não usufruem do mesmo status ontológico que homens e mulheres livres. E essa articulação entre raça e gênero produziu “identidades femininas estigmatizadas (das mulheres negras) quanto identidades masculinas subalternizadas (dos homens negros) com prestígio inferior ao do gênero feminino do grupo racialmente dominante (das mulheres brancas)” (CARNEIRO, 2003, p. 119). Portanto, “a concepção de que o gênero é uma categoria primária para se analisar as relações de poder não problematiza as condições anteriores e exteriores à posição de poder que o masculino e feminino ocupam nas relações sociais racializadas” (BENTO, 2022, p. 16).

Dessa forma, percebemos que gênero é constituinte da colonialidade do poder. Segundo Lagunes (2008), as diferenças entre os gêneros foram introduzidas a partir da

colonização proporcionada pelo capitalismo eurocêntrico global, impondo a subordinação das mulheres em todas as dimensões da vida. Desse modo, “[...] o sistema de gênero moderno/colonial não existe sem a colonialidade do poder, já que a classificação das populações em termos de raça é uma condição necessária de sua existência” (LAGUNES, 2008, p. 25-26).

Ao apontarmos as limitações dos conceitos mais utilizados para discutir essas temáticas não estamos negando a existência de hierarquia entre homens e mulheres, mas afirmando que as identidades de gênero são perpassadas por diversos marcadores sociais que geram diferenças. A questão é que a categoria gênero isolada dos outros marcadores sociais de raça e classe tem seu alcance analítico reduzido, pois para entendermos as relações de poder precisamos partir da interseccionalidade.

Compreender e analisar gênero de uma forma ampla possibilita abranger as relações de poder, que produzem efeitos tanto em mulheres como nos homens, pois o sistema patriarcal, com sua estrutura de poder, hierarquias e relações, está em todas as dimensões da sociedade (SAFFIOTI, 2004). E somente quando percebemos raça, gênero e classe como indissociáveis que conseguimos analisar a estrutura de dominação masculina, enxergando os homens negros.

É verdade que os homens se beneficiam das desigualdades de gênero, porém esse benefício não ocorre de forma uniforme. As diferenças de classe e raça interferem nos benefícios dados aos diferentes grupos de homens. Visto que, devido a estruturação patriarcal, racista e classista da sociedade capitalista, há uma masculinidade que é percebida como o modelo correto, absoluto a ser seguido e perseguido por todos, a masculinidade hegemônica. Os homens que compõem esse padrão de masculinidade têm as seguintes características: homem cis, branco, heterossexual, ocidental e rico. Em oposição a este padrão de masculinidade, temos as masculinidades marginalizadas/subalternas, que englobam todas as outras características que não se encaixam na hegemônica, como: os homens não brancos, homossexuais, transgêneros, pobres e favelados, etc.

Segundo Machin et al. (2010, p. 4504), podemos compreender que “[...] as masculinidades (e as feminilidades) constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a

prerrogativa de modelos a serem seguidos”, influenciando no que é ser homem ou mulher. Há uma diversidade de masculinidades que compõem o processo de constituição e relações dos sujeitos. Contudo, para nossa análise de desigualdades de gênero, cabe delimitarmos nesse primeiro momento o foco para a masculinidade hegemônica, pois, de acordo com Almeida (1996), a masculinidade hegemônica é um elemento essencial no debate de gênero, podendo ser interpretada como sendo um modelo cultural ideal inatingível, desempenhando controle sobre homens e mulheres, além de ser responsável pela definição de inferioridade das outras masculinidades e do feminino.

A masculinidade hegemônica é um consenso vivido. As masculinidades subordinadas não são versões excluídas, existem na medida em que estão contidas na hegemonia, são como que efeitos perversos desta, já lá estão potencialmente (como o “perigo” homossexual que a homosociabilidade comporta, ou o feminino que está sempre presente na sua forçada ausência dos universos masculinos) (ALMEIDA, 1996, p. 162).

Ademais, “legítima a poderosa posição dominante do homem na sociedade e justifica a subordinação das mulheres e da ordinária população masculina, assim como deliberar sobre outras formas marginalizadas do que significa ser homem” (CONNELL apud BOLA, 2020). Por isso, a masculinidade hegemônica constitui uma ideologia que privilegia determinados grupos em detrimento de outros grupos que não satisfaçam suas categorias de autoridade e de poder, sendo “uma masculinidade construída pelo patriarcado e que permanece forte e influente na sociedade ocidental capitalista” (RODRIGUEZ, 2019, p.278).

É um modelo perverso e perigoso para homens e mulheres, pois busca apagar qualquer variação de comportamento que não se enquadram em seus padrões. Dessa forma, mesmo o patriarcado sendo um sistema de dominação de um sexo sobre outro, concedendo privilégios ao sexo masculino, essa distribuição de poder não ocorre da mesma forma para todos os homens. Há uma divisão nítida entre quem usufrui completamente desses privilégios/benefícios.

Não estamos dizendo que os homens que compõem as masculinidades marginalizadas/subalternas não se beneficiam da estrutura de opressão, mas que o patriarcado também atinge esses homens, mutilando suas possibilidades e que eles não usufruem da mesma forma que o grupo da masculinidade hegemônica, uma vez que as

relações de gênero sob o regime patriarcal, é uma estrutura de poder que unifica as três categorias: gênero, raça/etnia e classe social. Como afirma Biroli (2018, p. 32)

[...] assim como a posição das mulheres na divisão sexual do trabalho é desigual, os homens “não se beneficiam igualmente do sexismo” nem das vantagens que decorrem dessa divisão. A “exploração comum a todas” não é vivida da mesma maneira, assim como o benefício que os homens auferem dela não põe todos no mesmo patamar nas hierarquias que organizam o mundo do trabalho.

Os padrões masculinos definidos pela masculinidade hegemônica desenvolvem cobranças e expectativas de gênero. Uma das expressões mais visíveis das masculinidades é a relação de poder, mas não se restringe a isso. Por um lado, permitem o exercício de poder sobre as mulheres e outros homens. Do outro, alienam os homens sobre sua própria humanidade, fazendo com que esses reprimam tudo que for eleito como sendo do mundo feminino (NKOSI, 2014). Os homens buscam a todo custo se distanciar de características consideradas femininas (como cuidado, sensibilidade, fragilidade e dependência).

Esse movimento de características e atribuições destinadas a homens e mulheres, faz com que os homens tenham comportamentos de risco que podem levar a um maior índice de lesões, mortes e doenças. É por isso que a concepção de gênero e raça irá influenciar muito na construção das masculinidades, o que, por conseguinte, irá afetar a utilização dos serviços de saúde por parte da população masculina, sobretudo, os homens negros.

E é nesse contexto, de masculinidade hegemônica e de um ideal masculino a ser alcançado, que os homens negros são vistos pela sociedade não como homens, mas como animais sem direitos, sem história, sem cultura, sem sexualidade dentro da visão colonial, enquanto os homens brancos são vistos como homens universais e seres invejáveis por possuírem o status exigido pela sociedade. Isso não significa dizer que os homens negros não se beneficiam dos privilégios do patriarcado, mas que numa perspectiva interseccional de gênero, raça e classe, estes estão em desvantagens com os homens brancos.

Diariamente os homens negros são vistos a partir de estereótipos racistas, percebidos como criminosos, ladrões, estupradores e etc. e como reflexo desse cenário desigual entre os homens negros e brancos, temos por exemplo que os homens negros são

a maioria das pessoas mortas por causas externas, como a violência e homicídios, e os homens brancos por doenças (BATISTA, 2005). Ademais, se olharmos para o mercado de trabalho, os homens negros continuam sendo a maioria na informalidade, trabalhando em condições precárias, em cargos subalternos e recebendo os piores salários.

A sociedade brasileira determina as atribuições de responsabilidades aos sujeitos a partir de critérios racistas, classicistas e sexistas, em que ser lido como homem negro ou mulher negra acarreta estar e perceber o mundo de formas diferentes, tendo em vista a distribuição desigual de poder entre os gêneros.

CAPÍTULO 2 - POLÍTICA SOCIAL E POPULAÇÃO QUILOMBOLA: DESIGUALDADES E CONTRADIÇÕES

As políticas sociais no Brasil surgem como resposta estatal às pressões coletivas realizadas pela classe trabalhadora, sendo resultado das contradições estruturais concebidas pela luta de classes e demarcada pelos processos de valorização do capital (BEHRING, 2009). Resumidamente, as políticas sociais nascem como marco para enfrentar a questão social, em que a partir da pressão e tensionamento do movimento da classe trabalhadora o Estado e a classe burguesa respondem suas expressões de forma mais elaborada e sistematizada, não mais apenas com repressão, podendo ser objeto de contínua intervenção pelo Estado por meio da política social. No Brasil, é a partir da primeira década do século XX que a questão social se coloca como questão política, isso decorre do fato de que o surgimento das políticas sociais depende de alguns fatores, como: a pressão e organização da classe trabalhadora; a correlação de forças no âmbito do Estado e o papel do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2017). Por isso, para Behring (2009, p. 3-4)

A política social é abordada a partir da perspectiva crítico-dialética. Esta tem a potencialidade de evitar abordagens unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a-históricas. Trata-se de analisar as políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação, ou seja, problematiza-se o surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no contexto da acumulação capitalista e da luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades.

É a partir desse contexto que precisamos pensar as políticas sociais como uma totalidade histórica em movimento, reconhecendo seus limites e condições impostas pelo sistema capitalista. Nesse sentido, é fundamental a compreensão da questão social¹ como um produto social histórico determinado pelo modo de produção capitalista e pelas lutas da classe trabalhadora (CASTELO, 2010), sendo a manifestação de um conjunto complexo e multifacetado de desigualdades constitutivas da sociedade capitalista, em que

¹ Para melhor compreensão, vamos desenvolver um pouco mais esse conceito. A questão social é a manifestação de um conjunto complexo e multifacetado de desigualdades constitutivas da sociedade capitalista, que exige intervenção estatal. As expressões da questão social, baseadas na contradição intrínseca à produção coletiva e apropriação privada da riqueza produzida pela classe burguesa, são aprofundadas no contexto de hegemonia do capital financeiro (CEOLIN, 2014).

suas expressões, baseadas na contradição intrínseca à produção coletiva e apropriação privada da riqueza produzida pela classe burguesa, trabalho x capital, exige intervenção estatal que vá além da caridade e repressão, uma vez que a classe trabalhadora organiza-se coletivamente pressionando a burguesia (IAMAMOTO; CARVALHO, 2000; CEOLIN, 2014).

2.1. Estado e Política social em um contexto de crise estrutural do capital

Behring (2009) explica, e falamos um pouco anteriormente, que as políticas sociais e os padrões de proteção social surgem como resultado e resposta às complexas e multifacetadas expressões da questão social no capitalismo. Desse modo, as políticas sociais são processos contraditórios, pois, ao mesmo tempo que são elementos originários da ordem capitalista, são também resultado da luta da classe trabalhadora por condições de vida e trabalho adequadas (BOSCHETTI, 2020). Atendendo aos interesses do capital e do trabalho ao mesmo tempo, por um lado auxiliando na reprodução da força de trabalho e legitimação da ordem, por outro atendendo às necessidades reais dos trabalhadores (BEHRING; BOSCHETTI, 2017).

O movimento do modo de produção capitalista delimita possibilidades e limites das políticas sociais (BEHRING, 2009; BOSCHETTI, 2020). Logo, o contexto de aprofundamento da crise estrutural do capital, da hegemonia do neoliberalismo e da financeirização, de reestruturação produtiva caracterizada pelo aprofundamento da precarização do trabalho e pela expansão do desemprego estrutural, tem fortes impactos nos financiamentos das políticas sociais, na medida que reconfigura as relações entre Estado e sociedade civil, alterando os padrões de proteção social, favorecendo a implementação de políticas “desenvolvimentistas”, em que o fundo público é destinado para o pagamento da crescente e questionável dívida pública, acarretando redução ou não financiamento de políticas sociais universais, mas aumentando o gasto social com políticas sociais focalizadas (SALVADOR, 2020).

Dessa forma, a tendência é de que haja redução de direitos e limitações das políticas sociais, passando a ser obtidas via mercado, buscando a desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social pelo Estado e a implementação de políticas sociais

com ações assistencialistas, fragmentadas e focalizadas, realizadas pelo terceiro setor, mas que consigam amenizar as expressões da questão social.

A direção apontada pelos projetos neoliberais para a relação Estado e questão social são reducionistas, objetivando desuniversalizar, assistencializar, que descaracterizando a proteção social, a ser vista como complementar somente para o que não alcançou via mercado. O Estado brasileiro tem se utilizado do fundo público para resguardar e socorrer os interesses do capital sobre o trabalho, diminuindo seus deveres para com os trabalhadores. E, como explicado anteriormente, o financiamento das políticas sociais está ligado diretamente ao fundo público, que é alvo de disputas e interesses antagônicos entre as classes sociais, pois tem uma função essencial para a continuidade do sistema capitalista, bem como ampliação das políticas sociais (SALVADOR, 2020).

Ao abordarmos às políticas sociais, precisamos compreender o papel do Estado e suas funções no sistema capitalista, além de analisarmos como esse Estado é fruto do sistema colonial, tendo o racismo, patriarcado e classe como princípios organizativos. Para iniciarmos essa discussão, recorreremos ao que a autora Pereira-Pereira (2009, p. 290) diz quando afirma que “o Estado não existe em abstrato (sem vinculações com a realidade e com a história) e nem de forma absoluta (assumindo sempre uma única configuração)”, e desse modo,

Quando se fala de Estado, é preciso especificá-lo, isto é, qualificá-lo, porque ele existe sob diferentes modalidades, formas e contextos. Um mesmo país pode viver sob o domínio de um Estado totalitário, em um determinado momento, e de um Estado democrático, em outro. O Brasil é um caso que se enquadra nessa ambivalente situação (PEREIRA-PEREIRA, 2009, p. 290).

O Estado é fundado na concentração de poder, suas estruturas são historicamente constituídas, estão ligadas ao modo de produção capitalista que, por conseguinte, determina politicamente, economicamente e ideologicamente suas instituições, tendo um papel fundamental para organização da sociabilidade burguesa. Como ressalta Mascaro “o Estado é capitalista porque sua forma estrutura as relações de reprodução do capital” (MASCARO, 2013, p. 59). Por isso, a classe dominante, a partir da concentração de riquezas socialmente produzidas, entendida como poder pelo sistema, tem condições para moldar a atuação e funcionamento desse Estado.

O Estado constitui-se de múltiplos paradigmas que demonstram suas contradições, natureza e funcionamento, tem suas relações estruturais baseadas na propriedade privada, na exploração de mais-valia e na acumulação de capital, as quais são mantidas através de um conjunto de opressões (ROCHA, 2020). O Estado garante e atende os interesses da classe dominante, propagando sua ideologia, isso quer dizer que ele atua na garantia e manutenção dos privilégios da classe dominante. E esse papel ideológico que o Estado possui reafirma e legitima suas ações de propagação de repressão, violência e morte. De forma resumida, esse processo ocorre da seguinte forma

O Estado não pode sancionar e reproduzir o domínio político usando como meio exclusivo a repressão, a força ou a violência “nua”, e, sim, lançando mão diretamente da ideologia, que legitima a violência e contribui para organizar um consenso de certas classes e parcelas dominantes em relação ao poder público (POULANTZAS, 2000, p.27).

Contudo, é preciso que o Estado oculte seu caráter de classe porque apenas assim consegue produzir e reproduzir o projeto societário da classe dominante. Por esse motivo

[...] para o capital é fundamental romper com a unidade entre economia e política, para que qualquer coisa que se dê na economia (como a desigualdade social, a concentração dos meios de produção etc.) apareça como um assunto não político e qualquer coisa que se dê na política (quem manda, quem obedece, os projetos de quem organiza a vida em comum) apareça como não econômico (mas como assuntos de cidadãos, indivíduos iguais em termos políticos, e não como assuntos de grupos econômicos ou classes que dominam) (OSÓRIO, 2014, p. 25).

Percebemos que as relações de poder político são relações entre classes sociais, em que a classe dominante possui poder suficiente para pôr em prática seu projeto societário. Cenário que atinge diretamente as relações de poder e, conseqüentemente, as relações étnico-raciais, gênero e classe, uma vez que as relações de forças sociais têm sua concentração no Estado. Como ressalta Osório (2014, p. 21) “falamos de Estado, portanto, para nos referir a uma condensação particular de redes e relações de força numa sociedade, as quais permitem que sejam produzidas e reproduzidas relações de exploração e dominação”.

Todavia, o Estado tem mecanismos que possibilitam sua atuação, visto que “o Estado somente pode funcionar como Estado-capitalista apelando a símbolos e fontes de apoio que *ocultam* sua natureza de Estado capitalista. A existência de um Estado capitalista pressupõe a sistemática *negação* de sua natureza de Estado capitalista” (CARNOY, 1993 apud OSÓRIO, 2014). Assim, recorre ao racismo, patriarcado e

classicismo. Sendo assim, quando dizemos que o Estado tem como função principal o atendimento dos interesses e necessidades da classe dominante, isso significa dizer também que sua atuação está destinada a manutenção e sustentação da branquitude masculina.

Uma vez que o Estado é a forma política do mundo contemporâneo, o racismo não poderia reproduzir se, ao mesmo tempo, não alimentasse e fosse alimentado pelas estruturas estatais. É por meio do Estado que a classificação de pessoas e a divisão dos indivíduos em classes e grupos é realizada. Os regimes colonialistas e escravistas, o regime nazista, bem como o regime do apartheid do sul-africano não poderia existir sem a participação do Estado e de outras instituições como escolas, igrejas e meios de comunicação. (...) o racismo não é um dado acidental, mas é elemento constitutivo dos Estados modernos (ALMEIDA, 2018 p. 68).

Ao atuar na garantia da naturalização do racismo, o Estado cumpre sua função ideológica de manutenção das estruturas de poder, preservando para que as desigualdades raciais, de gênero e classe, por ele produzidas e reproduzidas, não tornem pautas políticas, evitando que as reivindicações da população negra reflitam na correlação de força.

Ideologicamente, o Estado burguês se constrói a partir do pensamento Liberal, centrado nos princípios: liberdade e igualdade para alguns; propriedade como valor central e determinante para a cidadania; segurança como instrumento de proteção da liberdade formal e da propriedade. Este Estado também tem o racismo como um de seus pilares, a medida em que subsidiou o escravismo, o colonialismo e ainda nutre as condições precárias de vida da população negra. Sendo assim, a questão social é resultado da vinculação entre questão de classe, questão étnico-racial e questão de gênero, as quais se retroalimentam em nome da manutenção da sociabilidade burguesa (ROCHA, 2020, p. 20).

Trata-se da consolidação de uma política genocida do Estado, seja pela via direta através dos assassinatos praticados pela violência policial ou pela via indireta, a partir da omissão do Estado na garantia de políticas públicas e condições básicas de vida. As dimensões estruturais do racismo, patriarcado e classicismo são estruturantes do genocídio negro e constitui o Estado brasileiro, operando ações destrutivas contra homens negros.

Teóricos marxistas datam a década de 1970 como o início da crise estrutural do capital, que perdura até os dias atuais, como muito bem destaca Mészáros (2011) ao argumentar que a crise estrutural do sistema capitalista continua sendo a mesma desde o final da década de 60 e início da década de 70, mas com a diferencial de ter explodido globalmente com bastante fúria, o que torna a crise atualmente ainda mais grave e com

características particulares, em que as crises serão cada mais profundas, causando desastrosas consequências para os indivíduos.

Todavia, antes de adentrarmos na discussão sobre os impactos dessa crise na vida social, precisamos compreender os motivos de seu surgimento e como está intrinsecamente ligada ao modo de produção capitalista. Nesse sentido, segundo Netto (2006, p. 156) a história do desenvolvimento do sistema capitalista, “é uma história de uma sucessão de crises econômicas”, não são incidentes ou aleatórias, o sistema capitalista, historicamente, tem frequentes crises, que expressam suas contradições estruturais e deixam a mostra um antagonismo central, entendido como a principal contradição, da sociedade burguesa entre os que se apropriam da riqueza produzida coletivamente e os produtores dessa riqueza, proporcionando o conflito de interesses que são antagônicos e irreconciliáveis, resultante da luta de classes.

Durante esse processo de crise, o capital tem dificuldade para manutenção da acumulação, uma vez que a crise capitalista é uma crise de superprodução e de subconsumo (MENDEL, 1990), apresentando a diminuição da queda tendencial na taxa de lucros e, na medida que se tem baixo consumo das mercadorias, acarreta em diversos desdobramentos para a classe trabalhadora, pois, em uma tentativa de retomar a acumulação, o capital irá adotar estratégias como: retirada direitos, desemprego, salários baixos e desmonte da proteção social. Como exemplifica Harvey (2005), as crises cíclicas do capital sempre possuem consequências destrutivas para a classe trabalhadora, pois apresenta um novo processo de acumulação, trazendo novas formas de extração de mais-valia. O que queremos deixar nítido é que a crise estrutural agrava a desigualdade estrutural, intensificando e aprofundando a exploração do trabalho, o desemprego estrutural, estabelecendo novas formas de precarização e atacando direitos.

Por isso, de acordo com Mészáros (2011) a crise estrutural do sistema capitalista se expande por todos os âmbitos da vida e atinge a relação humana com a natureza, destruindo as condições essenciais para a sobrevivência humana. Behring (2009) nos mostra na prática que a tentativa de recuperação e manutenção das taxas de lucro, ocorre por meio de três direções fundamentais, que possuem diversas implicações: a reestruturação produtiva e a reorganização do exército industrial de reserva, a mundialização do capital e a contrarreforma neoliberal.

Cabe ressaltar que no Brasil estes processos têm configurações específicas. No nosso país essa crise teve efeitos mais fortes nos anos de 1990, aumentando o desemprego e informalidade, salários baixos. Sendo nesse contexto que se inicia a contrarreforma do Estado brasileiro (SILVA, 2015). O capital monopolista fortemente baseado no Estado realizou estratégias fundamentadas na reestruturação produtiva, financeirização do capital e neoliberalismo, cenário que induziu a redefinição do papel do Estado e impôs transformações no padrão de acumulação (SILVA, 2015), pois com o avanço da crise, a recuperação da competitividade é uma estratégia fundamental para garantir a extração dos superlucros, que apenas é possível através da baixa nos custos de produção, por isso torna-se essencial os ataques aos direitos da classe trabalhadora, visando acumular mais-valia e expropriar o fundo público.

Esse cenário está intrinsecamente relacionado a discussão racial, uma vez que

A história do racismo moderno se entrelaça com a história das crises estruturais do capitalismo. A necessidade de alteração dos parâmetros de intervenção estatal a fim de retomar a estabilidade econômica e política – e aqui entenda-se estabilidade como o funcionamento regular do processo de valorização capitalista – sempre resultou em formas renovadas de violência e estratégias de subjugação da população negra (ALMEIDA, 2020, p. 7).

É por isso que as políticas públicas podem contribuir para a manutenção ou para o enfrentamento das opressões de raça, gênero e classe, podendo reforçar ou reduzir essas desigualdades, dependendo do direcionamento crítico adotado (AGUIÃO, 2017). E em um cenário de múltiplos retrocessos, o movimento negro necessita ainda mais de mobilização para conseguir pleitear a inserção de suas demandas nas políticas públicas. É preciso planos, programas, ações e legislações que tenham alcance nacional e estejam articuladas de forma transversal e intersetorial com as outras políticas, a exemplo da política de saúde.

2.2. Saúde para todos? Refletindo sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde

A saúde pública brasileira é marcada por muitas mobilizações, lutas e conquistas da classe trabalhadora, por isso é um produto histórico. Nesse tópico buscaremos, mesmo que brevemente, realizar uma contextualização história dessa política. No século XVIII, era baseada na filantropia e na prática liberal. As primeiras manifestações do Estado se dão no século XX, com maior vigência na década de 1930. Desse modo, em diversos

períodos históricos a compreensão de saúde e política pública de saúde no Brasil passou por transformações, mas foi no final da década de 1970, com o processo de abertura política e, depois, a redemocratização do Brasil, que surge um movimento significativo no campo da saúde, que contou com a participação de diversos segmentos da sociedade, com o objetivo de discutir sobre as condições de vida da população e propostas governamentais para o setor, o Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO et al., 2017). O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, sintetiza o movimento de Reforma Sanitária:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CFESS, 2010, p. 17).

Esse movimento possibilitou que em 1988, com a Constituição Federal brasileira, tivéssemos uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais abrangendo três políticas: Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Em seu artigo 196º a saúde passa a ser compreendida como um “ [...] 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”. Desse modo, a política de saúde, preconizada pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS), ganha concretude na maior e mais importante legislação do país, tornando obrigatório que o Estado formule e implemente políticas econômicas e sociais com a finalidade de melhorar as condições de vida e saúde dos vários grupos da população. A saúde conquistada pela seguridade social brasileira, segundo Boschetti, ficou da seguinte forma:

A saúde obedeceu quase inteiramente aos princípios defendidos e aprovados na Conferência Nacional de Saúde, o que revela a força do Movimento Sanitário ocorrido no Brasil nos anos que antecederam a Constituinte. No projeto, ela foi garantida como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Sua organização deveria se basear em um sistema único e descentralizado, financiado por um fundo nacional de saúde, cujos recursos seriam originários do orçamento do Estado e não deveriam ser inferiores a 10% do PIB anual (BOSCHETTI, 2006. p. 156).

Portanto, o SUS é resultado da luta histórica do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. O Sistema foi e é inspirado em valores como igualdade, democracia, emancipação, universalidade, integralidade, que estão inseridos na Constituição Federal. Teixeira (2011) reafirma essa visão ao trazer que o SUS pode ser compreendido como uma “política de Estado”, materializada em 1988 através da Constituição Federal, sendo um projeto que assume e valida os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação social e igualdade. Esses princípios são a base para o seu funcionamento e organização e ratificam os direitos conquistados historicamente pela população brasileira porque são resultado de um processo político, expressando concepções no que diz respeito a saúde e doença, dos direitos sociais e sobre a relação Estado e sociedade. Além de irem de encontro com a ideologia neoliberal de privatização da saúde.

O sistema público de saúde brasileiro foi modelado para o atendimento de todo ser humano em território nacional, de forma não discriminatória e equitativa. Criado pela Constituição Federal de 1988, na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, o SUS é constituído por serviços da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (AITH et al., 2014, p. 12).

Ademais, o SUS é organizado em diferentes níveis de atenção, que são interdependentes, em que os serviços são agrupados segundo o nível de complexidade, visando acolher as demandas dos indivíduos. A portaria 4.279, de 2010, estabelece que a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ocorrerá por meio de três níveis: atenção primária, atenção secundária e terciária. Onde a atenção especializada é dividida em atenção secundária e terciária, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar), respectivamente, um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, com profissionais especializados e recursos tecnológicos avançados. Enquanto a atenção primária, segundo Pereira et. al. (2015), é atribuída a função de desenvolver ações que visem a prevenção e promoção da saúde, tendo como foco a sua atuação na fase inicial do cuidado, anterior aos outros níveis de atenção mais especializados e complexos, objetivando a prevenção dos problemas de saúde e a promoção da saúde para a população.

Temos como fato concreto que o SUS possibilitou o aumento do acesso da população aos cuidados de saúde, trouxe muitos avanços e continua buscando cumprir seus princípios, bem como a oferta de serviços de qualidade. Por isso, consideramos que esse sistema é uma ferramenta estratégica no enfrentamento e combate às desigualdades,

uma vez que questões relacionadas à saúde perpassam a vida dos indivíduos em diversos âmbitos.

Todavia, devido à crise estrutural do capital, atingindo diretamente os direitos da população, em intensos processos de contrarreformas das políticas sociais, faz-se necessário, mesmo que brevemente, destacar algumas ações que compõem o conjunto estratégico de decisões governamentais que visam o enfraquecimento do SUS, a exemplo: a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que permite ao Governo Federal retirar 30% do orçamento da seguridade social; a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos Públicos (EC 95), conhecida popularmente como “PEC da Morte”, pois congela em 20 anos os “gastos” com políticas sociais, incluindo a saúde. Fator que interfere na qualidade e quantidade dos serviços de saúde ofertados para a população.

Esse contexto tem como consequência que mesmo o SUS sendo pautado nos princípios citados anteriormente, trazendo importantes transformações e avanços, não foram suficientes para implementar mecanismos de superação do racismo enfrentado pela população quilombola no acesso à saúde. Assim, ainda é possível observar a existência de desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde, principalmente quando realizamos o recorte racial, de gênero e classe, pois pessoas negras, que são cotidianamente vulnerabilizadas nessa sociedade, tendem a enfrentar maiores desigualdades. Como demonstra Pereira (2016) ao afirmar que os elementos como: o financiamento, a disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços, disponibilidade de recursos tecnológicos e humanos qualificados podem determinar o acesso da população aos serviços de saúde, além das condições de vida e trabalho, os preconceitos e discriminações, também irão influenciar fortemente nesse processo, delimitando e impondo desvantagens a determinados segmentos no acesso às políticas sociais.

2.2. Movimento Negro e a luta pela saúde

Nesse contexto de disputas e tensões no campo da política de saúde pública não podemos deixar de destacar que o Movimento Negro Brasileiro, desde a sua existência, sempre formulou variadas estratégias de luta a favor da população negra. Nesse sentido,

O MN é caracterizado por ser um movimento social (Gohn, 2011) que não se constitui apenas por um grupo de pessoas com interesses comuns, uma vez que dispõe de uma identidade coletiva decorrente de um princípio solidário construída no desenvolvimento das ações empreendidas em um universo de forças sociais em conflito. Nessa perspectiva, abarca um conjunto de ações políticas realizadas por sujeitos, organizações e entidades políticas, sindicais, culturais, associativas, assistenciais e religiosas da sociedade civil, identificadas com a história de luta contra a desigualdade a que foram e estão submetidas a população negra, a fim de enfrentar seus problemas na sociedade, em particular os provenientes do racismo, preconceito e discriminações raciais, que a marginaliza do acesso aos bens de consumo e direitos sociais (Pinto, 2013).

Por isso, Moura (1983, p. 125), destaca que quando falamos de Movimento Negro é essencial,

Situá-lo historicamente é vê-lo como agente coletivo dinâmico/radical desde a origem da escravidão no Brasil. E, por outro lado, revalorizar a República de Palmares, único acontecimento político que conseguiu pôr em cheque a economia e a estrutura militar colonial; é valorizar convenientemente as lideranças negras de movimentos como as revoltas baianas de 1807 a 1844. E destacar como de personagens históricos os nomes de Pacífico Licutã, Elesbão Dandara, Luís Sanin, Luisa Mahin e muitos outros. É estudá-lo no âmago da revolta dos Alfaiates de 1798, na Bahia. É finalmente, mostrar o lado dinâmico da escravidão no Brasil, ou seja, o chamado lado negativo: as insurreições, os quilombos e demais movimentos dinâmico radicais havidos durante aquele período.

Nessa direção, abaixo consta um quadro resumo sobre a história e atuação do Movimento Negro, que serve para refutar o senso comum de que o movimento negro organizado começa apenas na década de 1930 e é retomado somente no final dos anos 1970, além de demonstrar as múltiplas formas e estratégias de resistência.

Quadro 1- Comparativo da trajetória do movimento negro na República

Movimento Negro Brasileiro	Primeira Fase (1889-1937)	Segunda Fase (1945-1964)	Terceira Fase (1978-2000)
Tipo de discurso racial predominante	Moderado	Moderado	Contudente
Estratégia cultural de “inclusão”	Assimilacionista	Integracionista	Diferencialista (igualdade na diferença)

Principais princípios ideológicos e posições políticas	Nacionalismo e defesa das forças políticas de “direita”, nos anos 1930	Nacionalismo e defesa das forças políticas de “centro” e de “direita”, nos anos 1940 e 1950	Internacionalismo e defesa das forças políticas da esquerda marxista, nos anos 1970 e 1980
Conjuntura internacional	Movimento nazifascista e pan-africanista	Movimento da negritude e de descolonização da África	Afrocentrismo, movimento dos direitos civis nos Estados Unidos e de descolonização da África
Principais termos de autoidentificação	Homem de cor, negro e preto	Homem de cor, negro e preto	Adoção “oficial” do termo “negro”. Posteriormente, usa-se, também, o “afro-brasileiro” e “afrodescendente”
Causa da marginalização do negro	A escravidão e o despreparo moral/educacional	A escravidão e o despreparo cultural/educacional	A escravidão e o sistema capitalista
Solução para o racismo	Pela via educacional e moral, nos marcos do capitalismo ou da sociedade burguesa	Pela via educacional e cultural, eliminando o complexo de inferioridade do negro e reeducando racialmente o branco, nos marcos do capitalismo ou sociedade burguesa	Pela via política (“negro no poder!”), nos marcos de uma sociedade socialista, a única que seria capaz de eliminar com todas as formas de opressão, inclusive a racial
Métodos de lutas	Criação de agremiações negras, palestras, atos públicos “cívicos” e publicação de jornais	Teatro, imprensa, eventos “acadêmicos” e ações visando à sensibilização da elite branca para o	Manifestações públicas, imprensa, formação de comitês de base, formação de um movimento nacional

		problema do negro no país	
Relação com o “mito” da democracia racial	Denúncia assistemática do “mito” da democracia racial	Denúncia assistemática do “mito” da democracia racial	Denúncia sistemática do “mito” da democracia racial
Capacidade de mobilização	Movimento social que chegou a ter um caráter de massa	Movimento social de vanguarda	Movimento social de vanguarda
Relação com a “cultura negra”	Distanciamento frente alguns símbolos associados à cultura negra (capoeira, samba, religiões de matriz africana)	Ambiguidade valorativa diante de alguns símbolos associados à cultura negra (capoeira, samba, religiões de matriz africana)	Valorização dos símbolos associados à cultura negra (capoeira, samba, religiões de matriz africana, sobretudo o candomblé)
Como concebiam o fenômeno da mestiçagem	De maneira positiva (discurso pró- mestiçagem)	De maneira positiva (discurso pró- mestiçagem)	De maneira negativa (discurso contra a mestiçagem)
Dia de reflexão e/ou protesto	13 de maio (dia da assinatura da Lei Áurea, em 1888)	13 de maio (dia da assinatura da Lei Áurea, em 1888)	20 de novembro (dia de rememoração da morte de Zumbi dos Palmares)
Principais lideranças	Vicente Ferreira, José Correia Leite, Arlindo Veiga dos Santos	José Bernardo da Silva, Abdias do Nascimento	Hamilton Cardoso, Lélia Gonzalez

Fonte e elaboração: Petrônio Domingues, 2007, p.117-119.

Todavia, é no final da década 1970, em uma conjuntura política e social brasileira marcada por mobilizações que objetivavam o fim da Ditadura Civil-Militar e a retomada do Estado democrático de direitos, que o MN se estabeleceu nas lutas sindicais e populares de resistência. Nesse contexto, podemos destacar o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro (MRSB) na luta pela universalização do acesso a saúde. Contudo, por mais que o MRSB tenha posto em sua agenda questões relacionadas as desigualdades sociais e a necessidade de garantir o acesso universal e equitativo à saúde, as

problemáticas específicas que abrangem a saúde da população negra não foi mencionada nos documentos e debates realizados pelo movimento. É apenas com a atuação do MN que essas problemáticas ganham visibilidade. Portanto, o Movimento Negro desempenhou papel essencial na visibilidade de questões relacionadas a população negra, como o direito a saúde e combate ao racismo na Constituição Federal de 1988, fundamentando políticas públicas voltadas para população negra nas décadas posteriores.

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais negros por acesso ao sistema de saúde percorreram longos períodos de lutas e de organização, principalmente no período pós-abolição, tendo intensificado na segunda metade do século XX, com grande participação nos movimentos populares de saúde, integrando a reforma sanitária e a criação do SUS (WERNECK, 2016). A autora Werneck também destaca que a vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde só ganhou força na agenda pública, a partir de 1995, com a realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares.

A Marcha Zumbi dos Palmares contra o racismo, pela cidadania e pela vida, contou com 30 mil pessoas em Brasília, em que o MN apresentou uma carta ao Estado com suas principais reivindicações e demandas, que acarretou a criação do Grupo de Trabalho Intersetorial para a Valorização da População Negra, responsável por discutir e formular ações, programas e políticas para a saúde da população negra.

Na década de 1990, o Movimento Negro intensifica suas mobilizações, com destaque para Marcha Zumbi dos Palmares, em 1995, a preparação para a Conferência de Durban, em 2001 e a formulação da Agenda de Compromissos Internacionais, da qual o Estado Brasileiro foi signatário.

Em uma conjuntura favorável, após a eleição do governo Lula, com atuação institucional do MN, em 2003, ocorre a criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), responsável por articular temas raciais no âmbito do governo. Ademais, as Conferências de promoção da igualdade Racial e a aprovação do Estatuto de Igualdade racial, em 2010, são alguns marcos ligados à temática racial nos dois mandatos do governo Lula. É preciso destacar também a formulação e aprovação, instituída pela portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que

Estabelece-se, a partir deste momento, um novo patamar de atuação política no campo da saúde, uma vez que esta política consolida a responsabilização do SUS em promover ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde para a população negra, destacando ações prioritárias, possibilitando interpelação direta e específica de gestores de saúde nos diferentes níveis e seu monitoramento detalhado por parte das organizações negras, do movimento negro e outros atores estratégicos (LOPES; WERNECK, 2009, p.15).

Sendo uma política que visa a promoção integral da saúde da população negra, objetivando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo institucional nos serviços de saúde. Dessa forma, trata-se de conquista na luta pelos direitos da população negra.

Nessa direção, em um artigo intitulado “Equidade Racial na Política de Saúde”, o autor Deivison Mendes Faustino, elenca algumas conquistas em prol da saúde da população negra, que foram essenciais para criação da PNSIPN e que são frutos da luta do Movimento Negro, são elas:

- a introdução do quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito e nos sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM), nascidos vivos (Sinasc) e a compreensão da doença falciforme como marcador das respostas do SUS à saúde da população negra em 1996;
- a elaboração do Manual de doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afrodescendente, do Ministério da Saúde;
- a elaboração, em 2001, do documento Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade;
- a criação do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), em 2002/2003, uma iniciativa do Departamento do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (DFID), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o governo brasileiro por meio do Ministério Público Federal e a Seppir;
- o estabelecimento do Plano Estratégico HIV/Aids e Racismo; as publicações Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade e Atlas Saúde Brasil;
- a realização do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra em 2004, a inserção do tema saúde da população negra no plano nacional de saúde e no PPA (2004-2007); e a realização, em 2005, do II Seminário Nacional de Saúde da População Negra e o reconhecimento, por parte do ministro da saúde, da existência de racismo institucional no SUS; a criação de uma vaga oficial para o movimento negro no Conselho Nacional de Saúde em 2006 e, no mesmo ano, a aprovação, deste Conselho da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a instituição do dia 27 de outubro como o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra e a criação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme foram fatos marcantes na história da saúde da população negra no Brasil (FAUSTINO, 2012, p. 106).

Dessa forma, o Movimento Negro Brasileiro sempre explicitou e reivindicou políticas públicas direcionadas para o combate ao racismo, na busca da equidade. A sistematização das propostas elaboradas por esse movimento pode ser encontrada nos seguintes documentos:

Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (Brasília, DF, 1986); Introdução do quesito cor no Sistema Municipal de Informação da Saúde (São Paulo, SP, 1992); Marcha Zumbi dos Palmares Contra o Racismo, Pela Cidadania e a Vida (Brasília, DF, 1995); II Reunião Nacional de Mulheres Negras, Belo Horizonte, MG (20 e 21/09/1997); Pré-Conferência Cultura e Saúde da População Negra (Brasília, DF, 13 a 15/09/2000); Documento Alternativo do Fórum Nacional de Entidades Negras (Rio de Janeiro, RJ (maio de 2000) e Nós, Mulheres Negras: Diagnóstico e propostas – Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, Xenofobia e Formas Correlatas de Intolerância, 2001.” (OLIVEIRA, 2003, p.219)

Portanto,

[...] a atuação das diversas organizações que compõem o MN não se limita à denúncias gerais de racismo, mas se desenvolve em torno de propostas que visam atender necessidades e demandas imediatas das comunidades em que se ancoram, buscando também, por meio da participação em instâncias decisórias no âmbito do Estado, promover a formulação e implementação de políticas que valorizem a articulação intersetorial e incidam sobre os determinantes dos problemas de saúde que afetam a população negra tendo em vista a promoção da igualdade racial (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2022, p.11).

No Brasil a luta para dar visibilidade as questões relacionadas a saúde da população negra não é uma tarefa fácil. Tivemos avanços, mas as respostas estatais para as demandas por políticas e serviços para a população negra ainda é pouca e insuficiente. A exemplo desse contexto, recentemente, após mobilização da Coalizão Negra, do GT Racismo e Saúde (Abrasco) e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade que foi incorporado o quesito cor/raça como categoria de análise nos dados sobre a pandemia de Covid-19, porém é frequente percebermos a incompletude desse quesito nas fichas dos usuários, cenário que ficou mais evidente com as notificações da Covid-19.

2.3. Quilombolas e Desigualdades no acesso à Saúde

Ao debater sobre saúde, é fundamental falar sobre a Carta de Ottawa (1986), que é resultado da I Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que buscou a compreensão da saúde em uma visão mais ampla.

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).

No Brasil, o conceito ampliado de saúde ganhou destaque na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, ao definir que saúde é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde”. Lucena (2010, p. 42-43), corrobora com essa perspectiva, ao afirmar que

Uma outra forma de compreender a questão da saúde envolve necessariamente o reconhecimento de seu caráter social e histórico. Por isso mesmo, passível de transformações coletivas no que se refere às práticas de promoção e manutenção, especialmente a partir dos enfoques da saúde enquanto questão social a ser enfrentada sob o prisma da economia e através da educação e da política social, em geral. Por isso mesmo, ao se pensar sobre a saúde – e o seu contrário, a doença – torna-se fundamental relaciona-lá às condições concretas de vida e de trabalho da população e aos avanços e recuos dos movimentos sociais (LUCENA, 2010, p. 42–43)

Nesse sentido, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS), da Organização Mundial de Saúde, apresentou, em 2005, o conceito de determinantes sociais de saúde, sendo compreendidos como sendo fatores ou características socioeconômicas, culturais, étnico-raciais, psicológicas, ambientais e comportamentais que influenciam as condições de vida e trabalho de grupos populacionais, aumentando a possibilidade de ocorrência de problemas de saúde, bem como de fatores de riscos nesses grupos. Isso significa dizer que para “analisar a concepção de saúde de uma determinada população na perspectiva da determinação social da saúde requer, portanto, compreender o processo de formação destes povos, a história de vida individual das pessoas e como parte integrante de um coletivo” (GOMES et al, 2021, p.03).

As definições de Determinantes Sociais de Saúde (DDS) apontam para o fato de que as condições de vida e trabalho das pessoas estão associadas às suas situações de saúde. Uma vez que as diversas dimensões das desigualdades em saúde são resultadas dos processos sociais, políticos, econômicos e culturais. É necessário que as políticas passem a abarcar questões mais complexas que envolvem os usuários, como “o perfil epidemiológico das populações, condições sociais, diferentes inserções no mundo do trabalho, gênero e raça” (VIANA; FAUSTO; LIMA, p. 68).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (2011, p. 1) esclarece que

A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica.

A compreensão dos determinantes sociais da saúde significa ir além do emprego de esquemas de causalidade, não se trata de uma associação simplista das condições de saúde e fatores sociais, pois a organização social e o papel que o sujeito ocupa na sociedade estão relacionadas às desigualdades em saúde. Dessa forma, saúde está relacionada à questão política, ao ordenamento social, pois a distribuição de poder, riqueza, acesso aos bens e serviços públicos, bem como a organização de trabalho e reconhecimento de cultura são temas que estão relacionados aos determinantes sociais da saúde dos indivíduos. Nesse sentido pergunto: quem duvida que as desigualdades de acesso às condições básicas de reprodução social, a ausência de acesso às políticas sociais básicas (educação, saúde, trabalho, etc.), a vivência de preconceitos e falta de dignidade nas relações sociais não levaria grupos racialmente determinados ao adoecimento e morte precoce?

Há uma morte branca que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças, essas coisas que se opõem à saúde até um dia sobrepujá-la num fim inexorável: a morte que encerra a vida. A morte branca é uma “morte morrida”. Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça

ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada. (BATISTA et al., 2004, p. 635).

Assim, a sobrerrepresentação da população negra na pobreza restringe sua possibilidade de acesso aos bens sociais, de consumo, bem como suas liberdades individuais. As desigualdades sociais impõem às populações em situações mais precárias de adoecimento e morte, o lugar ocupado por esses segmentos na sociedade está relacionado às questões históricas, com contextos políticos, econômicos e as desigualdades produzidas e reproduzidas de acordo com a raça, gênero e classe social. Negros e brancos ocupam lugares desiguais na estruturação da sociedade o que acarreta também em experiências desiguais no processo saúde-doença.

É importante pensar que a vulnerabilidade, a partir das condições sociais dadas, nas instituições de saúde, educação etc., podem atuar como reprodutores e como aprofundadores das condições de vulnerabilidade. O contexto de pandemia evidenciou que os grupos populacionais que foram/são historicamente negligenciados são os que mais morreram devido a Covid-19. Segundo o IPEA (2021), por estarem sobrerrepresentados entre os autônomos e informais, os negros foram os mais afetados pela crise econômica e sanitária de 2020 (pandemia de COVID-19). Ademais essa crise também afetou majoritariamente os negros em trabalhos formais, pois estão concentrados em setores mais atingidos (alojamentos, alimentação, trabalho doméstico, transporte, armazenamento, correios, educação, comércio, etc.). Portanto, a pandemia escancarou esse contexto que estamos discutindo desde o início neste trabalho, pois foram as vidas negras que mais sofreram impactados, uma vez que possuem

[...] maior incidência e menor tratamento de doenças crônicas, maior taxa de trabalho informal, dificuldade em acesso à equipamentos de saúde, maior presença em domicílios com saneamento inadequado, maior utilização do transporte coletivo e número maior de pessoas por domicílio, o que dificulta o isolamento social quando necessário (IPEA, 2021, p. 28).

Seguindo a mesma linha argumentativa, considerando o contexto socioeconômico brasileiro, o Conselho Nacional de Saúde afirma:

Sob o ponto de vista das condições da saúde da população brasileira, o princípio da equidade encontra-se, ainda, extremamente distante da sua efetivação. A maior causa é intersetorial, com a iniquidade e desigualdade da oferta de bens geradores da qualidade de vida, tais como: renda familiar (urbana e rural), emprego, habitação, segurança, saneamento, segurança alimentar, equidade na qualidade do ensino, lazer e outros. O resultado do esforço do SUS seria seguramente bem melhor, caso as políticas públicas referentes aos demais setores

estivessem também sob a lógica dos direitos de cidadania, como a do SUS (BRASIL, 2003, p. 24).

Desse modo, a vida da população negra é precarizada a partir da negativa das condições materiais de existência e de subsistência, tendo suas vidas expropriadas pela lógica racista, que compõe a estrutura capitalista, que determina quais corpos são dignos de proteção e quais são passíveis de serem mortos.

Isso significa dizer que esses grupos estão em contextos de vulnerabilidades. Lucena (2010, p. 73) define vulnerabilidades sociais como “o conjunto de aspectos individuais e coletivos que se relacionam às condições de exposição a situações que fragilizam os indivíduos e coletividades, vinculando-se aos recursos existentes para a proteção das consequências da situação de vulnerabilidade”. Também argumentando nessa perspectiva, Bezerra (2022, p.55), afirma que

Dessa forma, entende-se que a vulnerabilidade apresenta uma relação proporcionalmente inversa as condições disponibilizadas ao sujeito para tomadas de decisão e realização de escolhas. Ou seja, quanto mais vulnerável o sujeito menor as condições (ferramentas) para a realização de escolhas seguras. A depender do tecido social no qual se encontra o sujeito, sequer devemos falar em escolhas, pois não lhe é facultado alternativas.

Portanto, o termo vulnerabilidade refere-se a grupos ou indivíduos fragilizados (politicamente, socialmente, economicamente etc.), na promoção da proteção e garantia de seus direitos. Dessa forma, é um termo que nos possibilita refletir que o processo saúde-doença está interligado a uma série de fatores estruturais da nossa sociedade, não apenas aos aspectos individuais.

Por isso, a discussão sobre o processo saúde-doença das populações quilombolas demanda a compreensão de que os obstáculos no acesso à saúde estão relacionados ao legado racista histórico da formação social brasileira, que se intersecciona com gênero e classe, produzindo e reproduzindo desigualdades, vulnerabilizando e precarizando as condições de vida, trabalho e saúde dos negros. Gomes et al. (2021, p. 03) afirma que

Os quilombolas possuem processos determinantes de sua saúde relacionados à história de exploração do seu povo, suas vidas e seu território. Estando assim inseridos em um sistema excludente, que não respeita sua cultura e modo de vida e que ainda busca impor, por meio de uma lógica racista estrutural branca hegemônica, outra cultura e outras formas de viver.

O cenário apresentado aponta que o acesso ao SUS é perpassado por questões sociais, econômicas, raciais, de gênero, classe, cultura, etc. Neste trabalho, estamos entendendo acesso a partir de Travassos e Viacava (2007, p. 2490) em que

Acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. O acesso reflete as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. A utilização de serviços de saúde, entendida como a entrada nos serviços, é uma expressão positiva do acesso. No entanto, a utilização é influenciada também por fatores dos indivíduos, em particular, pelo perfil de necessidades de saúde e pelos valores e preferências das pessoas.

Desse modo, acesso quer dizer a possibilidade de utilização dos serviços de saúde quando necessário e “a utilização de serviços de saúde é resultado de um conjunto amplo e complexo de determinantes que incluem fatores relacionados à organização da oferta, às características sociodemográficas dos usuários, ao perfil epidemiológico e aspectos relacionados aos prestadores de serviços” (GOMES et. al., 2013, p. 1830).

Por isso, saúde é um fenômeno complexo, não se limita apenas a ausência de doenças, abrange todas as dimensões de vida dos sujeitos. Os sistemas de raça, gênero e classe, produtores de desigualdades sociais, estão intrinsecamente articulados nesse processo, gerando e/ou aprofundando as desigualdades no acesso à saúde. A população negra, normalmente sobrerrepresentada nos dados de menor renda e escolaridade, apresentam os piores indicadores de mortalidade e tendem a enfrentar maiores desigualdades no acesso ao SUS (GOMES, et. al., 2013). Nesta perspectiva, “as desigualdades resultam em prejuízo no acesso aos direitos definidos como fundamentais, como a educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para os grupos sociais historicamente excluídos” (GOES, 2011, p. 17).

Após décadas de luta, compreende-se que a população quilombola, no âmbito da saúde, está amparada legalmente, principalmente, por duas políticas: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009, portaria nº 992, tendo como objetivo geral: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS [Sistema Único de Saúde]” e, como um dos objetivos específicos, “garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde”. E pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSPCF), instituída

em 2011 pela portaria nº 2.866, em seu artigo 2º, inciso XVI, cita as populações que serão assistidas, tais como: camponeses, ribeirinhos, trabalhadores rurais assentados e acampados, comunidades de quilombos, entre outros. Esta política busca garantir o acesso dessas populações aos serviços de saúde, bem como solucionar problemas relacionados às condições de vida e trabalho no campo, floresta e águas (BRASIL, 2003).

Desse modo, o Ministério da Saúde reconhece por meio das PNSIPN e PNSIPCF a presença de Determinantes Sociais da Saúde diferenciados no processo saúde-doença das populações negras. Mas, observamos que mesmo com essas políticas, resultado de luta e mobilizações do povo negro, não foram suficientes para implementar mecanismos que superassem as desigualdades étnico-raciais no acesso à saúde.

Vejamos, por exemplo, o primeiro nível de atenção à saúde. O acesso ao SUS deveria ocorrer, prioritariamente, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), já que é a porta de entrada ao sistema, sendo responsável pela promoção à saúde e serviços de educação, objetivando a prevenção, cura e/ou reabilitação, bem como organização dos recursos destinados a manutenção e melhoria da saúde (LIMA; AGUIAR, 2020). Dessa forma, a Atenção Primária é a principal estratégia para assistência e promoção da saúde, pois considera o 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).

Por ser entendida como a porta de entrada no SUS, a APS, primeiro nível de atenção à saúde, responsável pelo primeiro contato com o usuário, deveria ser de fácil acesso para todos, principalmente considerando que a assistência à saúde nas comunidades quilombolas é focada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contudo, os estudos evidenciam que há ausência ou insuficiência dos serviços de saúde nas comunidades, sendo um fator importante para o agravamento à saúde dessas populações. Como afirma Cardoso et. al. (2018, p. 1038) “no que se refere a utilização dos serviços de saúde destinados à população quilombola revela-se que quase todas as particularidades da atenção primária não estão adequadamente presentes na assistência à saúde”.

Pesquisas disponíveis sobre as comunidades quilombolas demonstram que estas ainda estão sob vulnerabilidades, com condições precárias de moradia, educação,

trabalho, saúde, ausência ou insuficiência de saneamento básico e tratamento da água, dificuldades no acesso às políticas sociais básicas, contexto que agrava as condições de saúde dessas populações. E nessa direção, Oliveira (2015, p. 280), afirma que “[...] desigualdades sociais, baixa qualidade de vida, baixa escolaridade, falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulneráveis são condições que, seguramente, interferem no processo saúde-doença”.

Ademais, estas comunidades, majoritariamente, estão localizadas em áreas rurais, com baixos níveis de escolaridade e a renda predominantemente constituída de atividades econômicas ligadas a agricultura de subsistência, pecuária e artesanato. Como resume Bezerra et al. (2014, p.1836), “de forma geral, as pesquisas realizadas em comunidades quilombolas demonstram alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e ao acesso restrito à educação e serviços de saúde”.

A vista do exposto, percebemos a permanência de múltiplas desigualdades impostas às comunidades quilombolas, que foram produzidas desde o período colonial, ocasionando no isolamento, invisibilidade e restrição de acesso às políticas sociais pelos quilombolas. Nessa direção, a prática da equidade é indispensável para chegar ao ideal de justiça social e de cidadania plena, que busca garantir a ausência de discriminação na prestação da assistência e o bem-estar social igualmente para todos. Como afirma Barros e Souza (2016, p. 16),

Assim, acima de tudo, é preciso considerar a equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. Ela poderá ser mensurada através da análise das políticas públicas, no setor da saúde, voltadas para o enfrentamento de tais situações.

Dessa forma, a equidade considera que somos sujeitos diferentes e possuem necessidades diversas. Por isso a lógica de desigualdade de atendimento entre os desiguais para que possamos alcançar a igualdade. Assim, as características expostas interferem no acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola, fazendo com que seja caracterizada como um grupo populacional altamente vulnerável o que, por conseguinte, reflete nos indicadores de saúde (CARDOSO et. al., 2018).

A população quilombola ainda sofre com a negação do direito à saúde de qualidade. A recomendação do Conselho Nacional de Saúde, nº 030/2012, corrobora com essa argumentação ao relatar as negligências das demandas em saúde das populações quilombolas. Como destaca Pereira e Mussi (2020, p. 297), em estudo de revisão bibliográfica,

A partir dos resultados dos estudos ainda foi possível ponderar que existe um efeito nocivo dos marcadores sociais, espaciais, gênero, classe, raça/etnia que afeta negativamente os (as) indivíduos (as) negros (as) e quilombolas na busca pelo acesso e no uso dos serviços de saúde repercutindo assim, em iniquidades que impacta no aparecimento e agravamento de doenças bem como na (des) qualificação do cuidado assistencial.

Gomes et. al. (2013, p. 1839), ao realizar estudo sobre o acesso à saúde pela população quilombola do sudoeste baiano, concluiu também que

De forma geral, os resultados deste estudo apontam subutilização e sugerem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população quilombola. Uma possível explicação para essa realidade é que as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas vão muito além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo expressas, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas.

Assim, entendemos que mesmo tendo o direito à saúde garantido por lei, a população quilombola continua vivenciando a restrita disponibilidade e, conseqüentemente, o difícil acesso aos serviços de saúde relacionados às desigualdades e condições precárias de vida, que favorecem para que tenham piores indicadores de saúde. Portanto, o acesso aos serviços de saúde pelos quilombolas ocorre de forma limitada e desigual. Como ressaltam Pereira e Santos (2018, p. 206):

[...] as condições ambientais e socioeconômicas, associadas ao acesso limitado aos serviços de saúde de forma a usufruir de ações de educação em saúde, bem como medicamentos de fácil administração, contribuem para que a população negra, e mais especificamente as comunidades quilombolas, vivenciem situações de vulnerabilidade e inequidades em saúde.

É inegável que a população quilombola, historicamente perseguida e excluída da sociedade, enfrenta diversas dificuldades no acesso à política de saúde e outras. O cenário apresentado demonstra como as desigualdades de raça, classe e gênero se interseccionam, atingindo sobretudo a população negra e comunidades quilombolas, contribuindo para que tenham dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Por isso, essas desigualdades devem ser consideradas no SUS, para que assim possamos discutir as diferenças dentro de um mesmo grupo populacional.

CAPÍTULO 3 - INTERSECCIONALIDADE DE OPRESSÕES E REPERCUSSÕES NO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR HOMENS QUILOMBOLAS

Por décadas as políticas de saúde do homem estavam centradas em ações medicamentosas (TEIXEIRA, CRUZ, 2015). No Brasil, vivenciamos um processo de mudança a partir de 2009, com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que é um marco histórico no país, fundamentada nos princípios do SUS, contendo estratégias direcionadas para prevenção de doenças no público masculino, com foco nas ações de saúde desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde.

A PNAISH tem como objetivo central organizar, implantar, qualificar e humanizar nacionalmente a atenção à saúde dos homens na faixa etária de 20 a 59 anos, facilitando o acesso aos serviços de saúde, visando a garantia da promoção, prevenção, reabilitação e bem-estar à saúde, mas também incentivar hábitos saudáveis no cotidiano, buscando debater os impactos das ações no processo saúde-doença, organizando ações e diretrizes específicas para homens, com o intuito de mudar comportamentos danosos à saúde. Esta política ressalta que os determinantes socioculturais e as barreiras institucionais interferem no acesso aos serviços de saúde (VASCONCELOS et al., 2019; CARNEIRO et al., 2016).

Todavia, Lima e Aguiar (2020) destacam que dentre as estratégias contidas na PNAISH, os homens estão exclusivamente restritos no rastreamento do câncer de próstata, em que a demanda maior são de idosos, acarretando a exclusão de jovens, o público alvo da política. Demonstrando que a PNAISH tem fragilidades em relação às efetivas ações de inserção dos homens no SUS. Lima e Aguiar (2020, p. 16) salientam que

[...] a PNAISH é uma política nova em relação às demais e que os profissionais ainda não sabem sobre ou nunca receberam capacitação para expressar de maneira qualitativa a população masculina. Traz objetivos como a prevenção, promoção e reabilitação, mas não define como essas devem ser prestadas. As estratégias existentes não foram suficientes para abarcar de forma eficiente o atendimento aos homens, o que gera insatisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais.

Ainda de acordo com Lima e Aguiar (2020) há um desconhecimento da PNAISH pelos profissionais que, por conseguinte, leva a menos atendimentos dos homens. As equipes de saúde, por vezes, não reconhecem os homens como praticantes do

autocuidado, essa percepção ocasiona em expectativas negativas nos profissionais, que muitas das vezes será desestimulado a formular novas estratégias e/ou estimular o público masculino a procurar os serviços básicos de saúde. Contexto que nos leva a refletir como a ausência de capacitação dos profissionais para lidar com as necessidades masculinas em saúde é um fator importante para pensar no acesso dos homens à atenção básica.

É comum a percepção de que as UBS são serviços destinados quase que exclusivamente para mulheres, idosos e crianças. E ao adentrarmos esses espaços é comum vermos muitos cartazes do Ministério da Saúde sobre pré-natal, aleitamento materno ou prevenção IST's/HIV/AIDS, todos apresentando forte conotação feminina. Este cenário influencia na percepção dos homens. Muitos irão considerar os serviços de saúde um espaço feminilizado, provocando um sentimento de não pertencimento. E a percepção dos usuários masculinos quanto ao serviço e como presta assistência intervém no acesso e acolhimento. Segundo Figueiredo (2005), existe uma dificuldade de articulação entre as necessidades de saúde dos homens e a organização dos serviços de saúde da atenção básica.

Dessa forma, a organização e rotina dos serviços de saúde influenciam na reprodução e produção do imaginário social de gênero, tendo repercussões na assistência à saúde ofertada à população (COUTO et. al., 2010). Se comparamos com as mulheres, os serviços de saúde direcionam pouco tempo de seus profissionais para trabalharem questões relacionadas às necessidades de saúde masculina, acarretando no reforço dos padrões sociais de masculinidades e feminilidades relacionados ao cuidado em saúde.

A não priorização e valorização dos homens como alvos de ações articuladas e contínuas nos serviços da APS, remete a invisibilidade desse público, demonstrando deficiência no acolhimento e demandas dos homens (COUTO et. al., 2010). Portanto, diante do exposto, percebemos como a prevenção e cuidado são características vistas socialmente como exclusividade das mulheres, estruturando os serviços e ações dos profissionais para com os usuários.

É claro que não devemos responsabilizar exclusivamente os serviços de saúde e os profissionais pela baixa procura e presença dos homens, uma vez que os próprios homens reproduzem os comportamentos da masculinidade hegemônica, distanciando-se das práticas de prevenção e promoção. A reduzida presença do público masculino nos

serviços de saúde da atenção básica não deve ser analisada a partir dessa dicotomia de falta de responsabilidade dos homens com o cuidado em saúde ou como defeito na organização dos modelos de atenção básica à saúde. É um problema complexo que envolve muitas dimensões.

A inserção dos homens nos serviços de saúde, por diversas razões, é um desafio. Constantemente atribuímos aos homens características de poder, sucesso e força, enquanto para as mulheres falamos de cuidado, fragilidade, sensibilidade. Essas características e atitudes, vinculadas às construções de gênero, influenciam o que é ser masculino e o que é ser feminino, e conseqüentemente, na vida e no meio que estão inseridos. Por exemplo, ao analisarmos o acesso aos serviços de saúde, vemos que as mulheres apresentam melhores indicadores de acesso do que os homens, isso pode estar relacionado ao fato delas serem apontadas como portadoras de mais problemas de saúde e/ou mais cuidadosas na procura por assistência à saúde.

Desse modo, as atribuições simbólicas além de diferenciar homens e mulheres, resultam, na maioria das vezes, em comportamentos que predis põem os homens a doenças, lesões e/ou mortes (SCHRAIBER et. al., 2005), uma vez que na socialização dos homens, o autocuidado em saúde não é uma questão posta. Assim, o exercício e reprodução da masculinidade hegemônica leva os homens a enfrentarem um conjunto de contradições e vulnerabilidades, resultando em uma invisibilização de suas necessidades em saúde, gerando comportamentos e fatores de riscos para o adoecimento.

Estudo de revisão integrativa realizada por Lima e Aguiar (2020) aponta altas taxas de mortalidade no público masculino em todas as idades e por várias causas. Segundo os autores os homens são os que mais sofrem com agravos e mortalidades devido às doenças cerebrovasculares, causas externas e cânceres. São também o público que menos procura os serviços de saúde da APS, recorrem aos serviços de alta complexidade quando já estão doentes, buscando atendimento objetivo e soluções rápidas.

Todavia, Gomes e Nascimento (2006) relacionam e evidenciam que as principais causas de mortalidade dos homens estão relacionadas com sua forma de socialização e vida. Por essa razão, a busca por assistência à saúde e às representações dos homens sobre saúde-doença e cuidado, estão vinculadas à construção da masculinidade, do ser homem de verdade, dificultando a compreensão de terem necessidades em saúde. A partir da

revisão de literatura, Gomes e Nascimento (2006, p. 908) apontam duas questões essenciais sobre a relação homem-saúde: “(a) modelos hegemônicos de masculinidade podem dificultar a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e (b) o homem, quando influenciado por ideologias hegemônicas de gênero, pode colocar em risco tanto a saúde da mulher quanto a sua própria”.

É evidente que em nossa sociedade e nos serviços de saúde existe o imaginário social que relaciona o feminino ao cuidado à saúde e o masculino ao não-cuidado, estando diretamente ligado à construção de gênero. O não reconhecimento dos homens como sujeitos que necessitam de cuidado, desestimula a procura dos serviços de saúde para promoção e prevenção da saúde. Dessa forma, a socialização diferente de homens e mulheres atua diretamente em suas percepções sobre o cuidado em saúde.

Nessa direção, a saúde do homem não pode ser reduzida à saúde urológica. Esses sujeitos precisam ser vistos em sua singularidade, mas também no âmbito das relações sociais que estão inseridos. Como afirma Couto et. al. (2010, p. 259)

Ao reconhecer que as práticas de cuidados de si e dos outros são construídas nas relações entre as pessoas, tanto em lócus privado/doméstico quanto em público/institucional, ampliar-se-iam o reconhecimento e o acolhimento de demandas e necessidades masculinas (e femininas), forçando a ruptura do círculo vicioso de invisibilidade e exclusão dos sujeitos, o que permitiria resgatar a equidade e aprimorar o cuidado e a assistência em saúde.

Contudo, além de reconhecer o homem como sujeito que possui necessidades em saúde, precisamos analisar as diferenças entre eles, pois existe desigualdades no acesso aos serviços de saúde entre homens brancos e negros. Até aqui nossa discussão evidenciou a desigualdade de poder entre homens e mulheres e como os homens, sobretudo brancos, usufruem dos privilégios do sistema patriarcal, mas quando direcionamos nosso olhar para a saúde, no que se refere às taxas de morbimortalidade, os homens estão em desvantagens em relação às mulheres. Essa desvantagem afeta diferentemente os homens negros e brancos.

Sem embargo, se consideramos que as piores condições sociais, econômicas e políticas de um grupo populacional interfere e tem impactos negativos em seu perfil de saúde, bem como que a qualidade de vida e de trabalho determinam o adoecer e morrer, a taxa de mortalidade, muito provavelmente, será maior para os homens negros, pois em relação aos homens brancos e mulheres brancas, os homens negros representam as piores

condições de educação, habitação, rendimento individual e familiar, são destinados aos piores empregos, com baixos salários e em situação de insalubridade.

A partir dos poucos estudos sobre saúde do homem negro (BATISTA, 2005), é possível afirmar que há desigualdade em saúde entre homens negros e brancos. O acesso desigual entre homens negros e brancos aos serviços de saúde só ocorre devido as desigualdades de raça, gênero e classe existente em nossa sociedade. Por isso, é importante reconhecer que as questões que comprometem a saúde dos homens quilombolas podem ter suas origens assentadas nesse conjunto de desigualdades, que produzem estereótipos e expectativas que são reproduzidos nas instituições, invisibilizando as necessidades. Como afirma Oliveira (2022, p. 56), “a masculinidade negra, de forma geral, incorpora as contradições e ambiguidades comuns das estruturas de dominação de raça, gênero e classe, se materializando em um “corpo negro” vulnerabilizado”.

Não podemos negar os avanços na saúde e na atenção à saúde do homem, mas ainda persistem diversas desigualdades para que tenhamos um acesso aos serviços de saúde efetivamente fundamentado nos princípios do SUS, defendido pela Reforma Sanitária Brasileira. Consideramos que equidade diz respeito ao tratamento diferenciado para os desiguais. Entretanto, quando os serviços de saúde realizam ações desconsiderando as diferenças entre os públicos, estão promovendo desigualdades. Isso significa dizer que a eliminação das desigualdades em saúde vividas pelos homens quilombolas, passa pelo desenvolvimento de ações afirmativas em diferentes níveis, visando estabelecer medidas facilitadoras para o acesso e utilização dos serviços de saúde.

[...] as políticas de saúde, para que efetivamente tenham ações afirmativas para as condições de saúde da população, precisam incorporar em sua formulação as particularidades vividas em cada contexto, tendo a participação dos que mais conhecem essas especificidades: os quilombolas” coletivo (GOMES et al, 2021, p.04).

E a análise, a partir da interseccionalidade, pode nos permitir visibilizar diferenças entre os homens no acesso à saúde, para que assim possamos pensar, refletir e intervir sobre os processos de desigualdades. O próximo tópico se debruçara sob as percepções dos usuários e profissionais no que diz respeito a esse processo de acesso e utilização dos serviços de saúde.

3.1. Percepções dos homens quilombolas sobre acesso aos serviços de saúde de atenção primária, a partir da dimensão interseccional de raça, gênero e classe social

Buscando conhecer como ocorre o acesso à saúde pelos homens quilombolas de Mesquita, considerando a análise do material coletado, a seguir são apresentados os principais resultados da pesquisa de campo, antecedidos de uma breve descrição dos participantes da pesquisa. Em relação aos aspectos sociodemográficos, foram entrevistados 10 homens quilombolas, com idade entre 26 anos e 72 anos e com renda per-capita entre 1 e 3 salários-mínimos. Em relação à educação, 2 deles tinham ensino médio completo, 3 ensino fundamental incompleto, 2 ensino fundamental completo, 1 graduado, 1 graduação incompleta e 1 ensino infantil incompleto. No que diz respeito à inserção no mercado de trabalho, 4 trabalham informalmente, 3 com carteira assinada, 3 aposentados. Todos os entrevistados não recebiam benefício assistencial do governo federal.

No que tange à concepção de saúde, a maioria dos entrevistados indicam a saúde como algo positivo, valorizado e essencial para a vida, destacando a ideia conjunta de bem-estar, qualidade de vida e ausência de doenças. Alguns utilizam até a palavra “tudo” para definir saúde, referindo-se a ideia de totalidade, abarcando conceitos diversos, amplos e subjetivos, que, por vezes, são difíceis de explicar. Resumidamente, pelas falas dos entrevistados, vemos que a saúde representa algo importante para eles. Muitos relacionam a saúde como resultante de diversas condições como alimentação, educação, trabalho, habitação e não apenas a ausência de doença.

Significa muita coisa. Toda satisfação da vida da pessoa se eu não tiver saúde eu não tenho amor, eu não tenho assim ânimo de fazer nada (Entrevistado 01, 72 anos).

Não, eu acho que abrange as duas coisas, né? A ausência de doença é bom demais e o bem-estar também. Você não estando doente, você está bem, né? Eu penso assim (Entrevistado 02, 66 anos).

Sim, tudo a volta do nosso corpo envolve a saúde, tanto o local que você vive, onde você vive, onde você trabalha, tudo é um conjunto (Entrevistado 06, 26 anos).

Todavia, para alguns dos entrevistados, a saúde é compreendida como somente a ausência de doença ou enfermidades, podendo levar a acreditar que se não há sintomas, não há necessidade de buscar os serviços de saúde. Essa visão mais restrita pode refletir diferentes experiências individuais e contextos culturais, evidenciando a diversidade de entendimentos sobre saúde na comunidade quilombola.

Desse modo, as diferentes percepções sobre o conceito de saúde reforçam que este é diferente para cada pessoa, estando intrinsecamente relacionado às vivências sociocultural, política, econômica, crenças, valores dentre outros (XAVIER et al., 2015). Portanto, o conceito de saúde é reflexo da conjuntura econômica, social, política e cultural. Nessa direção, destacamos a importância de conhecer a percepção dos usuários sobre o processo saúde-doença, pois permite que os serviços de saúde possam atuar a partir dessas individualidades.

Sobre o acesso aos serviços de saúde, os entrevistados revelam um padrão de comportamento em relação aos serviços de saúde, caracterizado pela busca de assistência dos profissionais de saúde apenas quando enfrentam problemas de saúde evidentes. Pelas falas dos entrevistados, nota-se que alguns realizam uma autoclassificação de seu estado de saúde, diferenciando as situações que supostamente indicam uma necessidade de procurar o serviço de saúde, normalmente quando a dor atinge um estágio insuportável ou quando impossibilita a realização das atividades laborais, daquelas que podem ser resolvidas por conta própria, através da utilização de recursos alternativos, como a automedicação, através de farmácias ou chás caseiros (ARAÚJO et al., 2021).

Assim quando eu tenho algo que me preocupa, né? Assim quando eu tenho algum tipo de problema de saúde que já me deixa um tanto preocupado. Se é uma coisa bem iniciante, que não me gera uma grande preocupação, em geral eu não procuro, não (Entrevistado 10, 57 anos).

Eu mesmo, graças a Deus só mesmo problema de pressão, quando a gente vai, a gente ver se tem pressão e colesterol que a gente tem é alto né, que a gente come muito doce (Entrevistado 01, 72 anos).

É muito difícil aqui. Toda vez que você vai não tem médico, né? Só tem uma enfermeira para atender e não resolve (Entrevistado 02, 66 anos).

Eu não sei não, porque eu quase não vou aí. Toda vez que você vai aí não tem nada (Entrevistado 02, 66 anos).

Olha, eu procuro, quando eu tenho algum problema que é muito difícil, mas às vezes acontece, machuca uma mão, tem que procurar o serviço

de saúde pronto. Eu vacino, as vacinas, a vacina aqui no Mesquita, no postinho que tem aqui. Não é um posto adequado para a importância que tem o quilombo, mas é o que a gente tem aqui de imediato, né? É o posto de saúde que atende os idosos, fazem acompanhamento, então eu faço aí também alguma coisa. Quando eu tenho um probleminha eu corro aqui pra ver, eu vacino, nossa, eu tô aí. E vacinar meus cachorros também, né? Eu vacino aí também (Entrevistado 03, 71 anos).

Quando tá morrendo, vai né? (Entrevistado 05, 50 anos).

Os dados encontrados destacam a tendência dos entrevistados em relativizar o grau de gravidade de suas condições de saúde. Essa atitude pode refletir uma adaptação às condições socioeconômicas e ao contexto de vida nas comunidades quilombolas, onde o acesso limitado aos serviços de saúde pode influenciar as percepções sobre a gravidade das doenças. A falta de recursos ou a distância dos centros de saúde podem levar os entrevistados a minimizar seus sintomas ou adiar a busca por tratamento até que a situação se torne mais grave, o que pode resultar em diagnósticos tardios e complicações de saúde evitáveis (FREITAS et al., 2011).

Público. Se for pelo SUS, né? Se for algo simples, recorremos ao posto de saúde do quilombo, um serviço básico, primeiros atendimentos, consulta com um clínico geral, alguns medicamentos são fornecidos, dipirona, paracetamol, ibuprofeno, esses remédios do tipo. E se for algo mais grave, recorremos ao hospital. E se for extrema, gravíssimo aí, o hospital da Cidade Ocidental, que é quem corresponde ao quilombo Mesquita, não tem estrutura maior. Então eles fazem a transferência ou para Brasília ou para Goiânia, porque aqui não tem atendimento em estado gravíssimo, infelizmente (Entrevistado 08, 35 anos).

Ademais, os homens tendem a acessar os serviços de saúde pela atenção especializada por julgarem ser um serviço de atendimento mais rápido e curativista, indicando que a procura pelos serviços de saúde ocorre quando a situação de saúde está comprometida e a doença instalada. Esse contexto de baixa procura dos homens pela APS acarreta sobrecarga da atenção especializada, gerando custos que por vezes são evitáveis (MIRANDA et al., 2022).

Se for coisa de emergência, se for uma dor de cabeça, uma pressão alta ou alguma coisa, a gente corre aqui no hospital, né? Agora, se você for precisar de internação, um exame mais detalhado, aí tem que ser para Brasília (Entrevistado 02, 66 anos).

Desse modo, há uma inadequação do nível básico de cuidado com a saúde. Essa tendência por procurar os serviços de saúde em casos de doença já instalada pode ser atribuída a uma série de fatores, incluindo barreiras de acesso, falta de conscientização

sobre a importância da prevenção e tratamentos preventivos, além de possíveis desafios relacionados à confiança nos serviços de saúde disponíveis.

Sobre essa baixa procura dos homens pelos serviços de saúde da APS, os entrevistados elencaram os seguintes motivos: o horário de funcionamento da UBS que não é compatível com a jornada de trabalho; o sentimento de não pertencimento ao espaço da UBS, por ser constituído majoritariamente por mulheres; a falta de acolhimento e escuta qualificada pelos profissionais de saúde; o machismo e preconceito de alguns homens que reforçam padrões de masculinidades. Além de ressaltar que as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens.

Olha, isso não é nem questão do quilombo, acho que é no Brasil inteiro. O homem procura menos. Ele acha que ele é fortão, né? Não morre. Por isso que o homem morre mais cedo do que as mulheres. Porque não previne, não tem uma prevenção. Você vê que as mulheres ficam mais idosas. O homem não. O homem morre mais cedo. Ele vai mais cedo. Então acho que é por isso. Não fazer essa prevenção, não fazer o acompanhamento (Entrevistado 03, 71 anos).

Porque eu acho que por medo, por exemplo, aqui mesmo, eu vejo que tem pessoas aqui que precisam fazer o exame de prevenção de próstata, porque a pessoa nunca vai com medo. Isso é um fato porque aqui é normal. Essas pessoas que moram aqui na roça aqui, eles têm medo de fazer esse tipo de coisa. Mas não devia ter, né? Porque é saúde, né? (Entrevistado 04, 51 anos).

É fato que o machismo tem influência nos padrões de comportamentos e emoções masculinas. Quando o homem busca o serviço de saúde pode ser interpretado pelos seus pares como uma demonstração de sinais de fraqueza, insegurança, medo e ansiedade, características que não são compatíveis com o ideal tradicional do que é ser homem. Esse contexto de aproximação das características tidas como femininas, pode ferir sua masculinidade. Os modelos de masculinidades que impactam na socialização dos homens os afastam das preocupações com o autocuidado e a procura pelos serviços de saúde (CORTEZ et al., 2017; SILVA et al., 2023). Enquanto as situações de risco são associadas à visão hegemônica de masculinidade. Os homens têm medo de descobrir alguma doença e ter que iniciar tratamento ao procurar o serviço de saúde e vergonha de se exporem em situações que consideram invasivas, bem como atestam a falta de organização dos serviços de saúde que acarreta impaciência na espera pelo atendimento profissional.

Homens sempre, nem todos, mas ele é muito machista (Entrevistado 01, 72 anos).

Pois não. Porque essa cultura de que o homem é inabalável, né? O homem é... é intocável, o homem tem uma saúde de ferro, a gente sabe que não é, né? Porque tanto o corpo feminino adoece, mas o corpo masculino também. Então, isso aqui é muito influente, né? De, ah, o homem ter vergonha de dizer que não tá bem, que tá fraco, e tal. Eu vejo assim que os homens aqui, a maioria, caem no hospital quando, assim, é caso mesmo de vida ou morte. Mas de procurar um posto, de sentir uma dor de cabeça e ir no posto procurar saber o que é, fazer exames de rotina, de sangue não tem. Mas as mulheres sim, né, procuram mais. Mas essa cultura mesmo é uma coisa cultural de Brasil, né? Em todos os cantos lá mesmo, a gente trabalha com os povos quilombolas, né? Todo quilombo que eu fui é a mesma situação, os povos ciganos é bem pior ainda, porque muitos deles nem as mulheres procuram, né? Porque os homens não deixam. Por essa questão que é cultural, né? De não deixar outro homem tocar no corpo, essas coisas. Principalmente ginecologista, né? Que é um tabu ainda na cultura deles. E os povos de terreiro ainda assim, né? Os homens ainda têm mais uma... como eu posso dizer? Mais um entendimento, né? Por conta dessa questão cultural, mesmo africana, de entender o corpo masculino, feminino como unidade. Mas mesmo assim, você vê que entre os homens, por mais que tenha mais homens que se cuidam nas questões de religiões de matriz africana e povos terreiros, mas mesmo assim, as mulheres têm a maior quantidade (Entrevistado 06, 26 anos).

Ademais, os homens podem perceber os serviços de saúde como espaços feminilizados, majoritariamente frequentado por mulheres, há uma predominância do público feminino na APS, sendo a maioria nas consultas, salas de espera, filas, grupos e circulação pela UBS, bem como as equipes de saúde são compostas com prevalência do sexo feminino (ROCHA et al., 2018; VIEIRA et al., 2013). No mais, para além do exposto, podemos observar que esses serviços de saúde realizam com menor frequência campanhas destinadas à saúde do homem, normalmente acontecem nos meses voltados para a prevenção de câncer de próstata e pênis ou ações sobre a conscientização do uso e abuso de álcool e outras drogas (KNAUTH et al., 2012). Para alterar esse cenário, não significa, necessariamente, somente a mudança de percentuais de trabalhadores homens e mulheres nos serviços, mas sim uma mudança na prática profissional.

Toda vez aonde eu vou, tem mais mulheres que homens (Entrevistado 01, 72 anos).

Cara, é algo que só quem vive sabe. Você não vê tanto frequência, então pra nós é normal os homens não ir tanto quanto mulher. Se você chegar no posto de saúde do quilombo, você vai ver lá 10 mulheres e dois homens. Está por aí que você tira. A cada 10 mulheres, um homem vai à saúde (Entrevistado 08, 35 anos).

Outro fator que ganha destaque são as atividades laborais citadas como prioridade pelo público masculino, deixando suas demandas de saúde para momento posterior (SANTOS, 2015; ROCHA et al., 2018). Dessa forma, o trabalho ocupa uma centralidade na vida dos homens, pois diz respeito à identidade como provedor. A conciliação entre trabalho e o cuidado com a saúde é prejudicada, sendo a saúde mais afetada nessa dinâmica de priorização.

Acho que uma parte, às vezes, é pelo tempo, né? Que o trabalho, não sei o quê, que ele corre da vida, né? E as vezes também o cara tem resistência para ir para a médica. Aqui por exemplo, eu tenho dois filhos que tem mais de 40 anos nunca fez o exame de próstata. Não pode ser assim, né? Você vê que já começa a ir. Você fala, fala, fala. Meu filho tem que ir no médico, tem que fazer um exame. A melhor coisa é a prevenção. Não, eu vou, eu vou, eu vou e nunca vai (Entrevistado 02, 66 anos).

Assim, compreendemos que o desemprego pode comprometer o bem-estar masculino, o que faz com que os homens não busquem os serviços de saúde quando estão doentes por receio dessa atitude gerar uma futura demissão e o horário de funcionamento das UBS é incompatível com a jornada de trabalho da maioria dos trabalhadores, restante aos homens apenas os serviços de emergência/urgência que possuem um horário de atendimento de 24 horas (FERREIRA, 2013).

Dessa forma, para o homem a atividade trabalhista tem um destaque importante em sua vida, há uma preocupação com a função de provedor de sua família, mas não podemos resumir o não acesso à saúde pelos homens apenas por esse fator, pois a baixa condição social e baixo nível escolar, são fatores que reforçam papéis historicamente atribuídos aos homens.

Por isso, é importante pontuar que a menor adesão às políticas de saúde e de educação em comparação às mulheres, pode influenciar nos altos índices de mortalidades, maior vulnerabilidade a mortes precoces pela população masculina. Como aponta o estudo de DIAS et al., (2022), que identificou que o nível de escolaridade está relacionado com o melhor acesso à informação, assim o estudo influencia na adoção de

comportamentos de menor risco para a saúde dos homens, impactando diretamente na expectativa e qualidade de vida. Desse modo, o processo educacional sobre o autocuidado ainda na fase escolar é essencial para garantir adesão dos homens aos serviços de saúde, como ressalta um entrevistado:

Não, eu acho que isso aí é falta de... é falta mesmo de orientação. As escolas mesmo podiam estar fazendo essa orientação desde criança, né? É uma coisa que tinha que estar acontecendo. Orientar toda criança, de qualquer sexo, para estar fazendo todo o seu trabalho. Esse foi um papel que não teve essa orientação muito pequena. Isso tinha que estar sendo feito. Eu tenho a privilégio que eu tinha a minha mãe e meu pai que eram enjoados com esses trens que está fazendo. Mesmo que eu não fazia, mas eles eram enjoados (Entrevistado 03, 71 anos).

Por fim, os depoimentos destacam como obstáculo ao acesso a falta de resolutividade na assistência, expondo dificuldades de acesso para realização de exames e a demora no atendimento, sendo é um dos motivos que os levam a buscar pela assistência privada à saúde.

E às vezes eu descobri a minha doença no hospital particular. Porque se fosse do governo, eu não ia descobrir porque é muito difícil. Eu marco uma consulta, às vezes passa seis meses, ou oito meses para conseguir, né? Aí eu paguei duas ressonâncias. Foi no médico particular, Hospital Santa Luzia. Aí com o doutor Elizeu, aí ele pediu uma ressonância da coluna, vertical e lombar. Aí eu descobri que tinha uma lesão no rim esquerdo, através desse hospital particular e ele pediu uma tomografia para confirmar, quando fizemos, confirmou que tumor no rim esquerdo (Entrevistado 02, 66 anos).

Sim, sim, sim. Até porque quando você não tem uma classe de vida tão bem e paga um plano de saúde, se torna muito complexo você buscar essa saúde, né? Porque você tem que enfrentar a fila, você tem que enfrentar o agendamento. Nem sempre quando faz o agendamento dá pra você, porque os agendamentos são feitos da Secretaria de Saúde do município, demora muito, meses, então você acaba desistindo de fazer uma prevenção. É diferente quando você tem um plano de saúde, que você liga, marca o dia que você quer, o horário que você quer, e você vai. Então quando você não tem essa acessibilidade, essa acessibilidade, isso torna totalmente difícil. Então acaba te desmotivando de você fazer uma prevenção sobre saúde. Por você não ter uma condição financeira bacana (Entrevistado 08, 35 anos).

Dessa forma, a precarização dos serviços públicos de saúde também é um fator que impacta no atendimento, pois as dificuldades de disponibilidade dos serviços de saúde em que há pouca resolutividade das demandas dos usuários contribui para evasão dos usuários no SUS para a rede privada de saúde (FILHO et al., 2021; ARAÚJO et al., 2021). Cabe ressaltar que essa assistência desempenha um papel diferente da APS, pois

foca em práticas curativas e individuais, não realizando promoção da saúde e, na maioria das vezes, as ações de prevenção são limitadas.

Assim, a falta de estrutura, recursos humanos e materiais, além de espaço físico adequado para acolhimento do público masculino são fatores que intensificam a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde da atenção básica à saúde (CAVALCANTI et al., 2014). Os motivos que dificultam o acesso a saúde pelos homens não dizem respeito apenas às concepções sociais de gênero, mas também a organização dos serviços de saúde, como afirma Salimena et al. (2013, p. 58) “no entanto o modelo de masculinidade hegemônica não é o único fator que distancia o homem do cuidado à saúde. Nos depoimentos, percebemos que os entrevistados apontam a precarização dos serviços públicos como justificativa para a “baixa procura” ou “pouca procura” da assistência”.

No que diz respeito à prevenção, durante as entrevistas surgiu um consenso sobre a necessidade de aumentar as atividades de prevenção disponíveis na UBS. Os entrevistados expressaram preocupação com a falta de ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde nas atividades destacando uma lacuna significativa nesse aspecto. Quando os homens não estão sentindo algum problema de saúde aparente e que cause incômodo, eles creem não haver a necessidade de procurar os serviços de saúde da APS. Os entrevistados reconheceram a importância da realização de ações preventivas e curativas nos serviços de saúde, apesar de demonstrarem pouco conhecimento sobre quais são as atividades preventivas ofertadas na UBS (DIAS et al., 2022). Assim, embora reconheçam a importância da prevenção, os entrevistados não buscam os serviços para fins preventivos, assumindo um comportamento contraditório, pois ao mesmo tempo que se preocupam com o estado de saúde, não realizam cuidados de prevenção e promoção da saúde.

Não, lógico que não. Poderia ter muito mais. Poderia ter muito mais. Eu acredito que isso é algo que o Ministério da Saúde, juntamente com o SUS, poderia ampliar mais esses serviços, principalmente para comunidades quilombolas, ribeirinho, indígenas. Prevenção. Seria algo que eles poderiam criar um projeto, um programa, dentro do Ministério, de prevenção, já que essas pessoas não têm tanta acessibilidade com a prevenção. Não é preguiça. Não é falta de vontade de ir. É dificuldade. A dificuldade é muito grande. Se torna muito trabalhoso. Você acaba perdendo horários, você acaba perdendo tempo, e às vezes, não consegue resolver a situação. Então você desiste. Então só vai na hora que realmente ou está acontecendo ou está perto para acontecer (Entrevistado 08, 35 anos).

Eu sei que ultimamente tem um programa de agentes de saúde, que o pessoal visita as famílias, há um certo envolvimento dos agentes com as pessoas atendidas. Eu conheço, inclusive, algumas pessoas profissionais. Mas a gente, por exemplo, questionava. Inclusive, tivemos umas reuniões de comunidade que isso também vinha em pauta. E aí a gente questionava por que praticamente não se ouvia falar em nenhum tipo de ação específica para pessoas negras. A saúde da pessoa negra praticamente não tem nenhum programa, não tem nenhum tipo de diferencial, nada, nada, nada. Então, assim, embora eu não esteja totalmente por dentro da questão da saúde aqui e tal, inclusive o funcionamento da unidade de saúde, mas não tenho nenhuma notícia e as pessoas que eu converso também, elas dizem que não há nenhum programa nem de prevenção e nem de uma atenção específica quando mesmo já tem o problema instalado. Então, quando se atende, se atende como qualquer pessoa e, às vezes, sendo como qualquer pessoa, já é algo positivo. Quando não tem, digamos assim, algum tipo de depreciação, já se entende que está normal, mas nada de especificidade (Entrevistado 10, 57 anos).

Essa lacuna entre o conhecimento e a ação pode refletir em uma série de barreiras, incluindo falta de acesso a serviços de saúde preventiva, baixa conscientização sobre os benefícios da prevenção e possíveis desafios relacionados à cultura e às percepções de masculinidade. É significativo notar que os poucos que realizam alguma forma de prevenção estão principalmente focados em condições específicas, como câncer de próstata, ou em outras doenças crônicas já diagnosticadas.

A prevenção não, é só o de próstata que eu faço ela permanente (Entrevistado 03, 71 anos).

Não, não, é mais mesmo emergência mesmo (Entrevistado 06, 26 anos).

Não vou mentir para você, eu não sou de ir em hospital para prevenir, prevenção. É só algo quando realmente já está acontecendo ou já aconteceu (Entrevistado 08, 49 anos).

Alguns avaliam ter uma saúde adequada, não sendo necessário buscar pela prevenção, bem como, muitas das vezes, não se sentem à vontade no ambiente e associam que a prevenção e a promoção da saúde estão relacionadas a algo inerente às mulheres ou constatam que há mais ações direcionadas ao público idoso, que mais frequentam a UBS devido ao diagnóstico de doenças crônicas que necessitam de prescrição médicas.

É, porque eu não estou doente, não precisa ir para o hospital (Entrevistado 04, 51 anos).

Ele acha que ele não pode adoecer, sabe? Está doente e acha que ele não adoce. As mulheres elas previnem mais. As mulheres é bem mais

prevenidas, agora o homem. Uma casca bruta (Entrevistado 05, 50 anos).

Pelo que eu acompanho dos idosos, tem acompanhamento de pré-diabéticos, diabéticos, de hipertensão, eles fazem algumas atividades lá, mas pessoas que eu acompanho nunca reclamam não (Entrevistado 06, 26 anos).

Esse contexto demonstra como os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades, o que acarreta agravos em sua condição de saúde. O cenário nos demonstra a existência de uma carência de estratégias específicas na APS destinadas para os homens adultos, especialmente no que tange a prevenção de agravos e promoção da saúde (KNAUTH et al., 2012). As soluções estão ligadas a diferentes fatores pessoais, socioculturais e institucionais, é preciso que os homens sejam incentivados a procurar as UBS para prevenção, oferecendo acesso às atividades educativas, exames, vacinação e fortalecimento de vínculos.

A percepção de disparidade nas atividades oferecidas pela UBS entre homens e mulheres quilombolas, em que os entrevistados observaram que a UBS parece oferecer mais programas e serviços direcionados às necessidades de saúde das mulheres quilombolas, indica a necessidade de uma revisão cuidadosa das políticas de saúde locais. Uma vez que os homens, no Brasil, vivem em média 7,1 anos menos do que as mulheres (BRASIL, 2016), tendo como principais enfermidades hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças pulmonares (doença pulmonar obstrutiva crônica), asma e pneumonias comunitárias, doenças osteoarticulares e doenças transmissíveis (tuberculose, hepatites virais e aids, tabagismo, tumores, causas externas e alcoolismo). Assim, as mortes masculinas estão relacionadas às especificidades biológicas, desigualdades e expectativas de papéis de gênero, sendo essencial o alerta para o fato de que as principais causas de morbimortalidade no público masculino poderiam ser amenizadas e/ou evitadas com a inserção de medidas de prevenção e promoção à saúde (PACHECO et al., 2023).

Dessa forma, ao compararmos a situação de saúde entre homens e mulheres, verifica-se que os homens possuem maior vulnerabilidade às doenças, com destaque para enfermidades graves e crônicas, tendo também uma menor expectativa de vida. No entanto, nota-se que apesar da maior vulnerabilidade e taxa de morbimortalidade, os homens buscam menos a UBS que as mulheres, acarretando o diagnóstico tardio de

doenças, o que possibilita muitas vezes complicações de condições de saúde que poderiam ser evitáveis se buscassem a prevenção e promoção à saúde.

Como resultado desse processo, os homens tendem a procurar soluções imediatas para o tratamento de doenças, seja pela alternativa assistencial de mais fácil acesso (serviço hospitalar), seja pela realização de automedicação, sem prescrição, orientação ou supervisão de profissionais de saúde.

Pelas falas dos entrevistados, a automedicação entre os homens foi apontada como uma estratégia para solucionar rapidamente e facilmente algum problema de saúde, pois há uma facilidade em obter medicamentos. Contudo, essa busca pelo imediatismo, que alivia os sintomas, pode gerar o uso indiscriminado de medicamentos e limitar o conhecimento dos serviços ofertados, contribuindo para os comportamentos de riscos à saúde.

Alguns entrevistados ressaltam o uso de medicamentos caseiros para evitar ou retardar a procura pelos serviços de saúde, sendo uma escolha influenciada, em grande parte, pela presença de violências e desigualdades na disponibilização de serviços de saúde na região (PEREIRA, 2016). Essa realidade revela um cenário complexo em que as desigualdades sociais e estruturais afetam diretamente a capacidade das comunidades quilombolas de acessar cuidados de saúde adequados. A opção por medicamentos caseiros como primeira linha de tratamento reflete, no caso deste estudo, não apenas a falta de acesso aos serviços de saúde formais, mas também uma profunda desconfiança ou insatisfação com o sistema de saúde disponível.

Isso, claro, se você machuca, se não, na roça acaba tomando uma garrafada, alguma coisa (Entrevistado 03, 71 anos).

Caseiro. Faço caseiro. Me dou muito melhor com ele, do que hospital, em posto de saúde. Pra mim, hoje em dia, melhor não fazer nada (Entrevistado 05, 50 anos).

Todavia, os entrevistados ressaltaram também a importância da união dos saberes das medicinas tradicionais quilombolas com a medicina científica, pois pode trazer benefícios significativos para a saúde das comunidades quilombolas. As práticas tradicionais de cura e os conhecimentos ancestrais sobre plantas medicinais, rituais de cura e técnicas terapêuticas específicas têm sido transmitidos de geração em geração nas

comunidades quilombolas e representam uma riqueza de sabedoria acumulada ao longo do tempo.

E outra coisa também debatida, a inserção da cultura de remédios na comunidade. No posto. Porque aqui antigamente, Mesquita não tinha um posto de saúde, ele é recente, então a gente recorria aos mais velhos que sabiam fazer remédios, garrafada e tudo. E depois que o posto veio pra cá, as pessoas pararam. Tem gente que procura, não foi todo mundo, mas a gente viu que diminuiu bastante, principalmente nas pessoas mais jovens dessa procura. Então, a gente pensou em alguma forma de essas pessoas estar inseridas no posto também, né? Do município acolher essas pessoas para estar entregando esses remédios no posto e o município pagando também por esse trabalho para que também essa cultura de procurar essas pessoas não se perca também e que possam ver uma saúde alternativa que vem da comunidade (Entrevistado 06, 26 anos).

Acho que é importante considerando que é uma comunidade tradicional que tem muitos saberes, inclusive na área de medicina popular, da saúde popular é um tipo de parceria que se poderia fazer, um tipo de aproximação da saúde científica, da saúde popular, acho que seria bem interessante. E alguns elementos assim também da prevenção, inclusive com relação ao cuidado com a alimentação, porque aqui é uma comunidade que tem muitos elementos, produtos tradicionais muito ricos em elementos nutritivos (Entrevistado 10, 57 anos).

Desse modo, falamos de um processo educativo direcionado às necessidades das pessoas, visando valorizar seus conhecimentos prévios e proporcionando maior compreensão do processo saúde-doença, para que este participe ativamente da dinâmica de mudança de estilo de vida. Nessa direção, associar as práticas juntamente com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) é uma possibilidade, pois trata-se de uma política que visa garantir o acesso seguro e racional às plantas medicinais (OLIVEIRA, 2014).

Assim, a união dos saberes pode levar a uma maior eficácia nos cuidados de saúde, podendo resultar em uma gama mais ampla de opções de tratamento, melhorando os resultados de saúde e aumentando a acessibilidade aos cuidados médicos para as comunidades quilombolas, bem como pode contribuir para a preservação e valorização da cultura e identidade quilombola. Ao reconhecer e incorporar os métodos tradicionais de cura, os profissionais de saúde podem fortalecer os laços de confiança e respeito com as comunidades, promovendo uma parceria mais colaborativa e no cuidado da saúde.

No que se refere a melhoria no serviço de saúde na comunidade, as falas dos entrevistados expõem uma preocupação generalizada em relação à insuficiência de recursos humanos, materiais e de infraestrutura nos serviços de saúde, disponíveis em suas comunidades. Esse cenário de falta de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde pode resultar em longos tempos de espera, consultas rápidas e inadequadas, além de dificultar o acesso a serviços especializados e acompanhamento de condições crônicas. Cumpre destacar que as críticas refletem desafios sistêmicos enfrentados não apenas pelas comunidades quilombolas, mas também por muitas outras populações marginalizadas em todo o país.

Olha, mas tem o posto, mas não tem nada. Assim, porque o prefeito não aparece nada no posto, só tem o nome. Você chega lá, não tem remédio para pressão, não tem remédio para colesterol, só tem os enfermeiros que estão lá, chega lá só, mede sua pressão, mede e depois, mas cadê o remédio que tem? Não tem para dar, não adianta só medir. Aí que fica a pessoa mais preocupada, porque você chega lá e fala, se a pressão está alta, ih, Fulano, sua pressão está alta, não tem nem o remédio para dar. É isso aqui que eu mais preocupado (Entrevistado 01, 72 anos).

Tem que ter pelo menos um médico todo dia, né? Porque não tem. Vem um médico aí, não fica muito tempo por causa da distância, né? Porque geralmente pega o médico lá de Brasília pra cá, é longe, né? O cara não fica muito tempo. Vem um, fica um tempo e vai embora. Vem outro, fica um tempo e vai embora. Aí não consegue ter uma sequência. Tem que ser um médico mais próximo aqui. Eu não sei se é ordenado, em termos de salário, que não vale a pena. Eu sei que não demora muito o médico aqui. Se tem só enfermeiro para atender, não resolve (Entrevistado 02, 66 anos).

Os atendimentos. Tinha que melhorar os atendimentos e a questão de remédio, essas coisas. Porque nem tudo tem aí. Eu tenho que buscar fora (Entrevistado 04, 51 anos).

Nessa direção, os entrevistados apontaram algumas sugestões de aprimoramento dos serviços. Entre as propostas mencionadas estão o aumento do número de profissionais de saúde, a disponibilização de mais medicamentos e equipamentos médicos básicos, além da melhoria da infraestrutura da Unidade Básica de Saúde.

Eu acho que precisaria de ter... um médico constante até se fosse o caso de ter a noite também era bom porque ninguém a doença não marca hora para chegar, final de semana, por exemplo, não tem médico nesse posto (Entrevistado 02, 66 anos).

É, mais investimento mesmo da gestão, por quem reconhecer que aqui a gente tem uma comunidade quilombola e que as pessoas aqui também precisam de ter acesso à saúde de qualidade. Então, fazer com que eles

mandem recursos para construir um posto adequado. A atual unidade que tem, ela já foi bem pior, mas está boa, funcionando. Tem uma casa agora assim adequada, mas a gente pode ter algo maior, algo próprio (Entrevistado 06, 26 anos).

É, a atuação de médico. A atuação de médico aqui é muito escassa. Às vezes tem médico, às vezes não tem. Tem horário determinado. Tem horário determinado, que às vezes, tá, o médico não chegou ainda, não tem mais. Ninguém faz mais nada. Então, quer dizer, eu acho que pode melhorar muita coisa. Saúde, toda vida. Precisa de melhoria (Entrevistado 07, 49 anos).

Percebe-se que as estratégias de melhorias verbalizadas pelos homens quilombolas dizem respeito a três dimensões: acessibilidade no que diz respeito à ampliação dos horários de atendimento e resolutividade das demandas; acolhimento por meio de um atendimento de qualidade e infraestrutura da UBS adequada; e formação de vínculo no sentido de estabilidade dos profissionais. De modo geral, são estratégias que estão relacionadas a humanização nos serviços de saúde. Desse modo, a abertura de espaço para participação e proposições dos entrevistados apresenta-se como um potencial para parcerias colaborativas entre as comunidades quilombolas, as autoridades de saúde e outras partes interessadas na busca por soluções sustentáveis e culturalmente sensíveis para os desafios de saúde enfrentados por esse quilombo.

No que tange ao reconhecimento e impacto das desigualdades de raça, gênero e classe social no acesso aos serviços de saúde, há uma divisão entre os entrevistados. Alguns entrevistados demonstram compreender as desigualdades de raça, gênero e classe social na sociedade, reconhecendo como estas influenciam diretamente o acesso e na qualidade dos serviços de saúde disponíveis para as comunidades quilombolas.

Em relação a classe social, os entrevistados compartilharam experiências em que perceberam que o poder aquisitivo de uma pessoa influencia significativamente a forma como são tratados durante as consultas em serviços públicos de saúde. Em muitos casos, observaram que aqueles com maior recurso financeiro parecem receber tratamento prioritário, enquanto outros, com menos recursos materiais, podem ser negligenciados ou receber atenção inadequada.

As falas dos entrevistados nos alertam para a equidade no acesso aos cuidados de saúde dentro da comunidade quilombola. É essencial que haja esforços contínuos para fornecer cuidados equitativos, sem nenhum tipo de discriminação.

Assim, quando é na classe média, os ricos são mais atendido mais rápido. A classe média sempre é uma classe que é ficando para trás (Entrevistado 04, 51 anos).

Às vezes não é nem por causa disso. Tudo bem. É, pela conta, a gente já (inint) financeiro, que eles falam, vem uma pessoa preto, vamos dizer assim, preto, igual eu, endinheirada, eles já não acreditam muito que eu estou com dinheiro. Mas quando vem uma pessoa sem dinheiro, que seja uma pessoa mais clara, eles já investem mais, um pouco mais (Entrevistado 07, 49 anos).

Muito, principalmente município, e não é só aqui. Nós estamos falando só de Cidade Ocidental, município e Cidade Ocidental. Estamos falando do Brasil. Infelizmente, o poder aquisitivo, ele conta muito ainda no nosso país. Quem chega com um carro bonito, bem-vestido, sempre será a prioridade. Infelizmente. É o que eu falo, o Brasil tem muito a aprender. A forma de tratar ainda, infelizmente, influencia muito, cor, raça e gênero (Entrevistado 08, 35 anos).

No que diz respeito à raça, os entrevistados compartilharam experiências em que perceberam que a cor da pessoa influencia significativamente a forma como são tratadas durante as consultas. Muitos expressaram sentir uma diferenciação no modo como são olhados e tratados pelos profissionais de saúde, destacando que o racismo impacta diretamente a qualidade do atendimento.

Assim, até pelo jeito de... você vai lá, faz sua ficha. Mas é escuro, faz sua ficha. E se chegar um clarinho lá, que situação melhor. Eles inventam aquele tem prioridade. Prioridade em que? Se a gente chegou primeiro. Se tá sentindo a mesma coisa. Então tudo isso é relacionado com preconceito (Entrevistado 04, 51 anos).

Eles veem a gente é assim com outro olhar, né? Não é o mesmo do branco, não. Eu acho que o negro é mais discriminado, mais aberto, mais serviço de governo. Isso aí é o que mais tem aqui para nós (Entrevistado 05, 50 anos).

Assim, às vezes tem coisa assim que é sutil, tão sutil que a gente observa só a forma de tratamento, a forma de atendimento. Tem aquele atendimento especializado para uma pessoa assim, de cor mais clara (Entrevistado 07, 49 anos).

Assim, eu acho que, talvez ainda na questão da saúde, a gente ouve falar de alguns casos bem direto mesmo, né? Por exemplo, a recepção das pessoas, a acolhida, a forma de acolher mesmo, a forma de atender, tempo de atendimento, algumas situações assim de resistência a dor, que às vezes se supõe que a pessoa negra tem mais resistência, que sente menos dor. A questão, por exemplo, dos atendimentos das gestantes. Serviço de parto, por exemplo. Tem muita essa questão de diferencial entre pessoas brancas e pessoas negras. Então isso a gente ouve falar quase que constantemente (Entrevistado 10, 57 anos).

Essas narrativas evidenciam a persistência do racismo institucional no sistema de saúde (WERNECK, 2016). A percepção de uma diferenciação de tratamento com base na cor da pele reflete a urgente necessidade de abordar questões de discriminação racial e promover uma cultura de igualdade e respeito dentro das instalações de saúde. É fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados e sensibilizados para reconhecer e combater o racismo em todas as suas formas, garantindo que todos os pacientes, independentemente da raça ou etnia, recebam cuidados de saúde de qualidade e sem preconceitos. Além disso, é essencial que as políticas de saúde promovam a inclusão e a equidade racial, buscando eliminar as disparidades no acesso aos serviços de saúde e garantindo que todos os indivíduos sejam tratados com dignidade e respeito, independentemente de sua origem étnica.

No que tange ao gênero, os entrevistados expressaram a percepção de que a desigualdade de gênero se manifesta principalmente na disparidade salarial entre homens e mulheres, mas não percebem outras formas de diferenciação em outros aspectos de suas vidas dentro da comunidade quilombola. Esta visão sugere uma análise específica da desigualdade de gênero centrada principalmente em questões econômicas, com uma falta de consciência ou reconhecimento de outras possíveis formas de discriminação ou desigualdade com base no gênero.

As falas dos entrevistados ressaltam a importância de discutir a desigualdade de gênero dentro das comunidades quilombolas e na sociedade em geral. Embora a disparidade salarial seja uma preocupação válida e significativa, é crucial reconhecer que a desigualdade de gênero pode se manifestar de várias maneiras, incluindo acesso a serviços de saúde, oportunidades educacionais, divisão de trabalho não remunerado e representação em posições de liderança, entre outros aspectos.

Não. Não, não. Eu acho que não, só em termos de salário que às vezes a mulher ganha menos que o homem, né? Isso aí sempre existiu e não vai mudar muito. Pode até mudar, mas vai demorar muito, né? Mas no geral assim não (Entrevistado 02, 66 anos).

Olha, pode que existe, porque tudo na vida hoje tem um preconceito, mas isso aqui eu já apreciei nunca (Entrevistado 04, 51 anos).

Por outro lado, outros entrevistados parecem negar a existência e o impacto dessas desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A falta de reconhecimento pode ser atribuída a uma variedade de fatores, incluindo falta de conscientização sobre questões sociais mais amplas, negação das próprias experiências de discriminação ou simplesmente a adesão a uma visão mais individualista da sociedade. No entanto, essa postura pode camuflar as desigualdades de saúde existentes e limitar o potencial de luta em direção a uma mudança social para promover uma maior equidade no sistema de saúde.

No mais, alguns entrevistados se sentiram confortáveis para narrar os episódios sobre violências físicas, verbais, preconceito racial e de gênero, além da negligência do Estado, descaso e marginalização ao acessar os serviços de saúde, em que essas experiências traumáticas não apenas violaram os direitos fundamentais desses indivíduos, mas também tiveram impacto direto em sua saúde física e mental.

Não, realmente... eu não posso usar isso porque eu pouco vou. Eu pouco vou. Uma vez que eu fui, eu me senti (discriminado) [00:03:16]. Quando eu chego assim a fazer essa coisa, eu vou lá no particular. E faço lá porque o interesse está ganhando e tem que fazer (Entrevistado 01, 72 anos).

Eu tive uma vez um atendimento que eu tive a impressão que teve, sim, com essa questão. De um médico que me atendia, e assim eu percebi que quando a gente conversava e ele não dava muita atenção e, digamos, não me valorizou mesmo como paciente, como uma pessoa. Embora não teve nenhuma palavra ou outra, assim, que pudesse dizer, não, isso foi racismo, mas eu observei que houve falta de atenção para realmente entender qual era o problema que eu sentia (Entrevistado 10, 57 anos).

O fato de alguns entrevistados terem decidido não utilizar ou reduzir a frequência aos serviços de saúde devido a essas experiências reflete a perda de confiança nessas instituições e a sensação de exclusão e discriminação que, muitas vezes, acompanha as interações com profissionais de saúde e servidores do sistema de saúde. Dessa forma, a falta de confiança nos serviços de saúde por parte dos homens quilombolas pode levar a consequências graves para sua saúde e bem-estar, pois o impacto psicológico das experiências de violência e discriminação pode levar a problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, agravando ainda mais a vulnerabilidade dessas comunidades.

Diante do exposto, para abordar a questão da saúde do homem quilombola, é crucial implementar políticas que garantam o acesso igualitário e digno aos serviços de saúde para todos, considerando raça, gênero e classe. Isso inclui a formação e sensibilização dos profissionais de saúde para reconhecerem e combaterem o preconceito e a discriminação, bem como a criação de mecanismos eficazes para denúncia e responsabilização por casos de violência e negligência. Ademais, é fundamental envolver as comunidades quilombolas no desenvolvimento de soluções, promovendo uma abordagem participativa e inclusiva que respeite e valorize seus conhecimentos, experiências e necessidades específicas. Somente assim será possível construir um sistema de saúde verdadeiramente equitativo, que atenda às demandas e respeite os direitos de todas as pessoas.

3.2. Percepções dos profissionais de saúde sobre o acesso aos serviços de saúde pelos homens quilombolas

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde da UBS de Mesquita, que desempenha um papel essencial de ser acessível para toda a população, eliminando barreiras que impactam no acesso, sendo responsável pela promoção, prevenção e proteção à saúde, buscando garantir a redução de agravos e danos, diagnósticos, tratamento e reabilitação. Desse modo, por ser considerada a porta de entrada do SUS, é essencial analisar como os profissionais percebem o acesso ao serviço pelos homens quilombolas.

Em relação ao perfil dos profissionais de saúde da UBS, destaca-se que foram entrevistados 4 agentes comunitários, 1 enfermeira, 1 médico e 1 técnica de enfermagem, com tempo de trabalho na comunidade de 3 meses a 20 anos, sendo 2 homens e 5 mulheres, com idade de 30 anos a 58 anos, autodeclarados negros. Quanto a forma de vínculo empregatício, 2 são contratados e 5 concursados.

A percepção dos profissionais de saúde entrevistados sobre o acesso e utilização dos serviços pelos homens quilombolas é fundamental para entender como ocorre o acesso à saúde e pensar melhorias de acesso para o público em questão. Durante as entrevistas, todos expressaram uma visão positiva, afirmando que a maioria dos homens quilombolas utilizam os serviços disponíveis na unidade. Contexto que indica que, pelo

menos na visão dos profissionais, há uma utilização positiva para essa comunidade específica.

É normal. Tem, eles vêm até a unidade. Entra em contato, né, pra vir aqui. E vem, normal, como qualquer outra pessoa (Profissional de Saúde 3, 49 anos).

É, uma quantidade razoável. Em todos os lugares, sempre as mulheres, elas são quem procuram mais serviços de saúde. Mas isso acontece em qualquer lugar (Profissional de Saúde 7, 56 anos).

Olha, eles procuram até bastante aqui. Não é muito assim de não estar vindo, não. Mas tem um preconceito de estar vindo para consultar, quando é questão de saúde, como próstata, essas coisas, tem mais vergonha. Mas tem um bom acesso aqui (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

No entanto, é importante ressaltar que a realidade observada durante a estadia do pesquisador na UBS não refletiu essa percepção positiva. Durante esse período, apenas mulheres buscaram atendimento, o que sugere uma discrepância entre a percepção dos profissionais e a realidade vivenciada no dia a dia da unidade. Ademais, as falas dos usuários entrevistados reforçam essa percepção. Assim, a desconexão entre percepção dos profissionais e realidade levanta questões importantes sobre a eficácia dos serviços de saúde em alcançar e atender a população masculina quilombola.

Questionados sobre quais são as demandas dos homens quilombolas, as falas dos profissionais de saúde refletem uma série de necessidades como exames de rotina, acompanhamento de doenças crônicas, vacinação e atendimento para questões pontuais, como dores e gripes.

Eles procuram mais só troca de receita, somente pacientes hipertensos e diabéticos. Normalmente, nessas reuniões, a gente trata de pedir para eles os exames de rotina e tentando esclarecer a importância de eles fazer. Então, assim, como a gente pede esses exames, então eles vêm de seis meses e trazem o resultado. Então, a gente está tentando trabalhar com isso. Mas, assim, eles não vêm com muita frequência (Profissional de Saúde 1, 32 anos).

Olha, eles procuram bastante quando é problema na perna, sobre pedir exame pra próstata, vem bastante. Quando é curativo, que eles não têm onde correr, tem que fazer. Quando acontece alguma coisa. Quando também é coisa de hipertenso, diabético, eles vêm também. E é mais isso. E mais troca de receitas também, porque a maioria também (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

Percebe-se que o contingente de homens que utilizam os serviços da APS é representado por aqueles que utilizam os programas de acompanhamento a hipertensos e diabéticos. Vale pontuar que é a população idosa que acessa a UBS com maior frequência e, geralmente, o faz devido ao desenvolvimento de doenças crônicas que requer acompanhamento periódico (SILVA et al., 2023; ROCHA et al., 2018). E a população masculina jovem tende a procurar menos as UBS por terem maiores jornadas de trabalho e de estudos. Esse cenário nos coloca em uma discussão em que a pergunta central é: as demandas masculinas são mesmo limitadas a esses problemas de doenças crônicas ou seria os profissionais de saúde, que a partir de uma visão socialmente construída sobre o cuidado do homem com a saúde, tem dificuldades para visualizar as outras demandas desses sujeitos?

Ao serem questionados sobre a existência de barreiras que podem influenciar no acesso a saúde pelos homens quilombolas, as falas dos profissionais revelam o não reconhecimento de barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde, o que aponta para uma falta de compreensão das experiências e desafios específicos enfrentados por essa população. Isso pode resultar em uma abordagem de saúde que não atende adequadamente às necessidades dos homens quilombolas, comprometendo assim a qualidade e a equidade dos cuidados de saúde fornecidos.

Aqui eu não vejo nenhuma. Não tem aqui, tipo assim. Eles vêm, é atendido, normal. Não tem essa, não, isso aqui não. É normal, atendido, atendido, normal (Profissional de Saúde 3, 49 anos).

Porque na unidade o atendimento não tem essa barreira. Sempre as pessoas são bem recebidas. Não tem nenhuma diferença de quem é, de quem não é. As pessoas, a meu ver, são bem tratadas. A gente faz de tudo para que as pessoas sejam bem acolhidas (Profissional de Saúde 4, 58 anos).

O tabu, o medo deles mesmo, porque homem tem isso, eles não se cuidam. Eles têm medo de descobrir alguma coisa, passar para os filhos ou até mesmo para a população. Então eles estão não só aqui, mas acredito que em outras unidades também. Então assim, aqui normalmente eles têm esse medo. Do pessoal saber, só vem mais quando está na situação crítica (Profissional de Saúde 1, 32 anos).

Se existe alguma barreira é psicológica, mas é... o acesso é tranquilo, tem aqui, todo mundo atende muito igual, entendeu? Agora, se existe alguma barreira já é cultural, alguma coisa. Entendeu? (Profissional de Saúde 7, 56 anos).

Por outro lado, a justificativa de que não existem barreiras e que o tratamento na UBS é igual para todos ignora completamente o princípio da equidade em saúde (BARROS; SOUZA, 2016). A equidade exige reconhecimento e abordagem das desigualdades existentes, garantindo que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de suas condições individuais e coletivas. Ao negligenciar a existência de barreiras e desigualdades, os profissionais de saúde podem perpetuar disparidades no acesso à saúde entre os homens quilombolas e outras populações marginalizadas.

Por exemplo, eu não tenho nenhuma diferença não, quanto ao acesso dele. O acesso aqui é livre para todos, não? Mas aqui vem tanto homem como mulher (Profissional de Saúde 7, 56 anos).

Ademais, as percepções dos profissionais revelam uma série de estereótipos e generalizações que podem dificultar a compreensão do processo por trás do menor acesso dos homens quilombolas aos serviços de saúde, em comparação com as mulheres. Ao atribuir o menor acesso à saúde à falta de tempo, ausência de preocupação, masculinidade tóxica, dificuldade de diálogo com profissionais e características próprias dos homens, os profissionais correm o risco de simplificar demais um problema complexo e multifacetado.

Acho que não é preconceito não, acho que é teimosia mesmo e dureza. Achar que homem não adoce. Eu acho, nessa minha opinião (Profissional de Saúde 5, 52 anos).

Se eles procurarem e conseguem abranger (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

Eu acho que isso aí vem herdando de... é porque é o nosso Brasil, né? Não sei, vem herdando. Mas não é nada de preconceito, assim, não. É porque eu acho que é deles mesmos, né? Que não querem procurar. Porque já vem enraizado neles, né? Mas graças a Deus, a mentalidade deles e as propagandas, os negócios de... como assim? A mídia vem falando mais, então eles estão começando a melhorar mais e procurar mais o acesso à saúde (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

Isso acontece em quase todos os lugares. A mulher é mais preocupada sempre pela saúde que os homens. Sempre ela está mais preocupada pela saúde. E outra coisa, nesse sentido, é que a mulher passa por diferentes processos. A mulher é quem engravida, quem faz o parto, quem cuida mais também, porque cuida também dos filhos, o homem se liga mais também ao trabalho. Acho que também o homem tem menos acesso, porque se dedica também mais ao trabalho, então ele realmente já vem ao Posto de Saúde quando está sentindo alguma coisa que está doente, porque ao mesmo momento ele sai para trabalhar. Sabe como é a vida aqui, aqui uma pessoa prioriza, porque tem muito medo de perder o trabalho, tem muita gente que trabalha em Brasília e trabalha para pessoas que às vezes não compreendem que a pessoa pode adoecer e tem medo de ser demitido do trabalho. Então eles procuram, já quando não tem outra saída. E também tem a mulher, tem muita que trabalha, mas a mulher fica mais em casa e tem mais tempo para vir em busca de serviços de saúde. Em procura de serviços de saúde (Profissional de Saúde 7, 56 anos).

Em primeiro lugar, a noção de que os homens quilombolas têm menos tempo para buscar cuidados de saúde pode ser uma simplificação excessiva. Embora possam enfrentar demandas e responsabilidades que afetam sua disponibilidade de tempo, essa explicação não leva em consideração outros fatores, como barreiras estruturais, acesso limitado aos serviços de saúde ou mesmo questões de priorização de saúde pessoal. Além disso, a associação da falta de acesso à saúde à ausência de preocupação dos homens quilombolas com sua saúde é problemática, pois pressupõe uma falta de consciência ou interesse por parte deles, ignorando o contexto mais amplo de como os determinantes

sociais, econômicos e culturais influenciam as atitudes e comportamentos em relação à saúde (JÚNIOR et al., 2022).

A referência à masculinidade tóxica como uma razão para o menor acesso dos homens quilombolas à saúde é importante, pois reconhece os impactos negativos das normas de gênero tradicionais na busca por cuidados de saúde (PEREIRA et al., 2019). No entanto, essa explicação sozinha pode ser insuficiente, pois não considera outras influências contextuais, como a relação dos homens com o sistema de saúde, a acessibilidade dos serviços ou a qualidade do atendimento.

Acho que isso vem de trás, porque o próprio homem, ele que é machista e não aceita as coisas, né? Então essa mentalidade está mudando bastante agora, porque realmente o nosso Brasil, todo mundo, acho o mundo, falava que os homens acharam muito machista, então eles não aceitam umas coisas, né? E agora a mentalidade deles estão mudando, graças a Deus estão mudando para melhorar cada vez mais a saúde deles e cada vez mais eu tô percebendo que eles estão procurando acesso à saúde e tá sempre tendo campanha, novembro azul que é sobre a próstata, sobre o câncer de próstata, eles estão fazendo vários exames, PCA e aí eu estou vendo que eles cada vez mais estão procurando, mas isso aí vem de geração que os não gostam muito de procurar, né? Saúde, procurar cuidar da saúde. Mas, graças a Deus, está mudando essa mentalidade deles, né? (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

É, isso daí é o preconceito de cada pessoa mesmo, né? Dos homens mesmo, né? Principalmente algo assim mais íntimo, dos homens mesmo, né? São, digamos, machismo, né? Tem homem que é muito machismo, machista, né? Não, isso daí não é... isso aí não é pra mim, não (Profissional de Saúde 4, 58 anos).

Da mesma forma, a dificuldade de diálogo com profissionais de saúde pode ser uma barreira significativa para os homens quilombolas, especialmente se eles se sentirem desconfortáveis ou desrespeitados durante as interações com os profissionais. Todavia, essa dificuldade pode ser resultado de diversos fatores, incluindo diferenças culturais na comunicação, falta de confiança no sistema de saúde ou experiências passadas negativas. Por fim, a atribuição das características dos homens como motivo para o menor acesso à saúde é excessivamente simplista. Embora as diferenças de gênero possam influenciar os

padrões de busca por cuidados de saúde, é importante reconhecer que essas características são moldadas por uma série de fatores contextuais e socioculturais que variam entre as comunidades e indivíduos.

A baixa frequência da procura dos homens à UBS é atribuída a resistência desses, apontando uma responsabilização da população masculina. Essa percepção dos homens como sujeitos de não cuidado diz respeito às representações e normativas existentes na nossa cultura sobre o masculino, afastando os homens de práticas consideradas femininas, reforçando a baixa procura dos homens nas UBS, a identidade masculina associada à desvalorização do autocuidado e a busca por serviços de pronto atendimento (CARNEIRO et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2019). É fato que os homens podem, por vezes, reproduzir representações sociais de gênero, tendo impacto na sua relação com os serviços de saúde. Contudo, os profissionais não apontam os aspectos de funcionamento da UBS que dificultam a utilização desse serviço pelos homens.

Pelas falas dos profissionais, percebe-se uma visão restrita acerca da saúde do homem, com uma tendência de redução apenas das doenças crônicas, ignorando outros aspectos das condições de vida e trabalho que compõem o processo saúde-doença. Essa percepção dos profissionais sobre as demandas e à baixa procura dos homens pelos serviços de saúde, reforça representações que opõem o masculino ao feminino, associando os homens às práticas curativas e as mulheres às práticas preventivas (KNAUTH et al., 2012).

Os profissionais de saúde possuem limitações para reconhecer os homens como sujeitos que necessitam de cuidado, bem como identificar as oportunidades de inclusão desse público no atendimento. Culpabilizar os homens pela baixa procura aos serviços de saúde dificulta a criação de vínculos. Essencial que reflita sobre os objetivos e princípios da PNAISH, a ausência de capacitação dos profissionais, a precária infraestrutura, pois são fatores que influenciam no acesso ao SUS (MOREIRA; CARVALHO, 2016). Enquanto os profissionais não reconhecerem os homens como potenciais sujeitos de cuidado, não irão fornecer as estratégias necessárias para o aprimoramento de práticas saudáveis de saúde, estimulando práticas de prevenção e promoção de saúde.

Assim, cumpre observar que os homens quilombolas tendem a acessar os serviços de saúde apenas quando enfrentam problemas de saúde específicos ou estão em busca de

exames pontuais, como os relacionados ao câncer de próstata. Esse cenário pode resultar em atrasos no diagnóstico e tratamento de condições de saúde, além de limitar as oportunidades de prevenção e promoção da saúde entre os homens quilombolas.

O homem não trabalha a prevenção. O homem trabalha mais a doença, descobriu, aí depois que ele vem pra tratar. Aqui, principalmente, eles não tratam mais quando já tá no médio, no tratamento médio. Então aqui eles não tratam muito a prevenção (Profissional de Saúde 1, 32 anos).

Ah, não. Aí é prevenção muito pouco. Eles procuram mais quando estão doentes (Profissional de Saúde 7, 56 anos).

A baixa procura dos homens quilombolas por serviços de prevenção à saúde, conforme relatado pelos profissionais de saúde, revela uma lacuna significativa na promoção de cuidados preventivos. A predominância do foco no câncer de próstata como motivo de procura para prevenção sugere uma falta de diversidade nas estratégias de promoção da saúde voltadas para os homens quilombolas. Embora o câncer de próstata seja uma preocupação legítima de saúde para os homens, uma abordagem mais abrangente e inclusiva é necessária para abordar uma gama mais ampla de questões de saúde preventiva, como doenças cardíacas, diabetes, saúde mental e estilo de vida saudável.

Nesse contexto, torna-se essencial que os profissionais conheçam as percepções dos homens quilombolas sobre a própria saúde e a importância da prevenção, pois estas podem ser influenciadas por normas de gênero tradicionais e concepções de masculinidade que valorizam a resistência à vulnerabilidade e a busca por cuidados de saúde apenas quando absolutamente necessário. Essas normas podem desencorajar os homens de buscar cuidados preventivos ou de discutir abertamente questões de saúde, incluindo preocupações sobre a saúde da próstata.

Historicamente a organização dos serviços de saúde tem priorizado em suas ações três segmentos populacionais: mulheres, crianças e idosos (ARAÚJO et al., 2014). A ausência de ações de promoção e prevenção de saúde direcionadas para os homens dificulta o desenvolvimento de vínculos entre os usuários e os profissionais, tendo como consequência a invisibilidade da população masculina nos serviços de saúde (SANTOS;

DAL PRÁ, 2015). Sabemos que os fatores de natureza social, cultural, pessoal, comportamental, entre outros, colaboram para que se tenha poucas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças destinadas ao público masculino, sendo que a desqualificação dos profissionais de saúde e a inércia das políticas sociais potencializam esse cenário.

Percebe-se que as atividades existentes para o público masculino são pontuais e com pouca articulação com as diretrizes da PNAISH, vemos uma ênfase na associação entre homem e próstata, como se a saúde masculina estivesse reduzida às questões urológicas, em especial ao câncer prostático, em detrimento de outras demandas em saúde (KNAUTH et al., 2012; ROCHA et al., 2018).

Outro ponto a ser destacado são as percepções dos profissionais de saúde ao negarem a existência de desigualdades de raça, gênero e classe social no acesso aos serviços de saúde refletem uma visão simplista e potencialmente prejudicial para compreensão do processo saúde-doença dos homens quilombolas. Ao afirmarem que a UBS está disponível para todos e que o atendimento é igual para todos, os profissionais estão subestimando as complexas interações entre fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Não. Aqui não, graças a Deus. Eu vejo que teve alguns lugares que sim, mas aqui não. Aqui é bem tranquilo referente a isso. A gente tenta até ir nas casas, o doutor... tentando conversar, mas referente a alguma raça, cor ou coisa do tipo, não. Aqui é bem tranquilo (Profissional de Saúde 1, 32 anos).

Eu não vou poder te responder isso porque aqui não tem, né? Aqui no trabalho mesmo que não tem esse negócio (Profissional de Saúde 3, 49 anos).

Aqui não (Profissional de Saúde 7, 56 anos).

A negação das desigualdades de raça, gênero e classe social no acesso à UBS é problemática porque não leva em consideração as múltiplas barreiras e obstáculos que certos grupos enfrentam ao procurar cuidados de saúde. Questões como discriminações, acesso desigual a recursos e oportunidades, bem como normas de gênero tradicionais

impactam significativamente a capacidade das pessoas de acessarem e receberem cuidados em saúde de qualidade.

Ao afirmarem que o atendimento é igual para todos, os profissionais podem estar ignorando a importância da equidade no acesso aos serviços de saúde. Embora os serviços possam estar disponíveis para todos, na prática, diversas barreiras, como falta de transporte, dificuldades financeiras ou falta de informação, podem impedir que certos grupos tenham acesso adequado aos cuidados de saúde. Essa abordagem limitada também falha em reconhecer as necessidades específicas das comunidades quilombolas e outros grupos marginalizados. Sem uma compreensão aprofundada das experiências e desafios enfrentados por essas comunidades, os serviços de saúde podem não ser capazes de oferecer cuidados integrais que promovam o bem-estar de todos.

Portanto, ao negarem a existência de desigualdades, os profissionais podem contribuir para a invisibilidade das experiências e necessidades dos homens quilombolas e para a falta de representatividade e atenção apropriada em políticas e programas de saúde.

Ao serem questionados em relação ao conhecimento sobre políticas de saúde destinadas à população quilombola revelam uma lacuna no reconhecimento e na compreensão das necessidades específicas desse grupo. O fato de alguns profissionais não conseguirem citar nenhuma política específica destinada aos quilombolas sugere uma falta de familiaridade e conhecimento sobre as questões de saúde que afetam essa população, apesar de verbalizarem que são suficientes.

São suficientes, aqui sim, acredito que sim (Enfermeira, 32 anos).

Olha, precisa melhorar, nada está suficiente, né? Precisa cada vez mais melhorar, mas avançou bastante. Eu acho que avançou bastante as políticas, né? (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

Eu não sei te responder esse negócio de política sobre os quilombolas. Porque tipo assim, eu não sou daqui do quilombo, né? Eu não sei como é. Como funciona as políticas e tal (Profissional de Saúde 3, 49 Anos).

Os resultados apontam que os profissionais não conhecem as políticas destinadas às populações quilombolas e poucos compreendem a importância de políticas específicas

para grupos populacionais. A falta de conhecimento sobre políticas de saúde específicas para populações quilombolas pode resultar em serviços de saúde que não estão adequadamente adaptados às necessidades e realidades dessas comunidades. Sem políticas direcionadas e estratégias específicas de intervenção, as disparidades de saúde enfrentadas pelos quilombolas podem persistir e até mesmo aumentar, exacerbando as desigualdades de saúde existentes (MOREIRA; CARVALHO, 2016). Portanto, reconhecemos que as práticas de atenção à saúde não se separam do processo de educação continuada dos profissionais de saúde. A formação acadêmica pode deixar lacunas no que diz respeito à saúde da população quilombola, principalmente dos homens, sendo essencial pensar em estratégias de aprendizagens.

No que tange às possíveis melhorias nos serviços de saúde para a população quilombola, as sugestões dos profissionais de saúde se concentram principalmente no compartilhamento de informações e conscientização dos usuários. Embora a conscientização seja importante, sozinha não é suficiente para abordar as complexas e multifacetadas disparidades de saúde enfrentadas pelas comunidades quilombolas.

Olha, assim, mais divulgação, mais informação, estar mais em contato com a população, né? Está vindo mais, divulgar, está indo nas casas, falando, né? Porque a maioria é de idade, né? E aí não tem aquele acesso, precisa mais ser divulgada para a pessoa ter mais acesso, saber quais são seus direitos e seus deveres, né? Para estar procurando o acesso à saúde (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

Eles têm mais assim... como é que diz... visar mais, né, porque assim tem outros lugares quilombolas que eu já conheci que são mais visados, né, aqui não é muito visado, assim, não, porque eu acho que aqui no quilombo (inint) [00:05:16] deveria ter um posto de saúde mais de 24 horas, a escola ser melhor. Eu acho, na minha opinião, por eu ser quilombola, né? Pelos quilombos que eu já conheci, né? São diferentes. Eu não sei, por conta da política, né? Não sei (Profissional de Saúde 5, 52 anos).

Confirma-se que a falta de políticas de saúde específicas para populações quilombolas pode ser vista como um reflexo mais amplo da invisibilidade dessas comunidades nos sistemas de saúde. A ausência de políticas direcionadas pode resultar em serviços de saúde que não conseguem atender adequadamente às necessidades

específicas das comunidades quilombolas, incluindo questões de acesso, qualidade e relevância cultural.

Para melhorar a saúde das populações quilombolas é fundamental que as políticas de saúde sejam desenvolvidas com base em evidências e dados específicos dessas comunidades, levando em consideração suas experiências, desafios e prioridades de saúde. Isso requer compromisso por parte das autoridades de saúde em reconhecer e abordar as desigualdades de saúde enfrentadas pelas comunidades quilombolas, por meio do desenvolvimento e implementação de políticas e programas de saúde culturalmente sensíveis e contextuais. Em última análise, é necessário um compromisso coletivo e colaborativo de profissionais de saúde, autoridades governamentais e líderes comunitários para desenvolver e implementar políticas de saúde que abordem as necessidades únicas das comunidades quilombolas e promovam a equidade em saúde para todos.

As sugestões dos profissionais de saúde sobre a melhoria do acesso à saúde para os homens quilombolas enfatizaram estratégias de compartilhamento de informações e conscientização, por meio de palestras e eventos, abordando apenas uma parte do problema. Por mais que o compartilhamento de informações e a conscientização sejam importantes para promover a saúde preventiva, essas estratégias por si só não são suficientes para superar as barreiras estruturais, culturais e sociais que os homens quilombolas enfrentam ao acessar os serviços de saúde.

Olha, tem que procurar várias ferramentas para estar acessando esse povo, integrando ele na sociedade cada vez mais. As ferramentas, eu acho que é mais isso que eu falei, mais divulgação, mais acesso mesmo às coisas do quilombo, quais são os seus direitos, quais são os seus deveres, o que você tem direito aqui na saúde, o que você tem direito na educação, para ele estar mais inserido, acho que é isso. Acho que é isso (Profissional de Saúde 2, 46 anos).

Tem palestra, tem os folhetos que a gente entrega nas palestras, que é entregue também para as esposas, para elas conversarem com seus maridos, então a gente trabalha bem, no caso aí só mesmo a dureza mesmo deles (Profissional de Saúde 4, 58 anos).

Nós aqui, fazemos a nossa parte, nós aqui todas, sempre nós, nos três meses que eu tenho aqui, já participamos, fizemos aqui duas palestras aqui, quando chegou o outubro rosa, chamamos as mulheres, fizemos atividades aqui, por aí está mais pouco, por aí, e acolheu muita gente aqui, muita mulher, tanto mulher como homem, e em novembro também fizemos o novembro azul, e vimos palestras aqui, como (confraternizamos) [00:10:20] aqui, com muitos pacientes daqui da unidade e parte da população também aqui. Mas acho que se podia fazer mais também nesse sentido, entendeu? Então, da maneira de, pelo menos uma, duas vezes por mês, para fazer esse tipo de atividades, buscando o que? Conscientizar e eliminar às vezes certas barreiras mentais que existem nas pessoas para chegar na procura de serviços de saúde (Profissional de Saúde 7, 56 anos).

A dependência excessiva de palestras e eventos para promover a conscientização pode ser limitada devido à falta de engajamento contínuo e sustentável. Essas iniciativas podem ter um impacto inicial, mas sem acompanhamento e suporte contínuo, é improvável que resultem em mudanças significativas e duradouras no estímulo a busca por cuidados de saúde pelos homens quilombolas. No mais, o foco exclusivo em estratégias de conscientização pode negligenciar outras questões de desigualdades estruturais que influenciam o acesso à saúde para os homens quilombolas.

Portanto, os profissionais orientam suas práticas a partir dos conhecimentos que possuem, podendo estar frequentemente produzindo e reproduzindo estereótipos de gênero (VASCONCELOS et al., 2019). A ausência de preparo profissional para lidar com as questões ligadas à saúde do homem pode ser o fator principal para que aconteça a falta de mobilização para inserir os homens na UBS, pois esses profissionais não reconhecem as necessidades e demandas desse público (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Observou-se que a ausência de recursos materiais e humanos, a falta de capacitação dos profissionais de saúde podem ser fatores que dificultam a implementação de atividades destinadas ao público masculino, impossibilitando o acolhimento e o atendimento integral da população masculina, uma vez que a maioria dos profissionais não estão capacitados, há pouca atenção direcionadas ao desenvolvimento de ações para os homens. Cumpre ressaltar que o acolhimento e inclusão dos homens nos serviços de saúde são fundamentais para que estes se sintam como sujeitos de cuidado (CARNEIRO

et al., 2016). E a APS é um campo privilegiado para o desenvolvimento dessas práticas devido à proximidade com a comunidade.

Para superar as barreiras que impedem a integralidade do cuidado masculino é essencial que os profissionais busquem manter a igualdade de direitos e serviços, respeitando as necessidades e particularidades de cada grupo populacional e desmistificando essa noção de que a ausência de autocuidado é algo restrito ao mundo masculino (MOREIRA; CARVALHO, 2016). É necessário a articulação entre o político, social e técnico científico para se alcançar o atendimento integral da população quilombola.

Verifica-se a partir de algumas falas que os profissionais reconhecem que o grande desafio de saúde masculina é fazer com que os homens cheguem aos serviços de saúde. Para além das dificuldades descritas sobre o público masculino, é necessário superar a cultura machista, a falta de investimentos em estrutura física e a pouca qualificação profissional.

Nessa direção, é possível observar que há um déficit de capacitação dos profissionais de saúde em relação às demandas do público masculino, principalmente sobre os riscos de adoecer e morrer, as situações de vulnerabilidades, a construção social das masculinidades e as percepções sobre saúde e autocuidado (JÚNIOR et al., 2022). É urgente a necessidade de atenção para a organização dos serviços e a inclusão da população masculina nos atendimentos da APS.

Não é sobre responsabilizar os serviços de saúde ou os homens pelo baixo acesso a APS, mas sim considerar que esse debate perpassa a organização e disponibilização dos serviços de saúde, bem como as questões culturais, sociais, políticas e econômicas (KNAUTH et al., 2012). Diz respeito também a compreender que o cuidado em saúde pode ser analisado como uma estratégia firmada entre os profissionais de saúde, usuários e serviços de saúde com o objetivo de alcançar melhor qualidade de vida e bem-estar da população (SILVA et al., 2023). Nessa direção, reconhecer o perfil dos grupos populacionais, compreendendo que as concepções socioculturais interferem na percepção dos homens sobre um estilo de vida saudável, é uma ferramenta fundamental para planejar intervenções profissionais. Uma vez que o acolhimento e o vínculo com a equipe de saúde

são essenciais para que os homens sintam que estão tendo suas demandas ouvidas e solucionadas (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Conclui-se que é perceptível que a saúde do homem é um desafio para o sistema, pois ainda não é trabalhada de forma integral. É urgente que os profissionais conheçam os objetivos, princípios e diretrizes da PNAISH, pois somente assim poderemos implementar ações eficazes de prevenção e promoção à saúde para o público masculino, proporcionando mudanças no acolhimento da população masculina nos serviços de saúde. É necessário mudar essa visão simplista de julgar os homens como culpados pelas suas escolhas, precisamos de um olhar para a saúde do homem como complexa e multifatorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades quilombolas enfrentam múltiplos desafios no acesso à saúde, como a desigualdade geográfica, educacionais, falta de infraestrutura adequada, escassez de profissionais de saúde, além do racismo institucional, as desigualdades de gênero e as disparidades socioeconômicas. O racismo institucional presente nas instituições públicas que marginalizam e discriminam essas comunidades, resultando em alocação inadequada de recursos de saúde e em práticas discriminatórias por parte dos profissionais de saúde. As desigualdades de gênero que podem influenciar e limitar o acesso dos homens aos serviços de saúde, devido as construções sociais de gênero. Por fim, as disparidades socioeconômicas, decorrentes da estruturação de nossa sociedade capitalista, também impactam significativamente o acesso à saúde, com os homens quilombolas enfrentando barreiras adicionais devido à falta de recursos financeiros e a falta de infraestrutura adequada em suas comunidades. Esse contexto reflete as desigualdades históricas enfrentadas por essas populações, especialmente para os homens quilombolas.

Dessa forma, elencar, debater e refletir sobre os desafios que impactam no acesso à APS pelos homens é um desafio complexo por estar relacionado aos eixos de opressão de raça, gênero, classe, além de outras dimensões como cultura, organização dos serviços e formação dos profissionais. Assim, verificou-se a existência de desafios culturais, institucionais e administrativos para implementação de um cuidado integral para os

homens quilombolas, que perpassa pela necessidade de educação permanente dos profissionais e da implementação de políticas sociais específicas.

Além disso, temos um movimento duplo, uma vez que é preciso haver, ao mesmo tempo, uma alteração de percepção pelos homens sobre importância dos cuidados em saúde e ao autocuidado, os profissionais de saúde também necessitam de formação para uma atenção à saúde que considere as especificidades da atenção a grupos que necessitam de um acolhimento cuidadoso. Nessa direção, a PNAISH tem como norte a humanização e a qualidade do atendimento, que se relacionam com a promoção, reconhecimento e respeito dessa população em que os atendimentos devem ser direcionados pela universalidade e equidade das ações, objetivando a identificação e eficaz intervenção nas necessidades desses grupos. Para isso ocorrer, é fundamental que se tenha profissionais capacitados, horários diferenciados, insumos, equipamentos, dentre outros. Então, por mais que a PNAISH trouxe avanços significativos para o debate de acesso à saúde pelos homens, analisando o cenário em questão, nota-se que há necessidade de mais políticas educativas eficazes, visando a adesão da população masculina a APS.

Desse modo, percebe-se que a PNAISH ainda não alcançou a sua efetiva implementação e articulação com a APS, sendo necessário pensar estratégias que contribuam para sua implementação e reconhecimento dos homens como sujeitos de direitos. Uma vez que a saúde masculina segue padrões ditados pelos aspectos culturais, educacionais e sociais. Assim, a inserção dos homens aos serviços de saúde depende da organização e disponibilidades destes serviços, pois a maioria prioriza outros aspectos da vida. Portanto, a escolaridade, classe social, condições de trabalho e conjugal podem ser fatores que levam ao aumento da procura dos homens pelos serviços de saúde.

A interseccionalidade de raça, classe social e gênero produzem e reproduzem estereótipos e expectativas nos níveis institucionais, acarretando a invisibilidade das necessidades de saúde masculina. Portanto, raça, gênero e classe social são marcadores estruturais que determinam como ocorrerá o acesso e utilização dos serviços de saúde pelas populações, pois desempenham um papel de manutenção da ordem social na sociedade capitalista impossibilitando que diversos grupos populacionais não consigam acessar os direitos básicos.

Portanto, o acesso à saúde pelos homens quilombolas é frequentemente afetado por múltiplas formas de discriminação, sendo essencial implementar políticas e programas de saúde que levem em consideração não apenas as necessidades de saúde física, mas também os aspectos sociais, culturais e econômicos que influenciam o bem-estar dessas comunidades, confrontando as interseções complexas entre racismo, discriminação de gênero e desigualdade de classe social.

Assim, verificamos que o Quilombo Mesquita enfrenta lacunas persistentes no reconhecimento institucional e na garantia de direitos básicos para seus habitantes. A invisibilidade política e econômica, aliada à falta de apoio estrutural, mostra a necessidade urgente de políticas públicas que reconheçam e fortaleçam as comunidades quilombolas. Nesse sentido, apresentamos a seguir algumas estratégias que podem ser adotadas para melhorar o acesso a saúde pelas comunidades quilombolas, mais especificamente pelos homens quilombolas.

- 1) **Criação de Programas de Saúde Específicos:** Desenvolver programas de saúde voltados especificamente para a população quilombola, considerando suas necessidades particulares e respeitando suas tradições culturais.
- 2) **Equipe de Saúde Interdisciplinar:** Formar equipes de saúde que incluam profissionais de diversas áreas, como assistentes sociais, antropólogos e educadores, para abordar as complexidades das barreiras de raça, gênero e classe social.
- 3) **Campanhas de Conscientização:** Realizar campanhas de conscientização sobre a importância da saúde preventiva e a utilização regular dos serviços de saúde, adaptadas à linguagem e às especificidades da comunidade quilombola.
- 4) **Unidades Móveis de Saúde:** Implementar unidades móveis de saúde para levar serviços essenciais diretamente às comunidades quilombolas, reduzindo as barreiras geográficas e de transporte.
- 5) **Parcerias com Lideranças Locais:** Estabelecer parcerias com líderes comunitários e organizações quilombolas para facilitar a comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde, promovendo uma abordagem colaborativa.

- 6) **Incentivos Financeiros:** Oferecer incentivos financeiros para profissionais de saúde que optem por trabalhar em regiões quilombolas, incentivando uma distribuição mais equitativa dos serviços.
- 7) **Consulta Participativa nas Decisões:** Adotar práticas de consulta participativa, envolvendo os homens quilombolas na tomada de decisões sobre ações em saúde que os afetam diretamente.
- 8) **Atendimento Culturalmente Competente:** Oferecer treinamento para profissionais de saúde sobre a cultura quilombola, visando a compreensão e respeito as crenças, práticas e valores culturais dos quilombolas, promovendo um atendimento integral.
- 9) **Atendimento Domiciliar:** Oferecer serviços de saúde domiciliar, especialmente para idosos e pessoas com mobilidade reduzida, facilitando o acesso a cuidados médicos.
- 10) **Integração com a Medicina Tradicional:** Estimular a integração da medicina tradicional quilombola com os serviços de saúde convencionais, respeitando e valorizando as práticas culturais locais.
- 11) **Programas de Educação em Saúde:** Desenvolver programas educativos em saúde, abordando temas relevantes para a comunidade quilombola, como doenças prevalentes, cuidados com a saúde reprodutiva e prevenção de doenças crônicas.
- 12) **Horários Flexíveis de Atendimento:** Oferecer serviços de saúde fora do horário comercial para acomodar as demandas de trabalhadores quilombolas que podem enfrentar restrições de tempo.
- 13) **Promoção da Saúde Masculina:** Desenvolver campanhas e programas específicos de promoção da saúde voltadas para os homens quilombolas, incentivando a busca por cuidados preventivos e abordando temáticas relacionadas à saúde do homem.
- 14) **Ações de Prevenção de Doenças Específicas:** Concentrar esforços em programas de prevenção de doenças que afetam desproporcionalmente os quilombolas, como a hipertensão e a diabetes.
- 15) **Programas de Saúde Mental:** Implementar programas de saúde mental que considerem as pressões específicas enfrentadas pelos homens quilombolas, abordando questões de estigma cultural e social.

- 16) **Pesquisas Participativas:** Realizar pesquisas participativas para entender melhor as necessidades específicas da população quilombola e adaptar os serviços de saúde de acordo com essas informações.
- 17) **Atividades Preventivas nas Escolas:** Introduzir programas de educação em saúde nas escolas quilombolas, destacando a importância da prevenção e cuidados com a saúde desde a juventude.
- 18) **Campanhas Anti-Estigma:** Lançar campanhas específicas para combater estigmas associados à procura de cuidados de saúde, promovendo uma atitude positiva em relação ao autocuidado.

Estas estratégias, quando implementadas de maneira integrada, podem contribuir significativamente para melhorar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos homens quilombolas, considerando a dimensão interseccional de raça, gênero e classe social. Nesse sentido, a pesquisa apontou a necessidade de realização de mais estudos e pesquisas sobre o acesso à APS pelos homens quilombolas, visando compreender, analisar e intervir as barreiras específicas que esse público enfrenta ao buscar cuidados de saúde. Uma vez que as investigações não só identificam os determinantes sociais de saúde que cercam o processo saúde-doença, como é essencial para formulação de políticas sociais e práticas profissionais de saúde equitativas, almejando garantir o acesso igualitário aos serviços de qualidade e promover o bem-estar dessa população historicamente marginalizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁGUAS, C. P. Terra e estrutura social no Brasil: exclusão e resistência das comunidades negras quilombolas. **Revista Angolana de Sociologia**, n. 10, p. 131–148, 1 dez. 2012. Disponível em: < <https://journals.openedition.org/ras/274>> . Acesso: 26 de dez. de 2022

AGUIÃO, S. **Quais políticas, quais sujeitos? Sentidos da promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil (2003 - 2015)**. Cad. Pagu, Campinas, n. 51, e175107, 2017.

AITH, F. et al. **Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica.** R. Dir. sanit. São Paulo, v.15 n.1, p. 10-39, mar./jun. 2014.

ALENCASTRO, L.F. **O Trato dos Viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul.** São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

ALMEIDA, C. B. et al. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. **Avances en Enfermería**, v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019.

ALMEIDA, M. V. Gênero, masculinidade e poder: Revendo um caso do sul de Portugal. **Anuário antropológico**, v. 20, n. 1, p. 161-189, 1996.

ALMEIDA, S. **Capitalismo e crise: o que o racismo tem a ver com isso?** 2017. Disponível em: encurtador.com.br/ksOSU. Acesso em: 20 de ago. de 2022

ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

ALMEIDA, S. **Racismo estrutural.** Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ALMEIDA, S. L. **Capitalismo e crise: o que o racismo tem a ver com isso?.** 2020.

ANJOS, R. S. A. **A territorialidade dos quilombos no Brasil contemporâneo: uma aproximação.** 2013.

ANJOS, R. S. A. **Quilombolas: tradições e cultura da resistência.** São Paulo: Aori Comunicação, 2006.

ARAÚJO, E.; SILVA, G. M. Racismo e violência contra quilombos no Brasil. **Confluências| Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito**, v. 21, n. 2, p. 196-208, 2019.

ARAUJO, M. D. P. et al. **Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural.** 2019. Dissertação Mestrado Profissional. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48531>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

ARAÚJO, M. G. et al. Saúde do homem: ações e serviços na estratégia saúde da família. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 264-271, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34094>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

ARAÚJO, M. V. R.; TEIXEIRA, C. F. S. Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no Brasil em torno de uma política de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e220246pt, 2022.

Associação Brasileira de Antropologia. **Documento do Grupo de Trabalho sobre Comunidades Negras Rurais**, Rio de Janeiro: 1994, p. 81-82.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 9-18, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Kdc66VGB5mXkMnHTHYkzVPv/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

BARROSO, M. F. **Notas para o debate das relações de exploração-opressão na sociedade patriarcal-racista-capitalista**. Serviço Social & Sociedade, p. 446-462, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7j9vg6SZxtg6bxSDqc9CHLd/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 71-80, 2005.

BATISTA, L. E. et al. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de saúde Pública**, v. 38, p. 630-636, 2004.

BEHRING, E. R. Ajuste fiscal permanente e contrarreforma no Brasil da redemocratização. In: SALVADOR, Evilasio.; BEHRING, Elaine. LIMA, Rita de Lourdes. (orgs). **Crise do capital e fundo público: implicações para o trabalho, os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2019.p.43 a 67.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. Cortez editora, 2017.

BEHRING, E. R. **As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital**. In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. CFESS, Brasília, 2009.

BENTO, B. Gênero: uma categoria útil de análise?. **Revista de História Comparada**, v. 16, n. 1, p. 15-50, 2022.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: **Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil** / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras) Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BERNARDINO-COSTA, J. Decolonialidade e interseccionalidade emancipadora: a organização política das trabalhadoras domésticas no Brasil. **Sociedade e Estado**, v. 30, n. 1, p. 147–163, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/tjznDrswW4TprwsKy8gHzLQ/abstract/?lang=pt> > . Acesso: 13 de mar. de 2023.

BERTOLINI, D. N. P.; SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 722-727, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ZN5j8Q58Rgwwht3q5WMLyTt/>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

BEZERRA, J. A. B. **A vulnerabilidade do homo/bissexual masculino negro ao HIV/AIDS: um retrato da realidade brasileira**. 2022. 134 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

BEZERRA, V. M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, p. 1835-1847, 2014.

BIROLI, F. **Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil**. Boitempo Editorial, 2018.

BOBBIO, N. **Dicionário de Política**. Brasília: Editora UnB, 1992.

BOITO JR., A. A (difícil) formação da classe operária. In: **Marxismo e ciências humanas**. São Paulo: Xamã, 2003.

BOLA, J. J. **Seja homem: a masculinidade desmascarada**. Tradução Rafael Spuldar. Porto Alegre: Dublinense, 2020.

BOSCHETTI, I. S. **Limitações do estado social capitalista contemporâneo: expropriações, acumulação, exploração e violência**. JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 12, p. 1-13, 2020.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006. 322 p.

BRAGA, R. **Kalungas: comunidades quilombolas no coração do Brasil**. 1. ed. Porto Alegre [RS]: Buqui, 2019.

BRANDÃO, C. R. **Reflexões sobre como fazer trabalho de campo**. Sociedade e Cultura, V. 10, N. 1, jan./jun. 2007, P. 11-27.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Economia. **IPEA. Política Social acompanhamento e análise. Nº 28. Igualdade Racial**. Brasil: 2021. Disponível em:. Acessado em: 18 de novembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 3. Ed. Brasília-DF: 2017. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf>. Acessado em: 02 dezembro 2020.

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. **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.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

BRAVO, M. I. S et al. **As lutas pela saúde nos anos 2000: A participação da Frente Nacional Contra A Privatização Da Saúde**. In: SILVA, Alessandra Ximenes da; NOBREGA, Mônica Barros da; MATHIAS, Thaísa Simplício Carneiro (Organizadoras). Contrarreforma, Intelectuais e Serviço Social: As inflexões na Política de Saúde. João Pessoa (PB): UFPB, 2017. E-book. P. 157-175.

CABRAL, F.; DÍAZ, M. Relações de gênero. SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE BELO HORIZONTE; FUNDAÇÃO ODEBRECHT. **Cadernos afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar**. Belo Horizonte: Gráfica e Editora Rona Ltda, p. 142-150, 1998.

CAITANO, S. C. **Genocídio da Juventude Negra Brasileira: um olhar crítico sobre o valor da vida**. Monografia (Graduação) - Universidade Federal de Ouro Preto, Instituto de Ciências Econômicas Aplicadas, Departamento de Ciências Sociais, Jornalismo e Serviço Social.

CAMPOS, E. M.; CASSIN, M. Classes sociais em Marx e no marxismo, uma aproximação. **Impulso**, v. 28, n. 72, p. 129–138, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/item/002973431>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

CARDOSO, C. S. et al. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1037, 4 abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110258>>. Acesso: 13 de mar. de 2023.

CARLOTO, C. M. **O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais**. Serviço social em revista, Londrina, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001.

CARNEIRO, L. M. R. et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 554-563, 2016. Disponível em: <<https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/5301>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

CARVAHO, L. S. Condenados ao tronco, ao ferro e à prisão: o encarceramento como expressão do genocídio antinegro no Brasil. 2020. 124 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/38614>> . Acesso: 23 de jan. de 2023.

CARVALHO, R. M. A.; LIMA, G. F.C. Comunidades quilombolas, territorialidade e legislação no Brasil: uma análise histórica. **Política & Trabalho**, n. 39, 2013.

CARVALHO, V. L. **A condição histórica e as formas de organização do negro no Brasil: os desafios impostos pelo racismo, do escravismo colonial ao capitalismo dependente**. Trabalho de Conclusão de Curso, 2021.

CASHMORE, E. **Dicionário de relações étnicas e raciais**. São Paulo: Summus, 2000.

CASTELO, R. A “questão social” nas obras de Marx e Engels. **Revista Praia Vermelha**, v. 20, n. 1, p. 85-94, 2010.

CAVALCANTI, J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 628-634, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/788Rdv7GTmx8TNyPxXQ8BDB/?lang=pt>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais**. 2011. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idCon> . 30 out 2021.

CEOLIN, G. F. Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, p. 239-264, 2014.

CESAIRE, A. **Discurso sobre o colonialismo**. Lisboa: Sá da Costa Editora, 1978.

CHAGAS, M. F. A política do reconhecimento dos “remanescentes das comunidades dos quilombos”. **Horizontes Antropológicos**, v. 7, n. 15, p. 209–235, jul. 2001. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ha/a/3D9Bzj3M5nqSFnCv6ptSXmS/abstract/?lang=pt>> . Acesso: 26 de dez. de 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. [s.l.] Boitempo Editorial, 2020.

CONNELL, R. W. **Políticas da masculinidade**. In: Educação e realidade. Jul-dez, 1995.

CONNELL, R.; PEARSE, R. Gênero, uma perspectiva global: compreendendo o gênero—da esfera pessoal à política—no mundo contemporâneo. 1. reimp. **São Paulo: nVersos**, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 03 de junho de 2020.

CORTEZ, M. B. et al. Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 18, n. 2, p. 556–566, 25 jul. 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/362/36252193022.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

COSTA, R. G.; RAFAEL, J. C. **QUESTÃO SOCIAL E SUA PARTICULARIDADE NO BRASIL: IMBRICAÇÃO ENTRE PATRIARCADO-RACISMO-CAPITALISMO**. *Temporalis*, v. 21, n. 42, p. 77-93, 2021. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/36479>>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569–2578, out. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fxNTB7rNKhG6VPT94gpS4Dj/?format=html&lang=pt>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 257-270, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/5Dgnp7BfTBdtckz4KMMxsC/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis , v. 10, n. 1, p. 171-188, Jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2020.

DALOSTO, C. D.; DALOSTO, J. A. D. POLÍTICAS PÚBLICAS E OS QUILOMBOS NO BRASIL: da Colônia ao Governo Michel Temer. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, n. 1, p. 545-564, 2018.

DALT, S.; BRANDÃO, A. A. COMUNIDADES QUILOMBOLAS E PROCESSOS DE FORMAÇÃO DE IDENTIDADES NO BRASIL CONTEMPORÂNEO. **Revista Univap**, v. 17, n. 29, p. 41, 29 ago. 2011. Disponível em: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/12>> . Acesso: 19 de set. de 2022.

RODRIGUEZ, S. S. Um breve ensaio sobre a masculinidade hegemônica. **Diversidade e Educação**, v. 7, n. 2, p. 276-291, 2019.

DIANGELO, R. **Fragilidade branca**. Tradução Anelise Angeli De Carli. Dossiê Racismo ISSN 2175-8689 – v. 21, n. 3, 2018.

DIAS, E. G. et al. Comportamentos de saúde e fatores associados à procura dos homens pelo Serviço Primário de Saúde. **Espaço para a Saúde**, v. 23, 2022. Disponível em: <<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/839>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

DIMENSTEIN, M. et al. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica - Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 205, 29 out. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>>. Acesso: 13 de mar. de 2023.

DOMINGUES, P. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo**, v. 12, p. 100-122, 2007.

DULCI, T. M. S.; MALHEIROS, M. R. Um giro decolonial à metodologia científica: apontamentos epistemológicos para metodologias desde e para a América Latina. **Revista Espirales**, v. 5, n. 1, p. 174-193, 2021. Disponível em: <<https://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/perspectivascontemporaneas/article/view/2958>>. Acessado em: 10 mar. 2021.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Juiz de Fora: UFJF, 2005.

FAUSTINO, D. M. **A equidade racial nas políticas de saúde**. In: BATISTA, Luís Eduardo; et al. *Saúde da População Negra*. 2.ed. Brasília – DF: Obpn, 2012. 372 p. p.92-121.

FERNANDES, F. **A integração do Negro na Sociedade de Classes**. volume 1 e 2. Editora Globo: São Paulo, 2008.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**, RJ/Guanabara. 1987.

FERNANDES, F. **O significado do protesto negro**. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

FERNANDES, F. **Significado do protesto negro**. São Paulo: Expressão Popular, 2017.

FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e Classes Sociais na America Latina**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FERRAZ, C. L. Marxismo e teoria das classes sociais. **Politeia - História e Sociedade**, v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/politeia/article/view/3835>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

FERREIRA, M. C. Desafios da política de atenção À saúde do homem:: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. **Revista Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 1555-1569, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/202>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

FIABANI, A. O quilombo antigo e o quilombo contemporâneo: verdades e construções. **Simpósio Nacional de História**, v. 24, p. 1-10, 2007.

FIGUEIREDO, A. M. Política Pública de Saúde à População Quilombola: a realidade de Sertão/RS. **rd.uffs.edu.br**, 1 fev. 2021. Disponível em: <<https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4662>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105–109, mar. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/W7mrnmMQP6jGsnvbnj7SG8N/abstract/?lang=pt>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

FONTANELLA, B. J. B. et al. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2008, v. 24, n. 1 p. 17-27.

FRANÇA, A. M. B. et al. Saúde do homem na atenção básica: fatores que levam os homens a não procurar a assistência de saúde. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 6, n. 3, p. 191-191, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.grupotiradentes.com/fitsbiosauade/article/view/9260>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937–943, 20 maio 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/abstract/?lang=pt>> . Acesso: 26 de dez. de 2022.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**, v. 2, p. 64-89, 2002.

GATTO, M. DA R. et al. CAPITALISMO, ESTADO E RACISMO: TRÍPLICE DEVORADORA DE SONHOS A QUESTÃO SOCIAL E O ADOLESCENTE ACUSADO DE ATO INFRACIONAL. **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019**, v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1733>> . Acesso: 26 de dez. de 2022.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Revista de Administração de empresas, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GÓES, E. F. **Mulheres negras e brancas e o acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades**. 2011.

GOMES, F. S. Sonhando com a terra, construindo a cidadania. In. PINSKY, J.; PINSKY, C. B.(Orgs.). **História da Cidadania**. São Paulo: Editora Contexto, 2008.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1829-1842, 2013.

GOMES, N. L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre as relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: **Educação anti-racista: caminhos abertos pela lei federal nº 10639/ 03**. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2005.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825–829, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/t6nWbpXxcWR9rxZL7bXMxxD/abstract/?lang=pt>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 901–911, maio 2006. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2006.v22n5/901-911/>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

GOMES, W. S. et al. Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.30, n.3, e190624, 2021. Disponível em: . Acessado em 14 out. 2021.

GONÇALVES, R. Quando a questão racial é o nó da questão social. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 514-522, set./dez. 2018.

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

GONZALEZ, L. **Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa...** Diáspora Africana: Filhos da África, 2018.

GORENDER, J. **O escravismo colonial**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1978.

GROSGOUEL, R. **Para uma visão decolonial da crise civilizatória e dos paradigmas da esquerda ocidentalizada**. In: Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico / organizadores Joaze Bernardino-Costa, Nelson Maldonado-Torres, Ramón Grosfoguel. — 1. Ed. — Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. (Coleção Cultura Negra e Identidades).

GUIMARAES, A. S. A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: ED. 34, 1999.

GUIMARÃES, C. M. Mineração, quilombos em Minas Gerais no século XVIII. In: REIS, J. J.; GOMES, F. S. **Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

HARVEY, D. **A produção capitalista do espaço**. Annablume, 2005.

HASENBALG, C. A. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e Serviço Social**. *Revista Ser Social*, v. 6, 2000.

IANNI, O. **Escravidão e racismo**. São Paulo: Hucitec, 1978.

IANNI, O. **O colapso do populismo no Brasil**, RJ/Civilização Brasileira, 1971.

IANNI, O. **Raças e classes sociais no Brasil**. 3. ed., rev. e acrescida de novos capítulos. São Paulo: Brasiliense, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Estudos e Pesquisas • Informação Demográfica e Socioeconômica** • n.41. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-porcor-ou-raca.html>. Acesso em: 05 de fev. de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101678.pdf>. Acesso em: 05 de fev. de 2023.

JACCOUD, L. **Racismo e republica: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil**. In: As Políticas Públicas e a Desigualdade Racial no Brasil: 120 anos após a Abolição. THEODORO, Mario (Org.). Brasília, IPEA, 2008.

JORGE, A. L. O movimento social quilombola: considerações sobre sua origem e trajetória. **Vértices**, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 17, n. 3, p. 139-151, 2015.

JORGE, A. L.; BRANDÃO, A. L. A produção social da “questão quilombola” no Brasil. **O Social em Questão, Rio de Janeiro, ano XIX**, n. 35, p. 349-374, 2016.

JÚNIOR, C. D. S. et al. Saúde do homem na atenção básica: fatores que influenciam a busca pelo atendimento. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 2, p. 1-18, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26410>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

JUNIOR, H. A. C. Quilombo: patrimônio histórico e cultural. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 11, n. 129, p. 158-167, 2012.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

KNAUTH, D. R. et al. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2617-2626, 2012.

KNAUTH, D. R. et al. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2617-2626, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n10/2617-2626/pt>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

KYRILLOS, G. M. Uma Análise Crítica sobre os Antecedentes da Interseccionalidade. **Revista Estudos Feministas**, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/zbRMRDkHJtkTsRzPzWTH4Zj/abstract/?lang=pt>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

LEITE, D. et al. RACISMO, SAÚDE E COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS: REFLEXÕES DA FISIOTERAPIA. **Revista PET Interdisciplinar e Programa Conexões de Saberes On-Line**, v. 1, n. 1, 31 out. 2016.

LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, p. 965–977, 1 dez. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/PkRZPC6gwHRkLMMKkPxCvyd/?fo>> . Acesso: 19 de set. de 2022.

LEITE, I. B. **Os Quilombos no Brasil**: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, Vol. IV (2), 2000, pp. 333-354. Disponível em: <http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_04/N2/Vol_iv_N2_333-354.pdf>. Acessado em: 20 de nov 2021.

LENIN, V. I. **Uma grande iniciativa. Obras Escolhidas**, v. 3, 2. ed. São Paulo: Alfa-Ômega, 2004, 782 p.

LIFSCHITZ, J. Comunidades étnicas no Brasil e modernização. **Avá**, n. 18, 1 jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942011000100001> . Acesso: 19 de set. de 2022.

LIMA, C. S.; AGUIAR, R. S. Acesso dos homens aos serviços de atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 4, p. e157943027, 22 mar. 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3027>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

LIMA, C. **Estado, financiamento público e crise**, In: A ideia de universidade – rumos e **desafios**, Liber Livro/BSB, 2006.

LIMA, J. L. S. O lugar da população negra no mercado de trabalho e repercussões no seu acesso à previdência social. 2020. 146 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: < <https://repositorio.unb.br/handle/10482/39595>> . Acesso: 23 de jan. de 2023.

LOPES, F.; WERNECK, J. Saúde da população negra: da conceituação às políticas de direito. In: WERNECK, J.P. (org.) **Mulheres Negras: um Olhar sobre as Lutas Sociais e as Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: CRIOLA, 2009. Disponível em: . Acesso em: 22 jul. 2010.

LOURO, G. L. **Gênero, história e educação: construção e desconstrução**. Educação & realidade, v. 20, n. 2, 1995. Disponível em: <<https://bit.ly/3wvAJkk>> . Acesso em: 17 de fev. de 2021.

LUCENA, M. F. G. **Saúde, gênero e violência: um estudo comparativo Brasil-França sobre a saúde da mulher negra**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010.

LUGONES, M. Colonialidade e gênero. **Tabula Rasa**, n. 9, p. 73–102, 1 dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-24892008000200006&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

LUIZ, C. S. **Programa Brasil afroatidade como estratégia de política sócio-racial inclusiva**. 2010. 145 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: < <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6640>> . Acesso: 23 de jan. de 2023.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4503-4512, 2010.

MALCHER, M. A. F. **Identidade quilombola e território**. Comunicações do III Fórum Mundial de Teologia e Libertação. Belém, 2009. pp. 1-23.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. SP, Abril Cultural, 1990.

MANZANO, S. **Economia política para trabalhadores**. ICP, 2013.

MARQUES, C. E.; GOMES, L. A constituição de 1988 e a ressignificação dos quilombos contemporâneos limites e potencialidades: limits and potentialities. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 81, p. 137–153, fev. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/cBqCgMHm8vw4nKcxbQLx7SR/abstract/?lang=pt>> . Acesso: 26 de dez. de 2022.

MARX, K. **O 18 brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. *São Paulo: Boitempo*, 2013.

MARX, K. **O CAPITAL: Crítica da Economia Política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto comunista**, 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010, 270 p.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. Tradução de Rubens Erderle. São Paulo: BOITEMPO, 2015.

MASCARO, A. L. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATTOS, H. " Remanescentes das comunidades dos quilombos": memória do cativo e políticas de reparação no Brasil. **Revista USP**, n. 68, p. 104-111, 2006.

MATTOS, M. B. **A classe Trabalhadora de Marx ao nosso tempo**. 1.ed. – São Paulo: Boitempo, 2019.

MELLO, L. et al. Políticas públicas para população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Caderno Pagu**, Campinas, n. 39, p.403 a 429, Dec. 2012.

MÉSZÁROS, I. **A Crise estrutural do capital**. São Paulo, Boitempo,2009.

MÉSZÁROS, I. **Para além do leviatã**. Capítulo 01. Boitempo, São Paulo.2021.

MINAYO, M. C. S.(org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018. (Serie Manuais Acadêmicos).

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; ROMEU, G.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009. P. 9-29.

MIRANDA, H. R. et al. Desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3446-3453, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32932>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

MIRANDA, J. F. et al. O homem na busca dos serviços de atenção primária em saúde na cidade de Imperatriz-MA. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e56011124946-e56011124946, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24946>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação, Porto Alegre**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, M. C. N. et al. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2016.v32n4/e00060015/>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

MOREIRA, M. A.; CARVALHO, C. N. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265347623014.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

MOURA, C. **Brasil: raízes do protesto negro**. São Paulo: Global, 1983.

MOURA, C. **Dialética Radical do Brasil Negro**. Editora Anita - São Paulo: 1994.

MUNANGA, K. As Ambiguidades do Racismo à Brasileira. In: KON, N. M.; SILVA, M. L.; ABUD, C. C. (org.). **O racismo e o negro no Brasil: questões para a psicanálise**. São Paulo: Perspectiva, 2017. p. 71-90.

MUNANGA, K. Identidade, Cidadania e democracia: algumas reflexões sobre o discurso antiracistas no Brasil. In: SPINK, M.J.P (org). **A cidadania em construção uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994.

MUNANGA, K. Racismo da desigualdade à intolerância. In: **São Paulo em Perspectiva**. Revista da Fundação SEADE. p. 51-54, abril/ junho,1990.

MUSSI, R. F. F. et al. Inquérito de saúde em população quilombola baiana: relato de uma experiência em pesquisa epidemiológica. **Saude e pesqui. (Impr.)**, p. 675–685, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1119160>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

NASCIMENTO, B. **Uma história feita por mãos negras**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2021.

NERES, M. B. **Quilombo Mesquita: história, cultura e resistência**. Brasília, DF: Gráfica Conquista, 2016.

NERY, J. C. O que é racismo superestrutural? **Plural**, v. 29, n. 02, p. 98–117, 28 dez. 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/195868>> . Acesso: 23 de jan. de 2023

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da questão social. **Temporalis**, Brasília, n.3, 2001, p.41-49.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão popular, 2011.

NETTO, J. P. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social & Sociedade**, p. 413-429, 2012.

NETTO, J. P. **Economia política: uma introdução crítica**. Cortez Editora, 2021.

NKOSI, D. F. O pênis sem falo: algumas reflexões sobre homens negros, masculinidade e racismo. **Feminismos e masculinidades**. Eva Alterman Blay (org.). São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

OLIVEIRA, F. et al. Saúde da população negra. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 114, 2003.

OLIVEIRA, J. P. C. Acesso e utilização de serviços de saúde por mulheres quilombolas para a promoção da saúde reprodutiva. **repositorio.ufba.br**, 7 ago. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/23866>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

OLIVEIRA, L. H. B. **Homens quilombolas da comunidade de Mesquita-GO e masculinidades: percepções sobre raça, gênero e utilização dos serviços de saúde**. 2022. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Saúde em comunidade rural quilombola: Relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. **motricidade**, v. 8, n. 2, p. 83-88, 2012.

OLIVEIRA, S. R. et al. Baixa procura dos homens ao serviço de saúde: uma revisão de literatura. **Rev Dig Buenos Aires**, v. 188, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265347623014.pdf>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 9, pp. 2879-2890.

ORTEGAL, L. **Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora**. Serviço Social & Sociedade, p. 413-431, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zxQfQVHgVLVdr8ZMvQRHMkz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 de Ago. de 2022.

OSÓRIO, J. O Estado como Questão Política. *In*: OSÓRIO, Jaime. **O Estado no Centro da Mundialização: A Sociedade Civil e o Tema do Poder**. São Paulo: Outras Expressões, 2014. Cap. 1. p. 17-71.

OYĚWÙMÍ, O. Conceituando o gênero: os fundamentos eurocêtricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. **CODESRIA Gender Series**, v. 1, p. 1-8, 2004.

PACHECO, A. F. C. et al. Avaliação acerca da adesão dos homens no contexto da atenção básica à saúde no município de Itaperuna/RJ e suas repercussões. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 2, p. 5639-5648, 2023. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/58146>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

PEREIRA, L. L. **Repercussões do Programa Mais Médicos em comunidades rurais e quilombolas**. 2016. 250f. 2016. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/21281>>. Acesso em: 05 de mar. de 2022.

PEREIRA, L. L.; SANTOS, L. M. P. Programa Mais Médicos e Atenção à Saúde em uma comunidade quilombola no Pará. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 203-219, maio/ago. 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4755/475568055010/html/#:~:text=Os%20resultados%20apontaram%20que%20tanto,e%20amplia%C3%A7%C3%A3o%20de%20visitas%20domiciliares.>>. Acesso em 10 de dezembro de 2020.

PEREIRA, L. L. et al. **Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas**. Rev ABPN, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **ODEERE**, v. 5, n. 10, p. 280–303, 2020. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7883161>>. Acesso: 13 de mar. de 2023.

PEREIRA, S. M. et al. Acessibilidade dos homens a unidade básica de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 2, p. e108-e108, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/108>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Estado, sociedade e esfera pública. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. – Brasília : CFESS/ ABEPSS, 2009. 760p. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. v. 1).

PEREIRA-PEREIRA, P. A. **Política Social: temas e questões**. 2a ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PERES, A. D. Movimento quilombola e capitalismo no Brasil. **Universidade do Estado de Londrina-UEL**, Londrina, S/D.

PINHO, L. et al. Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1847-1855, 2015.

PINTO, R. P. **O movimento negro em São Paulo: luta e identidade**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. Traduzido por Rita Lima. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 4ª Ed.

PRATA, C.; LEITE, T. S. C. **Forma-mercantil e racismo estrutural: a manutenção do capitalismo enquanto razão essencial da violência de raça no contexto nacional**. *Revista de Direito*, v. 10, n. 2, p. 67-107, 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7085866>>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

PROCÓPIO, A. P. **O contrário de casa grande não é senzala. É quilombo! A categoria práxis negra no pensamento de Clóvis Moura**. Tese de Doutorado (Programa de Pós Graduação em Serviço Social) – UFRJ. Rio de Janeiro, 2017.

RAMOS, D. O. **Estado brasileiro, dispositivo de colonialidade e seguridade social: entre fazer e deixar morrer a população negra**. 2019. 136 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

REIS, C. Movimento negro e a relação classe/raça. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 40, 2004.

- REIS, R. R. **Masculinidades e famílias negras: algumas imersões necessárias.**
- RIBEIRO, A. A. M.; FAUSTINO, D. M. **Negro tema, negro vida, negro drama: estudos sobre masculinidades negras na diáspora.** Revista TransVersos, n. 10, p. 163-182, 2017.
- ROCHA, A. P. Segurança e racismo como pilares sustentadores do Estado burguês. **Argumentum**, v. 12, n. 3, p. 10-25, 2020.
- ROCHA, G. N. et al. Saúde do homem na atenção básica: prevenção e participação nos programas. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 12, n. 42, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1394>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.
- RODRIGUES, C. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 10, p. 1-12, 2013.
- RODRIGUES, T. A. et al. Entre resistências, avanços e retrocessos: um panorama sócio-histórico das comunidades quilombolas no Brasil e na região do Cariri Cearense. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e551101120087–e551101120087, 10 set. 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20087>>. Acesso: 19 de set. de 2022.
- SÁ, C. S.; AMARAL, S. T. AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS NO BRASIL. **ETIC - ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - ISSN 21-76-8498**, v. 3, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/1429>>. Acesso: 19 de set. de 2022.
- SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência.** 1. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SALVADOR, E. **Fundo público e conflito distributivo em tempos de ajuste fiscal no Brasil.** Castro JA, Pochmann M, organizadores. Brasil: Estado social contra a barbárie. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 367-88, 2020.

SANTOS, P. H. B.; PRÁ, K. R. D. A invisibilidade da saúde do homem nos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. 2017. Disponível em: <https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_084.pdf>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

SANTOS, T. C. **Estado, racismo e genocídio: imobilização social da população negra como mecanismo de genocídio**. Trabalho de conclusão de Curso, Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

SANTOS, V. C. et al. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUILOMBOLAS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, p. e1300015, 7 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/vnrJt5jF45c9m6KCcpdMKHg/abstract/?lang=pt>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

SANTOS, V. O. O racismo como elemento das relações sociais de produção: subsídios da articulação marxiana. **Cadernos Cemarx**, v. 14, p. e021013–e021013, 4 out. 2021. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/cemarx/article/view/15390>> . Acesso: 23 de jan. de 2023.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 961-970, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7–17, mar. 2005.

SCHUCMAN, L. **Branquitude e poder: revisitando o “medo branco” no século. XXI**. In: Revista da ABPN, v. 6, n. 13, p. 134-147. 2014.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. suppl 1, p. 108–116, dez. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/jX7KnKnRcH5rP5qK8cYlKzn/abstract/?lang=pt>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SILVA, A. et al. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 1966-1989, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7752>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

SILVA, G. S.; SILVA, V. J. Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. **Revista Mosaico - Revista de História**, v. 7, n. 2, p. 191–200, 13 ago. 2015. Disponível em: < <https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/mosaico/article/view/4120>> . Acesso: 19 de set. de 2022.

SILVA, I. D. C. **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, M. G. et al. AS CLASSES SOCIAIS EM MARX: retrospectiva e atualidade. **Cadernos CEPEC**, v. 10, n. 1, 5 jun. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/cepec/article/view/11708>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

SILVA, M. H. P. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática. **repositorio.ufba.br**, 10 dez. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/18346>> . Acesso: 13 de mar. de 2023.

SILVA, M. L. L. Trabalho e previdência social no Brasil no contexto de crise do capital. **O Social em Questão**, v. 18, n. 34, p. 137-160, 2015.

SILVA, P. H. G. et al. A avaliação da resistência masculina na busca aos serviços de saúde. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e19912340356-e19912340356, 2023. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40356>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

SILVA, S. **Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil**, SP/Alfa-Ômega, 1981, Partes I e II.

SOARES, E.O. Baobá da Saúde: A Implementação da Política de Saúde da População Negra em Porto Alegre. In: CANAVESE, D. et al. **Equidade étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 209 p.

SOUZA, L. K. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: <<https://bit.ly/3AVLfow>>. Acesso em: 28 de fev. de 2021.

SOUZA, M. L. Capitalismo e racismo: uma relação essencial para se entender o predomínio do racismo na sociedade brasileira. **Revista Katálisis**, v. 25, n. 2, p. 202–211, ago. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/C6N8TfK97tq9XXbmgG9nJcv/abstract/?lang=pt>> . Acesso: 23 de jan. de 2023.

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

SOUZA, N. S. **Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2021.

SOUZA, R. R. As representações do homem negro e suas consequências. **Revista Fórum Identidades**, v. 6, p. 97-115, 2009.

TAYLOR, K.Y. **Raça, classe e marxismo**. Revista Outubro, n. 31, p. 177-196, 2018. Disponível em: <<http://www.marxists.info/portugues/tematica/ano/mes/90.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, 2011.

TEIXEIRA, D. B. S. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 29 dez. 2016.

Disponível em: <<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985>>. Acesso: 15 de mar. de 2023.

TEIXEIRA, D. B. S.; CRUZ, S. P. L. C.. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 2016.

THEODORO, M. L. **As políticas públicas e desigualdade racial 120 anos após a abolição**. Brasília: IPEA, 2008.

THEODORO, Mario. **A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil**. In: *As Políticas Públicas e a Desigualdade Racial no Brasil: 120 anos após a Abolição*. THEODORO, Mario (Org.). Brasília, IPEA, 2008.

TONET, I. “**Qual política social para qual emancipação**”. In: *Revista SER Social*, Brasília, v. 17, n. 37, p. 279-295, jul. -dez. /2015.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VASCONCELOS, I. C. B. L. et al. Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 9, p. 16340-16355, 2019. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/3418>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

VIANA, A.N.D. et al. Política de saúde e equidade. **São Paulo em perspectiva**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007>. Acesso em: 25 jan. 2020.

VIANA, N. Capitalismo e racismo. **Capitalismo e questão racial**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Corifeu, 2009. Disponível em: <encurtador.com.br/denpG>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, v. 17, p. 120-127, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/qDhzcFKp6jY3t3znGcm8fBp/>>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2020.

WILLIAMS, E. **Capitalismo e escravidão**. Trad. Denise Bottmann. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

XAVIER, S. Q. et al. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma Unidade Básica de Saúde. **Enfermería Global**, v. 14, n. 4, p. 44-75, 2015. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/193091>. Acesso em: 15 de mar. de 2024.

APÊNDICE A - ROTEIROS SEMIESTRUTURADOS PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS E USUÁRIOS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
NÚCLEO DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS (NAAPP)

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS HOMENS QUILOMBOLAS:
INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE SOCIAL.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PROFISSIONAIS

1- Caracterização/Identificação do entrevistado:

Primeiro nome; Idade, raça/cor, profissão, tempo de trabalho na comunidade; vínculo empregatício.

1. Como você percebe o acesso à saúde pelos homens quilombolas nesta região?
2. Quais as principais demandas dos homens quilombolas?
3. Quais são as principais barreiras enfrentadas pelos homens quilombolas para acessar os serviços de saúde?
4. Na sua percepção, existe alguma barreira específica relacionada à raça, gênero ou classe social que dificulte o acesso desses homens aos serviços de saúde?
5. Na sua opinião, existem desigualdades e/ou discriminações que influenciam nesse processo?
6. Pesquisas demonstram que mulheres vão mais ao médico do que os homens. Baseado na sua experiência qual seria o motivo para os homens irem menos ao posto de saúde?
7. Você acredita que as políticas públicas voltadas para a saúde da população quilombola são suficientes? Pode me citar algumas delas? Se não, quais mudanças você sugere que sejam feitas? Quais as dificuldades para atender a comunidade quilombola?
8. Quais estratégias poderiam ser adotadas para melhorar o acesso à saúde por essa população?



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
NÚCLEO DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS (NAAPP)**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS HOMENS QUILOMBOLAS:
INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA, GÊNERO E CLASSE SOCIAL.**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

USUÁRIOS

1- Caracterização/Identificação do entrevistado:

Primeiro nome; Idade, raça/cor, escolaridade, trabalho e emprego, renda, beneficiário de programas do governo.

1. O que é saúde para o senhor?
2. Quando o senhor precisa acessar o serviço de saúde, como ocorre esse processo?
3. O senhor acha que existem desigualdades e/ou discriminações para utilizar os serviços de saúde?
4. O senhor acha que os homens frequentam menos os serviços de saúde que as mulheres? Caso a resposta seja afirmativa: Na sua opinião, por que os homens frequentam menos os serviços de saúde que as mulheres?
5. Você acha que a UBS fornece atividades suficientes que previnem as doenças?
6. O senhor acha que na sociedade existe diferença de tratamento entre pessoas por causa de sua cor de pele, classe ou gênero (perguntar a cada categoria separadamente)? Por quê?
7. Você já teve alguma experiência de discriminação racial, de gênero ou de classe durante o atendimento em uma unidade de saúde? (perguntar a cada categoria separadamente).
8. Já sentiu que foi tratado de forma diferente por algum profissional de saúde? Se sim, pode falar sobre esse episódio?
9. O que você acha que precisa melhorar no sistema de saúde público? Como você acha que isso poderia ser feito?

ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL CEP/CHS

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acesso aos serviços de saúde pelos homens quilombolas: interseccionalidade de raça, gênero e classe social

Pesquisador: LUIS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73913423.5.0000.5540

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Política Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.491.590

Apresentação do Projeto:

Inalterado em relação ao parecer consubstanciado n. 6.464.997 emitido pelo CEP/CHS no dia 27 de Outubro de 2023

Objetivo da Pesquisa:

Inalterado em relação ao parecer consubstanciado n. 6.464.997 emitido pelo CEP/CHS no dia 27 de Outubro de 2023

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Inalterado em relação ao parecer consubstanciado n. 6.464.997 emitido pelo CEP/CHS no dia 27 de Outubro de 2023

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa conforme às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares e os aspectos apontados parecer consubstanciado n. 6.464.997 emitido pelo CEP/CHS no dia 27 de Outubro de 2023 apresentou os documentos solicitados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador conforme parecer consubstanciado n. 6.464.997 emitido pelo CEP/CHS no dia 27 de Outubro de 2023 apresentou os documentos solicitados.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 6.491.530

- (1) carta de resolução das pendências destacadas;
- (2) Folha de rosto assinada pela Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Política Social
- (3) termo de voz e imagem

Recomendações:

O projeto de pesquisa conforme às exigências das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e complementares e os aspectos apontados parecer consubstanciado n. 6.464.997 emitido pelo CEP/CHS no dia 27 de Outubro de 2023 apresentou os documentos solicitados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191166.pdf	31/10/2023 12:58:29		Aceito
Outros	cep_CHS_modelo_termo_de_autorizacao_para_utilizacao_de_imagem_e_som_de_voz.pdf	31/10/2023 12:57:52	LUIS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta_de_resolucao.pdf	31/10/2023 12:56:42	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	31/10/2023 12:53:05	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Lucelia.pdf	04/09/2023 17:17:08	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Luis.pdf	04/09/2023 17:15:50	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevistas_Usuarios.pdf	28/08/2023 17:59:24	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
Outros	_Roteiro_Entrevistas_Profissionais.pdf	28/08/2023 17:57:48	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/08/2023 17:56:20	LUIS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_Revisao_Etica.pdf	28/08/2023 17:50:47	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
Solicitação	Carta_de_Encaminhamento.pdf	28/08/2023	LUIS HENRIQUE	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 6.491.530

Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_de_Encaminhamento.pdf	17:49:10	BELEM DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	28/08/2023 17:48:11	LUIS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia.pdf	28/08/2023 17:47:21	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_Institucional_Secretaria_de_Sau de.pdf	28/08/2023 17:45:51	LUIS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_Institucional_Quilombo.pdf	28/08/2023 17:44:23	LUIS HENRIQUE BELEM DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/08/2023 17:43:22	LUIS HENRIQUE BELEM DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 07 de Novembro de 2023

Assinado por:
ANDRE VON BORRIES LOPES
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 E-mail: cep_chs@unb.br