



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO- TCC

**Homens quilombolas da comunidade de Mesquita-GO e masculinidades:
percepções sobre raça, gênero e utilização dos serviços de saúde.**

Discente: **Luís Henrique Belem de Oliveira**
Orientadora: **Prof^ª.Dr^ª. Lucélia Luiz Pereira**

Brasília-DF
2022

Luís Henrique Belem de Oliveira

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (ICH/UnB)- Departamento de Serviço Social, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

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

Brasília-DF
2022

**Homens quilombolas da comunidade de Mesquita-GO e masculinidades:
percepções sobre raça, gênero e utilização dos serviços de saúde.**

Trabalho de Conclusão de Curso

Departamento de Serviço Social- SER/UnB

Luís Henrique Belem de Oliveira

Banca Examinadora

Orientadora

Prof^a Dr^a. Lucélia Luiz Pereira

Departamento de Serviço Social- SER/UnB

Examinadora interna

Prof^a Dr^a. Maria Elaene Rodrigues Alves

Departamento de Serviço Social- SER/UnB

Examinadora Externa

Dalila Maria de Fátima Lisbôa

Assistente Social do Instituto Federal de Brasília

À Marinalva, minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, dando todo o suporte para que eu pudesse alcançar o tão sonhado diploma.

Mulher negra, baiana, campesina, guerreira e sábia.

Essa monografia é nossa, mãe!

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a. Lucélia Luiz Pereira, orientadora, por ter me auxiliado e contribuído na construção desse trabalho, pela oportunidade de desenvolver trabalhos científicos sob sua orientação, pelas palavras de conforto e compreensão nos momentos de dificuldades. A senhora é uma inspiração, uma referência profissional que desejo ser e por quem nutro um carinho gigantesco.

À Prof^a Dr^a. Maria Elaene Rodrigues Alves e Dalila Maria de Fátima Lisbôa, por terem aceito participar da banca qualificadora e 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 do Programa de Educação Tutorial, do Afroatitude, dos grupos de estudos e pesquisas NAAPP e GEMPP, por toda aprendizagem e conhecimentos coletivos que ultrapassam os muros da universidade.

Aos meus pais, Marinalva e Adalberto, por sempre serem minha base e estarem comigo em todos os momentos. Sonhamos juntos com a conclusão dessa etapa e ela chegou, graças a vocês. 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, torcida e confiança creditas a mim. Vocês são as melhores irmãs desse mundo. Aos meus sobrinhos Ana Cláudia, 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 graduação.

Às amigas de graduação, que levarei para vida, Bruna, Tamires, Natália, Deuzite, Carolina, Gabrielle, Laís, Elyane, Beatriz, Jéssica, Anastácia, Laylla, Vitória e Allana, pelos diálogos, estímulos, contribuições e afetos.

Aos professores do Departamento de Serviço Social da UnB, por todo conhecimento compartilhado, pela dedicação em ensinar, por auxiliar na formação de Assistentes Sociais críticos e comprometidos com a transformação da sociedade.

RAÍZES

Raízes vitais, raízes ancestrais
Raízes de sangue, raízes viscerais
Raízes profundas, que correm nas veias
São córregos, trilhas, são mapas da aldeia
Raízes no chão que pisamos quilombo
Raízes marcadas na pele, pichadas no muro
E guardadas no ombro
Fotografadas no sub e inconsciente
Raízes sob o céu, raízes intensas
Em tom de sépia, o tom da pele é preta
Raízes Unganga, destino desde menino
Mamãe, papai, vovó, catimbó Olorum-nação
Raízes que andam se espalham no chão
Ancestral, sementes pra nascer novo tom
Raiz é poema, em alto em bom som

BRUNO ANDRADI

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo central apreender as percepções dos homens quilombolas sobre acesso à saúde, raça e gênero. Para tal, busca analisar como as relações sociais e vivências como quilombolas repercutem nas representações dos homens sobre raça e gênero e de que forma estas influenciam no acesso e utilização dos serviços de saúde. Realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema, visando a busca de informações em publicações científicas, que pudessem auxiliar na fundamentação teórica e na reflexão e discussão crítica, bem como foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 homens quilombolas na Comunidade de Mesquita-Goiás. A partir da análise desses dados, verificou-se há uma grande iniquidade étnico-racial e de gênero no acesso à saúde pelos homens quilombolas, devido a socialização em uma sociedade racista, machista e preconceituosa, em que essas particularidades e especificidades da sociedade brasileira aprofunda e intensifica todas as desigualdades já existentes, como também produz novas. Desta forma, conclui-se que há elementos que indicam uma profunda desigualdade de raça e gênero, e que para alcançarmos uma maior igualdade é preciso provocar mudanças estruturais em nossa sociedade.

Palavras-chave: Gênero, Racismo, Masculinidade, Quilombola, Saúde.

ABSTRACT

The main objective of this work is to apprehend the perceptions of quilombola men about access to health, race and gender. To this end, it seeks to analyze how social relationships and experiences as quilombolas affect men's representations of race and gender and how they influence the access and use of health services. A bibliographic review was carried out on the subject, aiming at the search for information in scientific publications, which could help in the theoretical foundation and in the reflection and critical discussion, as well as semi-structured interviews with 15 quilombola men in the Mesquita-Goiás Community. From the analysis of these data, it was verified that there is a great ethnic-racial and gender inequity in access to health by quilombola men, due to socialization in a racist, sexist and prejudiced society, in which these particularities and specificities of Brazilian society deepen and intensifies all existing inequalities, as well as producing new ones. In this way, it is concluded that there are elements that indicate a profound inequality of race and gender, and that in order to achieve greater equality it is necessary to bring about structural changes in our society.

Keywords: Gender, Racism, Masculinity, Quilombola, Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos entrevistados	18
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF88	Constituição Federal de 1988
DF	Distrito Federal
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
GO	Goiás
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NAAPP	Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PIBIC	Programa Iniciação Científica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

Sumário

Introdução	12
Caracterização da Comunidade e Percurso Metodológico	15
Sobre a comunidade	15
Método e procedimentos metodológicos	16
CAPÍTULO 1 Política de saúde no Brasil: refletindo sobre a estruturação e desigualdades.	19
1.1 Política de saúde e o Sistema Único de Saúde: breve histórico e importância.	19
1.2 Estado burguês racista e o desmonte do SUS: reforço das desigualdades estruturais. ...	25
1.3 O Estado e a luta constante dos sujeitos pela ampliação de direitos.	29
CAPÍTULO 2 O sistema estrutural brasileiro de produção e reprodução do racismo .	32
2.1 Raça e racismo: a cor da pele é o que importa.	32
2.2 Afinal, o que é racismo?	33
2.3 Racismo: manutenção e produção de desigualdades.	36
CAPÍTULO 3 Patriarcado e masculinidades: sistemas de poder e subordinação	40
3.1 Construções de gênero e o sistema de subordinação.	40
3.2 Divisão sexual do trabalho: a determinação do cuidado e tarefas domésticas como feminino.	42
3.3 Masculinidades: a existência de duas masculinidades e a distribuição desigual de poder entre elas.	44
CAPÍTULO 4 População quilombola e saúde	49
4.1 Refletindo sobre o quilombo e o Sistema Único de Saúde	49
4.2 Homens quilombolas e saúde	54
4.3 Percepções dos homens quilombolas de Mesquita sobre acesso e utilização dos serviços de saúde	57
4.4 Percepções dos homens quilombolas de Mesquita sobre papéis de gênero, machismo e racismo.....	63
Conclusão	70
Referências bibliográficas	72

Introdução

A produção científica sobre o acesso à saúde pela população quilombola no Brasil é reduzida (VIEIRA; MONTEIRO, 2013; PEREIRA et al., 2015; PEREIRA; MUSSI, 2020). As comunidades quilombolas estão cercadas por um conjunto de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas, culturais e políticas- dentre outras, que constituem o debate sobre a sociedade brasileira na atualidade. Dessa forma, as comunidades quilombolas demandam uma atenção diferenciada, pois o processo histórico de discriminações e exclusão, impõe a essa população uma realidade marginalizada comparada à população brasileira em geral. Alguns pesquisadores da temática demonstram em seus trabalhos que esse grupo vive situações de vulnerabilidade, em decorrência do racismo perpetuado na sociedade, acarretando em iniquidades em saúde (PEREIRA; MUSSI, 2020). Denunciar tal realidade é central, pois as iniquidades em saúde são sistemáticas e relevantes, mas também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS; PELLEGRINI, 2006). É importante pensarmos que o lugar ocupado socialmente por esses grupos na nossa sociedade está ligado as questões históricas, políticas, econômicas, sociais e as desigualdades devem ser analisadas a partir da interseccionalidade das dimensões de raça e gênero.

As populações quilombolas reivindicam desde sempre seu direito à permanência, visando o reconhecimento legal de seus territórios ocupados, suas crenças, práticas e valores, bem como lutam para ter acesso aos outros direitos básicos. Compõem a dinâmica da formação social brasileira, pois

O quilombo constitui questão relevante desde os primeiros focos de resistência dos africanos ao escravismo colonial, reaparece no Brasil/república com a Frente Negra Brasileira (1930/40) e retorna à cena política no final dos anos 70, durante a redemocratização do país. Trata-se, portanto, de uma questão persistente, tendo na atualidade importante dimensão na luta dos afrodescendentes (LEITE, 2000, p. 333).

A partir da Constituição Federal de 1988 (CF88) o termo quilombo passa a ser entendido como “remanescentes de escravos”. O decreto nº 4.887 de 2003, em seu artigo 2º, traz uma definição mais completa entendendo quilombo como sendo “[...] os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. Destarte, o conceito de quilombo ainda não possui um consenso, pois tem que ter como pressuposto a pluralidade dessas comunidades, por isso é um conceito ainda em construção. 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.

Considerando o tamanho populacional dos quilombolas, e sua importância na formação social e econômica do país, sua 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, a ideologia racista é mecanismo que justifica, naturaliza e legitima desigualdades, segregação e genocídio de populações consideradas minorias e o racismo estrutural continua tendo um papel fundamental na sociedade, de apoio a opressão colonial, compondo as organizações econômicas e políticas de nossa sociedade (ALMEIDA, 2019).

Resumidamente, a população negra no Brasil ainda hoje é sobrerrepresentada nos estratos sociais de mais baixa renda. Isso porque, a abolição da escravidão, foi também sustentada pela ideologia racista e etnocêntrica, que mantém e aprofunda, num outro padrão de acumulação, pós-abolição, as situações de desigualdades e a negação de cidadania aos negros, o que contribuiu para estruturar a situação de desigualdades sociorraciais (BRAGA, 2019).

Contudo, outra categoria que nos auxilia na compreensão desse processo de desigualdades é o gênero, pois explicita que a sociedade estabelece atribuições e responsabilidades aos indivíduos, baseada em critérios racistas, classistas e sexistas, em que ser mulher ou homem em nossa sociedade nos leva a perceber as questões de forma diferente, pois há uma distribuição de poder desigual entre os sexos. Contexto que é naturalizado pela ideologia patriarcal, ou seja, a dominação-exploração das mulheres pelos homens é vista como natural. Desse modo a desigualdade de gênero é determinada pela sociabilidade, pelas estruturas de poder e pelos sujeitos envolvidos nas relações sociais.

Entretanto, a existência de hierarquias de classe e raça influenciam na determinação das pessoas que terão total acesso ao poder estabelecido por essa estrutura, ocasionando na existência de duas masculinidades, a hegemônica e subordinada, em que a primeira, é entendida nesse trabalho, como sendo um modelo perverso, perigoso para os homens, afetando sua saúde mental e física, como também para todas as pessoas, uma vez que esse modelo busca excluir as variações de comportamentos masculinos e femininos que não se enquadram nas suas categorias.

Logo, a estruturação de uma sociedade capitalista, racista, patriarcal, como a brasileira, as desigualdades no acesso à saúde é uma realidade, mas alguns grupos são mais atingidos que outros, é o caso das comunidades quilombolas e a população negra em geral, que, historicamente, são expostas a diversas situações que dificultam o acesso aos serviços de saúde, uma vez que “o acesso aos serviços de saúde perpassa por questões sociais, interpessoais, estruturais, políticas, geográficas, econômicas, étnico-raciais, entre outras” (PEREIRA; MUSSI, 2020, p. 295-296). Os dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2015, apontam que a porcentagem da população negra que acessa o sistema público de saúde é menor que a população branca; que os negros encontram mais dificuldades para conseguir atendimentos e são a população que possui menos planos de saúde, se compararmos com a população branca. Além do mais, 23,3% dos negros já se sentiram discriminados nos serviços de saúde. Esse cenário pode indicar uma subutilização e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas populações quilombolas.

Posto isto, é notório que a saúde pública enfrenta diversos desafios para conseguir responder as demandas cotidianas postas pela população quilombola, mas a situação se agrava quando direcionamos o olhar para questões de saúde do sexo masculino, pois o acesso à saúde entre mulheres e homens ocorre de forma desigual.

Portanto, a escolha do tema fundamenta-se pela constatação de que há poucas produções acadêmicas sobre comunidades quilombolas, bem como o fato, comprovado por meio de pesquisas de iniciação científica e artigos, de enfrentarem um problema persistente de iniquidades em saúde. 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), no qual foi discutido sobre masculinidade e acesso à saúde dos homens quilombolas. Desse modo, foi a partir desta aproximação que percebeu lacunas e a necessidade de desenvolver mais a temática no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Considerando também que a realização de pesquisas/estudos sobre as barreiras e iniquidades no acesso dos serviços de saúde pela população quilombola são relevantes para subsidiar a construção de ações, planos, programas e políticas que possam ser mais inclusivos e que discutam os marcadores sociais de diferença, como raça/etnia e gênero, uma vez que afetam negativamente, em maior escala, a vida da população quilombola, interferindo no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o presente estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: Em que medida as percepções dos homens quilombolas sobre raça e gênero influenciam na utilização dos serviços de saúde ofertados em Mesquita-Goiás (GO)? Tendo como objetivo geral analisar de que forma as percepções dos homens quilombolas sobre raça e gênero influenciam na utilização dos serviços de saúde. E os objetivos específicos são: identificar as percepções dos homens quilombolas de Mesquita sobre raça, gênero e vivências de racismo e opressões; analisar as particularidades relacionadas as masculinidades dos homens quilombolas para o acesso à saúde e compreender/mapear a utilização dos serviços de saúde pelos homens quilombolas. De forma a nortear os caminhos a serem trilhados, adotou-se como hipótese que os homens quilombolas reproduzem no cotidiano a sociabilidade racista, patriarcal e sexista, realidade que influencia na utilização dos serviços de saúde.

De modo a cumprir os objetivos e responder o problema de pesquisa, este trabalho está dividido, para além da introdução, em quatro capítulos. Na introdução apresentamos a temática que será estudada, bem como contextualizamos o percurso e procedimentos metodológicos e o método utilizado para análise dos dados. O primeiro capítulo versa sobre o histórico da política de saúde no Brasil, sua importância e as desigualdades persistentes no acesso a saúde, além de discutir o papel do Estado na manutenção e reprodução das desigualdades. O capítulo segundo abrange a discussão sobre racismo, buscando dialogar sobre o seu significado e como este é um sistema de hierarquização entre raças, impondo aos negros a marginalização. O terceiro capítulo discute as construções de gênero, o sistema patriarcal e as masculinidades, demonstrando que há uma masculinidade que se beneficia desse sistema de exploração e opressão. Por último, no capítulo quatro, debatemos o acesso à saúde pela população quilombola, sobretudo a masculina, apresentando também seu significado e os resultados alcançados. Destaca-se que para realizar o debate teórico desse trabalho, foram escolhidas as seguintes categorias: raça/etnia, gênero, masculinidades, política de saúde e saúde quilombola.

Caracterização da Comunidade e Percurso Metodológico

Sobre a comunidade

A comunidade quilombola de Mesquita, localizada na área rural do município de Cidade Ocidental, GO, 48 quilômetros de Brasília-DF, compoendo a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Atualmente, de acordo com a liderança local, 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), 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 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*. (NERES, 2016, p. 106).

Dentre as principais atividades produtivas desenvolvidas pela comunidade, podemos citar a comercialização da marmelada, doce produzido artesanalmente pelos moradores, a partir do marmelo cultivado na região. Em todos os anos é realizada a Festa do Marmelo, que além de celebrar a cultivo, preserva as tradições culturais do quilombo, sendo, dessa forma, uma atividade importante para a comunidade (NERES, 2016). No que diz respeito à infraestrutura de serviços existentes na comunidade, há uma escola municipal de Ensino Fundamental, uma Unidade Básica de Saúde, um posto de Correios, além de uma pequena biblioteca e a sede da associação.

Método e procedimentos metodológicos

Esta pesquisa tem como método o materialismo histórico dialético por ser um método de pesquisa que, dentre outras contribuições, proporciona conhecimento teórico e análise dos determinantes históricos dos processos, partindo da aparência e visando a essência do objeto (NETTO, 2009). Dessa forma, possibilita o alcance do conhecimento da estrutura e da dinâmica do objeto pesquisado, na sua existência real e afetiva, extraíndo as suas múltiplas determinações, independente das representações do pesquisador (NETTO, 2009). Ademais, presume-se que os sujeitos assumem uma postura política de desvelamento da aparência, apontando suas contradições, suas bases ideológicas e as mediações com a realidade social. No mais, juntamente a este método, iremos utilizar a categoria de análise interseccionalidade, que “[...] é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação” (CRENSHAW, 2002, p. 177), nos permitindo compreender as dinâmicas das dominações estruturais.

É uma pesquisa qualitativa compreendida como 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 (GÜNTHER, 2006; GODOY; 1995). Em vista disso, trata-se de um estudo de caso, de caráter qualitativo, realizado na comunidade quilombola de Mesquita, sendo certificada pela Fundação Cultural Palmares¹ em 2006.

O projeto que deu base para a coleta de dados faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Saúde, gênero, raça e segurança alimentar: uma pesquisa-ação com inclusão produtiva na comunidade quilombola de Mesquita, GO”. A partir desse projeto guarda-chuva, foram formulados oito planos de trabalhos para serem submetidos ao PIBIC da Universidade de Brasília (UnB), todos foram aprovados, sendo quatro em cada ano. Dessa forma, o autor dessa proposta de pesquisa compôs o grupo de estudos e pesquisas Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas (NAAPP) durante dois anos, participou como voluntário do PIBIC e seus planos de trabalhos foram focados nos homens quilombolas buscando apreender as percepções e representações sobre raça, gênero, saúde e ser quilombola.

Antes da ida a campo, realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema, visando a busca de informações em publicações científicas relacionadas ao objeto de estudo desta pesquisa, que pudessem auxiliar na fundamentação teórica e na reflexão e discussão crítica da temática, as leituras e discussões dos textos ocorriam semanalmente. Depois elaboramos roteiro de entrevista focado no problema de pesquisa, com questões relacionadas à utilização dos serviços de saúde, gênero e raça, bem como questões que pudessem nos auxiliar na caracterização dos entrevistados, como: idade, escolaridade, raça, renda, trabalho e estrutura familiar. Para a realização das entrevistas, os discentes e a docente responsável², contaram com a ajuda de um membro da comunidade que nos acompanhou durante todo o processo da coleta de dados nos auxiliando na aproximação e realização do convite aos participantes.

As idas a campo ocorreram nos meses de fevereiro e março de 2020, período em que ainda não tinha sido decretada a quarentena por causa do vírus da COVID-19. Todos os participantes foram informados, esclarecidos e convidados a participar, voluntariamente, e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No mais, procurou-se respeitar os princípios da participação autônoma, da confidencialidade, da privacidade e do sigilo dos dados coletados.

¹ É uma instituição pública que tem como objetivo principal a promoção e preservação dos valores históricos, sociais, econômicos e culturais da população negra brasileira.

² Discentes: *Lara Lis Brito; Vitória Ferreira; Sthefane Santana*. Docente: *Lucélia Luiz Pereira*

Após a coleta de dados, transcrevemos as entrevistas e analisamos os dados a partir da técnica de análise temática, que segundo Souza (2019, p.52) “é um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos”. Assim, a partir da leitura das transcrições foram formulados temas e subtemas principais e elaborado CodeBook que deu base a escrita dos resultados.

Em relação ao perfil dos entrevistados, foram 15 homens negros com idades entre 19 e 82 anos. Optou-se por entrevistar homens maiores de 18 anos e o número de entrevistados, foi delimitado em campo pelo critério da saturação/repetições de informações. No que diz respeito a escolaridade, a maioria (9) possuem ensino fundamental incompleto. Do total, 8 não trabalham fora e dos 7 que trabalham, somente 4 tem carteira assinada. Em relação à renda, a maioria dos entrevistados (10) têm renda mensal no valor de um salário mínimo. No que tange à questão de quem toma as decisões e contribui nas despesas de casa, as respostas variaram, sendo que 5 disseram que eles próprios e 6 ele e a companheira. Quanto ao recebimento de benefícios governamentais, 11 não recebem, 3 recebem bolsa família e 1 recebe bolsa/assistência estudantil.

Tabela 1- Perfil dos entrevistados

		Quantidade dos entrevistados
Idade	18 A 25 Anos	3
	26 A 55 Anos	4
	56 Ou Mais	8
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	9
	Ensino Superior Incompleto	1
	Ensino Médio Completo	2
	Sem Estudo Formal	3
Ocupação	Trabalho Informal	3
	Trabalho Formal	4
	Desempregado	4
	Aposentado	4
Renda Mensal	Até 1 Salário Mínimo	10
	De 1 Até 2 Salários Mínimos	5
Beneficiário de algum programa social	Bolsa Família	3
	Assistência Estudantil	1
	Não é beneficiário	11

CAPÍTULO 1

Política de saúde no Brasil: refletindo sobre a estruturação e desigualdades.

1.1 Política de saúde e o Sistema Único de Saúde: breve histórico e importância.

A saúde pública brasileira é marcada por muitas mobilizações, lutas e conquistas da classe trabalhadora, por isso é um produto histórico. 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 30, entretanto, tivemos alguns avanços na década anterior. Em 1920 a saúde começa a ter relevância no discurso de poder, exemplo disso é a reforma Carlos Chagas de 1923 que visava a ampliação dos serviços de saúde com o poder público; ainda nesse período são postas questões relativas a higiene e a saúde dos trabalhadores, que irão acarretar na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) assegurando alguns benefícios para os trabalhadores formais como: a medicina curativa e o fornecimento de medicamentos. As primeiras categorias a terem acesso a esse sistema foram os ferroviários, estivadores e os marítimos (BRAVO, 2016).

No que tange a década de 30, podemos ressaltar alguns aspectos importantes para a compreensão dessa época, como: o processo de industrialização; a reorientação do papel do Estado e o surgimento das políticas sociais que visavam responder de forma orgânica, sistêmica e sofisticada as expressões da questão social. É nesse período que surge a medicina previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que buscava ampliar a cobertura de atendimento dos trabalhadores assalariados urbanos. As principais características da saúde era a ênfase nas campanhas sanitárias e a criação dos serviços de combate as epidemias (BRAVO, 2016).

Entretanto, foi no final da década de 70, 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; ANDREAZZI, 2017).

Assim, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) teve início durante o período de luta contra a ditadura militar, no qual percebe-se que era necessário alterações e modificações no âmbito da saúde. No ano de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo o marco mais importante na história da saúde brasileira, podendo ser considerada como a pré-constituente da saúde. De acordo com Arouca (1987) nessa assembleia, cujo tema era “Democracia e saúde”, participaram diversos sujeitos políticos da sociedade civil. Dessa forma, de acordo com Bravo e Andreazzi (2017), o Movimento Sanitário se solidificou na 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília- DF, na qual toda sociedade debateu sobre um novo modelo de saúde para o Brasil, tendo como principais reivindicações: a universalização da saúde; a saúde como direito e dever do Estado; reestruturação do setor de saúde através da estratégia do sistema único de saúde e a participação social e descentralização da gestão.

Entretanto, esse processo não ocorreu sem tensões, os diversos interesses sociais, políticos, econômicos e culturais existentes no Brasil colocaram em disputa diferentes projetos sanitários e societários, de um lado o projeto de Reforma Sanitária e do outro a Saúde Privatista vinculada ao mercado (BRAVO, 2006). Resultando no texto constitucional uma política que atendeu as principais reivindicações do Movimento Sanitário, mas que está sob ataques constantes pelo outro projeto.

Em 1988, com a CF88, temos uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais abrangendo três políticas: saúde, assistência e previdência. Em seu artigo 194 explicita que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Ou seja, estamos falando de um sistema integrado de políticas sociais, que tem como objetivo principal a garantia de bem-estar social para a população brasileira, agindo no combate às desigualdades postas pelo sistema capitalista, que ao se desenvolver produz compulsoriamente desigualdades.

Ademais, na CF88, em seu artigo 196 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 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.

Esse contexto é ratificado com a lei 8.080, de 1990, em seu artigo 2º ao afirmar que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, reforçando no inciso seguinte do mesmo artigo que é “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de luta histórica do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), foi, e é inspirado em valores como igualdade, democracia, emancipação, universalidade, integralidade, que estão inseridos na CF88. De acordo com Teixeira (2011), 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. Vão de encontro com a ideologia neoliberal de privatização da saúde.

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.

Entendendo, dessa forma, a saúde como fenômeno complexo que não se delimita somente à ausência de doenças, mas abrange as dimensões individuais, sociais e estruturais, com diferenças entre grupos populacionais e o contexto que estão inseridos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) corrobora com esse pensamento ao compreender saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Sabemos que o conceito de saúde não é consenso entre os estudiosos, é diverso porque reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, porém concordamos com essa definição, pois trabalha na direção de entendermos que saúde está além da ausência de doença, é perceber o indivíduo em sua singularidade e no seu contexto de vida.

Assim, o SUS, nos moldes do proposto pela RSB, pode levar a superação das desigualdades em saúde de diversas formas. Dentre elas podemos destacar a promoção da saúde, entendida aqui como sendo a atuação conjunta/diretamente com a população, trabalhando a compreensão sobre a importância da saúde no cotidiano. E assim promover melhorias na saúde, realizando atividades com foco na transformação de determinados comportamentos de riscos das pessoas, trabalhando os seus estilos de vidas e buscando promover mudanças nas formas de pensar e agir no que diz respeito ao autocuidado.

A promoção à saúde representa uma estratégia fundamental para conseguirmos enfrentar as múltiplas desigualdades existentes em nossa sociedade, pois entende o processo saúde-doença a partir de uma concepção ampla, procurando articular conhecimentos especializados e populares, bem como a mobilização dos diversos segmentos da sociedade: Estado, Movimentos Sociais, etc., estando ligada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, ação conjunta entre outros, que se relacionam com as cinco estratégias da Carta de Ottawa: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDMANN ET AL.,2006). Esses valores e estratégias/ações trabalhando de forma conjunta procuram garantir condições adequadas de vida e trabalho da população, ou seja, qualidade de vida e saúde para todos.

Outra forma de combate às desigualdades de acesso no SUS, é o desenvolvimento de ações que visam a promoção e prevenção da saúde, bem como assistência de dimensão coletiva,

com o objetivo de proteger a vida de milhares de indivíduos. As ações desenvolvidas pela política de saúde, são operacionalizadas em todos os níveis existentes da atenção à saúde para enfrentar problemas de saúde, buscando eliminar os riscos, danos possíveis e seus causadores. A maioria das ações de saúde costumam concentrar em componentes educativos, relacionando os riscos comportamentais que podem ser mudados. A Lei 8.080, de 1990, em seu artigo 6º, inciso I, explicita algumas das ações em saúde que precisam ser realizadas, a seguir: ações de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Logo, temos como fato concreto que o SUS possibilitou o aumento da população ao acesso aos cuidados de saúde, trouxe muitos avanços e continua buscando cumprir seus princípios de universalidade, igualdade, integralidade e equidade, 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 a saúde perpassam a vida dos indivíduos em diversos âmbitos.

Todavia, mesmo o SUS sendo pautado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, trazendo importantes transformações e avanços, não foram suficientes para implementar mecanismos de superação do racismo enfrentado pela população quilombola no acesso à saúde, bem como ainda não são suficientes para acabar com as iniquidades de gênero em saúde. Podemos observar que há desigualdades geográficas e sociais no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde, principalmente quando realizamos o recorte racial, 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, bem como as condições de vida e trabalho, os preconceitos e discriminações, também irão influenciar fortemente nas condições de acesso à saúde, delimitando e impondo desvantagens a determinados segmentos no acesso às políticas sociais.

Por isso, o reconhecimento de desigualdades no acesso à saúde proporcionou avanços em direção a equidade na saúde pública, possibilitando a implementação de importantes ações, programas e políticas específicas objetivando o enfrentamento das desigualdades e a garantia de um SUS para todos. Vale destacar que essas ações, programas e políticas são resultados de

reivindicações históricas das populações marginalizadas, que lutam cotidianamente para ter acesso adequado ao SUS. Nesse sentido, cabe lembrar alguns avanços que tivemos em relação à saúde pública que comprovam o compromisso do SUS com o enfrentamento das iniquidades em saúde. Iremos destacar algumas políticas e programas, que consideramos relevantes para a temática trabalhada neste estudo, como a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que implementa ações e planos destinados a atenção em saúde para a população negra, bem como

Define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão, voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2010, p. 07).

Essa política é tida pelos estudiosos como um marco histórico na busca por equidade em saúde entre os segmentos da sociedade. Entretanto, tivemos alguns programas que começaram a ser implementados antes da PNSIPN que são essenciais também, como o Programa Brasil Quilombola (PBQ), que

Compreende um conjunto de ações, denominada “Agenda Social Quilombola” (Decreto nº 6.261/2007), voltadas para a melhoria das condições de vida e ampliação do acesso a bens e serviços públicos das pessoas que vivem em comunidades de quilombos no Brasil. Essas ações são desenvolvidas de forma integrada pelos diversos órgãos do Governo Federal responsáveis pela execução dessas ações (MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS, 2018).

Ou seja, é uma política de Estado, criado pelo Governo Federal em 2004, com o objetivo de realizar um conjunto de ações integradas entre diversos órgãos governamentais com foco nas comunidades quilombolas. Podemos citar também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tem como meta principal a “reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde” (BRASIL, 2001, p. 05).

Contudo, mesmo com a implementação de programas, políticas e ações específicas para enfrentar as desigualdades, vimos que a política pública de saúde não superou os marcadores sociais, a exemplo: raça, gênero e classe. Nesse contexto, faz-se fundamental entendermos porquê o SUS, um grande mecanismo de combate às desigualdades, não alcançou a implementação completa de seus princípios e continua produzindo e reproduzindo preconceitos contra a população negra. Posto isto, o próximo tópico discutirá sobre o papel do Estado na sociedade capitalista e como o processo de contrarreforma do SUS é um reforço dos preconceitos estruturais em nossa sociedade.

1.2 Estado burguês racista e o desmonte do SUS: reforço das desigualdades estruturais.

Primeiramente precisamos compreender que a produção de desigualdades e a apropriação privada dos meios de produção é estruturante no sistema capitalista, explicita a estruturação de uma sociedade em classes sociais, onde cada classe possui suas particularidades e são conduzidas pela ideologia da classe dominante. Dessa forma, a ideologia dominante tem a capacidade de justificar, impor e manter mecanismos de opressões e desigualdades, visando a manutenção do capitalismo. Segundo Osório (2014), a organização da sociedade capitalista, baseada nas relações de exploração e dominação, se manifestará, estrategicamente, por meio do aparato de Estado, tendo em vista que o Estado é a representação da dominação de classe, das relações de poder e da violência concentrada, sendo um elemento essencial para organização da sociedade capitalista contemporânea.

Essa visão corrobora a compreensão de Mendel (1923) sobre o Estado, que segundo o autor, tem sua origem associada a origem da propriedade privada e ligada, de certo modo, a cisão dos setores públicos e privados da sociedade, possuindo um papel central no desmonte da saúde pública, uma vez que sua função fundamental no capitalismo tardio é resolver as dificuldades de supercapitalização e superacumulação, seja criando políticas que favoreçam a expansão do capital e/ou destruindo políticas sociais, que são vistas pelos neoliberais como gastos e afogamento do Estado.

Portanto, o Estado transforma-se em burguês se reconfigurando como “[...] produto e a manifestação do antagonismo inconciliável das classes” (LENIN, 2007, p. 25). Dessa forma, “[...] é um órgão de dominação de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra; é a criação de uma ‘ordem’ que legalize e consolide essa submissão, amortecendo a colisão de classes” (MARX *apud* LENIN, 2007, p. 25). Por isso, de acordo com

Rocha (2020), as relações estruturais no Estado Burguês estão fundamentadas na propriedade privada, na exploração da mais-valia e no acúmulo de capital. Desse modo, a escravidão revela que o racismo e o capitalismo sempre estiveram interligados (ROCHA, 2020), pois simultaneamente ao processo de solidificação do modo de produção capitalista ocorria a escravidão, sendo o racismo um pilar essencial para justificar a superexploração do povo negro.

Nessa direção, se entendermos a questão social ³ como produto do sistema capitalista, torna-se impossível desconsiderar que “[...] a questão racial e seu mais grave subproduto, o racismo, fazem parte das relações que impulsionam e dinamizam a sociedade burguesa” (GONÇALVES, 2018, p. 520). Dessa forma, o Estado burguês, ideologicamente, fundado com o pensamento neoliberal, tem o racismo como um de seus pilares, que continua nutrindo as condições precárias de vida da população negra (ROCHA, 2020). A questão de classe e étnico-racial se retroalimentam em função da manutenção da sociabilidade burguesa, uma vez que o Estado é a expressão de um projeto de sociedade da classe dominante e seu aparato de Estado (composto por instituições, funcionários, leis, normas, etc.) funcionará seguindo a mesma perspectiva, sob a lógica da ideologia política e econômica neoliberal, destruindo o sistema de proteção social historicamente conquistado por meio de muita luta da classe trabalhadora. É um modelo de sociabilidade que criminaliza corpos periféricos e não brancos, objetivando culpabiliza-los pelas contradições estruturais do sistema capitalista.

A vista disso, o Estado burguês é o que possibilita a articulação da rede de poderes, que perpassam todos os níveis da sociedade, influenciando diretamente nas relações étnico-raciais, uma vez que a população negra e população branca possuem relações de poder político e econômicos desiguais, o que, por conseguinte, interfere nas condições de vida e saúde das populações (SANTOS, 2019), assim, as relações étnicas também são relações de poder, dominação e exploração.

O capitalismo, o Estado, o racismo e o patriarcado estruturam a sociedade brasileira expropriando direitos, sonhos e vidas, uma vez que o capitalismo é a produção de desigualdades, dividindo a sociedade em classes; o Estado a expressão dos interesses da classe dominante (GATTO et al., 2019); o racismo e o patriarcado como mecanismos de dominação e manutenção da ordem capitalista, sendo utilizado pelo Estado burguês para organizar o

³ Aqui entendida a partir Iamamoto e Carvalho (2000) como sendo a manifestação de um conjunto complexo e multifacetado de desigualdades constitutivas da sociedade capitalista, que exige intervenção estatal.

processo de dominação necessário e essencial para o funcionamento do sistema capitalista, acarretado em um processo de violência, marginalização, encarceramento em massa e negação dos direitos básicos a população negra, estamos falando de genocídio dessa população (SANTOS, 2019).

A população negra historicamente tem sua existência marcada por um processo de genocídio⁴ e/ou subalternização contínuo, onde o Estado tem um papel fundamental para possibilitar o extermínio da população negra, seja por meio de seu aparato repressivo organizado (força policial, sistema judiciário e prisional), seja por omissão intencional, uma vez que sua atuação está direcionada para a manutenção das desigualdades oriundas desde o escravismo, que mantem a população negra nas condições precárias de reprodução social da vida (SANTOS, 2019).

O sistema capitalista ao se desenvolver produz compulsoriamente desigualdades, porém, no caso da população negra, as desigualdades são mais acentuadas por ser o racismo estruturante no país. No contexto do neoliberalismo, os mecanismos que destroem vidas negras foram aprimorados, e o genocídio é realizado de forma complexa e indireta, o Estado cria mecanismos que impossibilitam, ou possibilitam de forma precarizada, que a população negra tenha acesso à saúde. A população negra está submetida às condições de produção e reprodução de sua morte. É um genocídio que se evidencia na ausência das condições adequadas para viver, que é conduzido, estrategicamente, pelo Estado racista burguês. Trata-se de uma omissão do Estado para com a população negra, que muitas vezes provoca a morte.

A privatização da saúde compõe esse pacote intencional de genocídio da população negra, uma vez que mais de 80% dos negros dependem do SUS (PNS, 2019). Logo, para pensar o SUS e a RSB é preciso ter um olhar que ultrapasse as aparências midiáticas e o discurso neoliberal no Brasil. A predominância da doutrina neoliberal e a crise do capital são alguns dos obstáculos para a implementação efetiva de sistemas universais de saúde, como o SUS. É importante termos em mente que os valores dominantes na nossa sociedade capitalista são predominantemente direcionados para a diferenciação, individualismo e distinção em contraponto à solidariedade, coletividade e igualdade.

⁴ De acordo com Nascimento (1979) o genocídio pode ser entendido como “o uso de medidas deliberadas e sistemáticas (como morte, injúria corporal e mental, impossíveis condições de vida, prevenção de nascimentos), calculadas para a exterminação de um grupo racial, político ou cultural, ou para destruir a língua, a religião ou a cultura de um grupo.”

Posto isto, há um movimento de contrarreforma da saúde, que ocorre desde a década de 1989 até os dias atuais. Acontece ora de forma sutil e camuflado, ora de forma rápida e intensa, mas que depende de um conjunto de fatores como: nível de organização e comunicação dos trabalhadores; o modo de acumulação predominante; o papel do Estado e a existência de um governo capaz de se opor as tensões feitas pelo capital financeiro (SILVA, 2011), que pressiona o tempo todo o Estado para criar todas as oportunidades necessárias para manter seu nível de acumulação, essa pressão do capital financeiro em relação ao Estado brasileiro se dá por conta da crescente e questionável dívida pública.

No Brasil, de acordo com Behring (2019), existe um nítido aprofundamento do neoliberalismo, que se encontra no seu período mais intenso e profundo a partir do ano de 2019 com o governo Bolsonaro. Utilizando argumento falacioso neoliberal de que as crises ocorrem por causa do excesso de gastos públicos, tal governo provoca um aprofundamento do ajuste fiscal no país e beneficia os interesses do capital. As principais características dessa ótica neoliberal é a privatização, descentralização e focalização das políticas sociais, visando a transferência da proteção social realizada pelo Estado para o mercado, ou seja, a privatização dos benefícios da seguridade social. É no mercado que os benefícios devem ser encontrados e comprados, estamos vivendo o processo de mercantilização da seguridade social, contexto que favorece a perpetuação das iniquidades em saúde, principalmente para grupos tradicionais, dentre eles, as populações quilombolas, uma vez que ocupam os piores índices de renda no país, tornando a compra de serviços um obstáculo para esses indivíduos, isso significa deixar essas pessoas totalmente desamparadas, trata-se de genocídio.

Assim, mesmo a CF88 estabelecendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, temos como verdade que o Estado brasileiro por meio de seus poderes (executivo, legislativo e judiciário) não tem garantido as condições objetivas para a sustentabilidade do SUS. Segundo Paim (2018) o SUS, devido aos recursos insuficientes, enfrenta dificuldades na manutenção da rede de serviços e remuneração dos trabalhadores, o que conseqüentemente limita a possibilidade de ampliação da infraestrutura pública. Contexto que fortalece a ideologia de privatização, acarretando em um boicote passivo por meio do subfinanciamento público e um boicote ativo através de medidas adotadas pelo Estado que privilegia o setor privado.

O subfinanciamento do SUS, bem como os ataques com vista ao seu desmonte foram intensificados, reforçados pela crise econômica e pelas políticas de austeridade fiscal

permanente, tornando o SUS mais reduzido, com possibilidade de torna-se um simulacro (PAIM, 2018, p. 1724), impedindo que o sistema avance no combate às desigualdades. Estamos demonstrando que o Estado continua trabalhando na manutenção das desigualdades raciais e no projeto de morte da população negra.

1.3 O Estado e a luta constante dos sujeitos pela ampliação de direitos.

Contudo, o Estado está inserido na contradição entre o interesse coletivo e o individual. Os interesses dominantes precisam ganhar a aceitação da população, para isso o Estado, como garantidor dos interesses da classe dominante, busca passar uma visão de que mantém um papel independente, visando garantir a manutenção e reprodução das relações sociais estabelecidas pela ordem do capital. Entretanto, esse contexto não significa dizer que algumas necessidades da classe trabalhadora não possam ser atendidas pelo sistema capitalista. O Estado, neste caso, se mostra como um elemento viabilizador de direitos, mas somente quando percebe a necessidade de garantir a estrutura de dominação fundada pela propriedade privada, ou seja, quando há acirramento da luta de classes.

Por isso, a luta constante por direitos da população negra e quilombolas podem superar barreiras da invisibilidade e evidenciar a diversidade sociocultural do Brasil, proporcionando conquistas nos diversos âmbitos da sociedade, principalmente na saúde. Como, por exemplo, considerando que os fatores de riscos não estão distribuídos igualmente entre os segmentos da sociedade, o Estado poderia implementar política de promoção da saúde aliada aos determinantes sociais da saúde como importantes ferramentas na diminuição das iniquidades e na promoção de equidade em saúde, uma vez que a abordagem conjunta entre a promoção da saúde e os determinantes sociais da saúde pode contribuir para o enfrentamento e compreensão das desigualdades em saúde, buscando o bem-estar social em uma perspectiva mais ampla do cuidado em saúde (DURAND; HEIDEMAN, 2018, p. 02-06).

Bem como outros avanços mais imediatos, porém importantíssimos, como por exemplo: melhorar o trabalho das equipes de saúde na zona rural; melhorar a infraestrutura para os atendimentos e investimento na educação permanente dos profissionais para que esses possam compreender a cultura, modelo de vida e problemas de saúde predominantes nas comunidades quilombolas, tendo em vista que conhecer e respeitar às noções de saúde de cada comunidade é fundamental para um atendimento integral e de qualidade; e principalmente a inclusão dos grupos nas efetivas ações do Estado, buscando alcançar a justiça social, com políticas que

contemple as demandas específicas desse povo. Só assim será possível garantir a execução do princípio da equidade no acesso aos serviços e na atenção à saúde. Em vista disso, podemos compreender que o Estado possui um papel central na construção de ações, programas e políticas que possam combater as iniquidades em saúde.

Assim sendo, mesmo com suas dificuldades, o SUS implementado possui conquistas significativas para a classe trabalhadora, sendo essencial que continuemos a defesa do SUS constitucional e do SUS proposto pela RSB, com vista ao combate das desigualdades.

A partir desse panorama sobre a política de saúde no Brasil e o papel do Estado no sistema capitalista, iremos aprofundar o debate sobre raça, gênero e saúde, entendendo que os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), compreendidos como fatores econômicos, sociais, políticos, culturais, étnicos/raciais, influenciam no processo saúde-doença e nos fatores de risco da população. Assim, demonstram que as situações de saúde das pessoas estão relacionadas às suas condições de vida e trabalho, podendo com o tempo levar a diferentes níveis/escalas de riscos e necessidades de saúde (DURAND; HEIDEMAN, 2018; PEREIRA; MUSSI, 2020). Por isso, acreditamos que as iniquidades e desigualdades na saúde e na sociedade ocorrem de forma interseccional, impactando no acesso aos serviços de saúde pelos segmentos que vivenciam opressões.

O reconhecimento da existência de desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde permitem que avancemos em direção a equidade no SUS, por isso é essencial entendermos como as categorias raça e gênero influenciam no acesso aos serviços de saúde pela população quilombola. De acordo com Pereira e Mussi, (2020, p. 297) “a população negra está exposta a precárias condições de saúde e o fato da pessoa residir em áreas rurais constitui fator de risco potencial para ter dificuldades de acessar e utilizar os serviços de saúde”. Alguns estudos corroboram com esse pensamento, ao apontarem subutilização e indicarem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas populações quilombolas.

No campo da saúde, a OMS compreende o racismo como sendo um dos determinantes sociais no processo de adoecimento e morte, porém sabemos que a relação de determinantes não é simplesmente uma relação direta de causa-efeito, mas os estudos comprovam que os segmentos da sociedade que foram historicamente escravizados, explorados, perseguidos e segregados enfrentam maiores barreiras para acessar os serviços de saúde. Nessa direção os

próximos capítulos desse trabalho irão discorrer sobre raça, gênero e como esses marcadores sociais interferem no acesso a saúde dos homens quilombolas.

CAPÍTULO 2

O sistema estrutural brasileiro de produção e reprodução do racismo

2.1 Raça e racismo: a cor da pele é o que importa.

Foi no século XVIII que a cor da pele passou a ser considerada como um critério essencial e divisor d'água entre as raças branca, negra e amarela. Enquanto no século XIX incluiu-se ao critério da cor outros critérios morfológicos, como formato da cabeça, nariz, boca, lábios, etc (MUNANGA, 2003). Contudo, como explica Munanga (2003), os naturalistas dos séculos XVIII-XIX não limitaram seus trabalhos somente à classificação dos grupos humanos em razão das características físicas, desde o começo trataram de hierarquizar as raças, estabelecendo que os indivíduos da raça branca são superiores aos da raça negra e amarela, devido a cor de pele e seus traços morfológicos, servindo para justificar e legitimar os sistemas de dominação racial. Desse modo, foi utilizada como justificativa essa ciência falaciosa da raça branca ser vista como a mais inteligente, honesta, trabalhadora, mais adequada para comandar e dominar as outras raças, sobretudo a população negra retinta, considerada menos inteligentes, mais estúpida e desonesta, dessa forma mais submissa à escravidão e outras formas de dominação.

Por isso, segundo Munanga (2003, p.06), o conceito de raça é “(...) carregado de ideologia, pois como todas as ideologias, ele esconde uma coisa não proclamada: a relação de poder e de dominação”. Portanto estamos falando de uma categoria social de dominação e de exclusão, uma vez que

(...) a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, linguísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo à qual ele pertence. De outro modo, o racismo é essa tendência que consiste em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo, são consequências diretas de suas características físicas ou biológicas. (MUNANGA, 2003, p. 08).

Realizada essa breve explanação, vamos refletir sobre o cenário brasileiro. Primeira coisa que percebemos quando estamos falando sobre o racismo no Brasil é que para muitas pessoas é algo natural. O negro vive na miséria porque não possui qualidades, ao mesmo tempo que negam firmemente a existência do racismo, pois o discurso adotado no Brasil é que somos

todos brasileiros, o negro é bem tratado, tem os mesmos direitos que os brancos, só basta se esforçar que consegue alcançar a ascensão social.

Esse contexto dificulta o entendimento do sistema racista. Sabemos que são múltiplas as definições sobre o racismo e as vezes não dizem a mesma coisa, nem possuem um denominador comum. Por exemplo, quando utilizamos esse conceito no nosso cotidiano, por vezes, atribuímos conteúdo e significados diferentes, o que, por conseguinte acarreta controvérsias sobre quais seriam as soluções contra o racismo. Por isso é importante termos em mente que uma definição do racismo generalizada pode nos leva à banalização dos efeitos do racismo, esvaziando a importância e/ou a gravidade dos efeitos causados por esse sistema de dominação.

Portanto, neste capítulo, buscaremos discutir o racismo e como ele atinge a população negra e quais são suas consequências para nossa sociedade.

2.2 Afinal, o que é racismo?

O fato histórico do Brasil ter sido o último país a abolir a escravidão, deixou marcas profundas na sociedade brasileira. O regime escravagista brasileiro foi violento como nos outros países, houve naturalização da violência e genocídio contra a população negra. Ademais, o processo de abolição foi lento, consolidando o preconceito contra a população negra. De modo que a aguardada cidadania pós-abolição não aconteceu, os ex-escravizados encontraram uma série de dificuldades para conseguir seus direitos básicos. Como explicada Domingues (2007, p.120)

Com a extinção da escravidão, em 1888, e a proclamação da República, em 1889, a elite brasileira implementou políticas públicas alicerçadas nos postulados do “racismo científico e do darwinismo social e lançou o Brasil numa campanha nacional (...) para substituir a população mestiça brasileira por uma população ‘branqueada’ e ‘fortalecida’ por imigrantes europeus”. Os egressos do cativo e os afrodescendentes de um modo geral foram privados – ou tiveram dificuldades – de acesso ao emprego, à moradia, à educação, à saúde pública, à participação política, enfim, ao exercício pleno da cidadania.

Em vista disso, no Brasil as relações raciais, assim como as desigualdades existentes, culminaram em diversas questões persistentes tanto no período escravagista como no Brasil contemporâneo. Transformaram as aparências, porém a essência das relações raciais está

imutável, o escravagismo mantém-se intacto no Brasil. Essa conjunção nos dá apontamentos para compreender o racismo brasileiro atual.

A percepção que muitas pessoas têm sobre o Brasil é uma falácia, veem como um país multirracial, diverso e tolerante, onde os diferentes tons de pele vivem em harmonia, o que faz com que muitos acreditem que não haja discriminações, visão baseada principalmente na miscigenação. A sociedade brasileira se recusa a reconhecer a existência do racismo, tratando-o como velado ou até mesmo inexistente. Utiliza-se o discurso da igualdade perante a lei, de que todos são cidadãos, o que leva a perpetuação de uma visão de harmonia racial, quando na verdade permanece cotidianamente a discriminação racial. Dessa forma, quando os negros não conseguem alcançar posições de poder e ascensão social, atribui-se a uma questão individual. Esse discurso é fundamentado no mito da democracia racial, que é utilizado como ferramenta para encobrir a verdadeira realidade dos negros no Brasil.

Há, no Brasil, uma supremacia branca econômica, política e social, onde as pessoas brancas aparecem em nossa sociedade como modelo de humanidade, alvo de inveja e desejo das outras raças, consideradas não tão humanas, como a população negra. Contudo, para manter essa estrutura é preciso um forte investimento em um imaginário negativo da população negra, acabando com sua identidade racial, diminuindo sua autoestima, culpando-os pelo preconceito sofrido e justificando as desigualdades raciais (BENTO, 2002). Por isso, a ideologia racista e etnocêntrica, que permeou a prática escravista, acarretou não somente as atuais situações de desigualdades no acesso à direitos do negro no Brasil, como é ferramenta para a perpetuação do negro nessa mesma posição (BRAGA, 2019).

Esse é o retrato do Brasil, negam a existência das desigualdades raciais por meio da argumentação de inferioridade negra, apoiada na estigmatização/imaginário social criado, no qual o negro aparece como não inteligente, animal, selvagem e violento. Trata-se de uma estratégia para a manutenção do privilegio da branquitude, que junto com o sentimento de rejeição aos negros pode gerar a discriminação, como forma de garantir a manutenção e conquista de privilégios sobre outros grupos raciais (BENTO, 2002).

Somos um país racista que mascara o preconceito racial que ocorre, muitas das vezes, de forma sutil por meio 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. É importante ressaltar que a população negra é parte da construção da

identidade brasileira, porém por força do racismo é colocada à margem, o negro não está no passado, continuamos vivendo e buscando sobreviver as violências postas pela sociedade racista.

Assim, o que podemos perceber é que a ideologia racista aparece sendo utilizada em duas dimensões, a primeira como um elemento para justificar, naturalizar e/ou legitimar desigualdades, segregação e o genocídio de populações consideradas minorias e o racismo continua tendo um papel fundamental na sociedade, o de apoio a opressão colonial, uma vez que o racismo compõe as organizações econômicas e políticas de nossa sociedade, por isso, ele é sempre estrutural, se manifestando normalmente na sociedade, não sendo um fenômeno anormal (ALMEIDA, 2019). A segunda sendo compreendida como elemento socialmente elaborado, estando relacionada diretamente com a subordinação na reprodução das classes sociais, sendo assim, está ligada a reprodução da sociedade e distribuição dos sujeitos (GONZALEZ, 2018). Dessa forma, o racismo é um dos elementos fundamentais para a manutenção desse sistema capitalista, pois é um mecanismo de recrutamento para as posições na estrutura de classes (GONZALEZ, 2018).

Muitos estudiosos da temática racial, apresentam definições contundentes sobre o racismo. Lélia Gonzalez (2018, p.97) entende o racismo “(...)como articulação ideológica que toma corpo e se realiza através de um conjunto de práticas (isto é, discriminação racial), é um dos principais determinantes da posição dos negros e não-brancos dentro das relações de produção e distribuição”. Essa definição reforça que o racismo se torna parte da estrutura das relações sociais, políticas e econômicas, sendo um fenômeno que se multiplica e é praticado diante de nós cotidianamente. Enquanto Beatriz Nascimento (2006) compreende como sendo “um emaranhado de sutilezas”, podendo ser uma trama de fios finos e complexos, porém astuciosos. Demonstrando que o racismo é uma sofisticada rede, complexa e multifacetada, de pensamentos e ações, variável a depender do contexto.

Silvio Almeida (2019, p. 25) entende o racismo como sendo “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 para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencam”.

Nesse momento, faz-se necessário diferenciar o racismo de preconceito racial e discriminação racial, por mais que estejam interligados, possuem suas particularidades. Silvio

Almeida (2019, p.25-27) fala que o preconceito racial “é o juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racializado, e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias”. Enquanto a discriminação racial “é a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados”, sendo essa discriminação responsável por atribuir vantagens e/ou desvantagens aos grupos raciais, mas podendo ser usada de forma positiva na busca por equidade social. Já o racismo, como expressado anteriormente, tem um caráter sistêmico, ou seja, não é apenas um ato discriminatório ou um conjunto de atos, mas sim um processo em que as condições de subalternidade e de privilégio que são distribuídas entre os grupos raciais se reproduzem nos mais diversos âmbitos da sociedade.

Portanto, o racismo está presente em nossa vida cotidiana em sociedade e quando falamos de racismo, estamos falando de poder, de dominação de um grupo sobre o outro. O racismo é consequência da estruturação da nossa sociedade, está ligado à nossa formação social e suas particularidades, não é algo patológico, se trata da normalidade em que constituem as relações sociais nessa sociedade capitalista, por isso é estrutural. O racismo enquanto processo histórico e político cria condições sociais que possibilita a discriminação sistemática de grupos racialmente identificados, assim, o racismo é regra e não exceção na nossa sociedade, onde a expressão concreta do racismo ocorre por meio das desigualdades sociais, políticas, econômicas e jurídica (ALMEIDA, 2019), contexto que procuraremos demonstrar no seguinte tópico.

2.3 Racismo: manutenção e produção de desigualdades.

As desigualdades raciais não são apenas frutos do sistema de escravidão, mas também do período posterior a abolição, onde se substituiu a escravidão por um sistema de estratificação racial. Segundo Lélia Gonzalez (2018), o racismo, entendido como uma construção ideológica e um conjunto de práticas, foi perpetuado e reforçado após a abolição da escravatura, beneficiando interesses específicos. Uma das heranças deixadas pelo sistema escravagista foi a distribuição geográfica da população negra em regiões periféricas, com baixo nível de desenvolvimento social e econômico, situação que perdura até os dias atuais. É como se existisse dois Brasil's, um subdesenvolvido, que concentra majoritariamente a população negra, e um desenvolvido, que concentra majoritariamente a população branca. O racismo demonstra sua eficácia estrutural no estabelecimento de uma divisão racial do trabalho, que é compartilhada por todas as instituições contemporâneas (GONZALEZ, 2018). O negro vive a

segregação da sociedade, do acesso as condições para a ascensão social, por meio da discriminação e manutenção das desigualdades estruturais e sistêmicas.

De modo geral, o que vemos é que a população negra continua ocupando as posições de desvantagens na sociedade, sem ter acesso as riquezas construídas coletivamente, do país que construiu. Essa situação nos mostra que as minorias raciais, nas relações de produção capitalistas dominantes, em sociedades multirraciais não estão excluídas, ocupam um determinado papel, o de ser superexplorado.

Os dados da realidade brasileira são importantes nessa demonstração de como o racismo é uma ferramenta de manutenção e produção de desigualdades. Nesse sentido, utilizaremos os dados do documento “ Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2020”, do IBGE (2020), que tem como objetivo trazer subsídios para discussão sobre a realidade social do Brasil, baseado nos dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua 2012 a 2019.

Segundo o documento, a população negra possui maior quantitativo de pessoas inseridas em ocupações informais, empregados sem carteira de trabalho assinada, em comparação com a população branca. Em 2019, a população branca ganhava, em média, um total de 73,4% a mais do que a população negra. Em relação ao rendimento domiciliar per capita, a população negra teve rendimento de 981 reais, enquanto a população branca teve 1.948 reais. 77% da população negra compõe os 10% com menores rendimentos, em contraponto, a população branca compõe os 10% com maiores rendimentos. 70% da população negra está classificada como aqueles abaixo das linhas de pobreza (IBGE, 2020).

No que diz respeito aos domicílios que residem que possuem alguma inadequação, como: ausência de banheiro de uso exclusivo, paredes construídas com material não durável, adensamento excessivo e ausência de documento que comprove propriedade, 13,5 milhões eram de cor branca e 31,3 milhões de cor negra. Sobre a educação, os jovens negros, entre 18 e 24 anos, têm 18,9% de chances de frequentar ou concluir o ensino superior, já os jovens brancos possuem o dobro, 35,7%. Diferença que permanece quando analisado que a população branca, com 25 anos ou mais, 24,9% possuem nível superior e 11,0% da população negra (IBGE, 2020).

Outro documento que nos auxilia nessa análise é o “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil”, também do IBGE, que tem como fonte primária os dados da PNAD Contínua 2018. Sobre a taxa de homicídios, a população negra representava 98,5, e a população branca 34,0. No que tange a representação política, deputados federais eleitos, a população negra equivale a 24,4% contra 75,6% da população branca. No mercado de trabalho, em cargos gerenciais, 29,9% eram ocupados por pessoas negras e 68,6% por pessoas brancas (IBGE, 2018).

Mesmo diante desses dados, alguns poderiam falar que o sistema é justo, pois os brancos e negros sofrem as consequências da exploração capitalista, porém a opressão racial nos faz perceber que mesmo a população branca, que não detém os meios de produção, se beneficia do sistema racista. Isso porque, enquanto o capitalista branco superexplora o negro, o branco recebe vantagens na competitividade das posições na estrutura de classes, conseguindo sua ascensão social na sociedade capitalista.

Os dados demonstram que o racismo é uma ferramenta utilizada para manter a população negra em severas desvantagens em relação a população branca, com menos possibilidade de acesso a bens e serviços. Somos um país que cotidianamente produz e reproduz desigualdades estruturais e sistêmicas, acarretando nas desigualdades raciais, de gênero, sociais, políticas e econômicas. Além do mais, os dados demonstram que estamos diante de um genocídio da população negra nos mais diversos âmbitos da vida, deixando nítido que os jovens negros são mortos, e outros desenvolvem sofrimentos psíquicos e físicos diante dessas violências.

É necessário ressaltar que o racismo não pode ser entendido apenas como algo de origem econômica, ou como consequência da luta de classes, pois isso é reduzir um problema complexo a uma dimensão. O racismo tem raízes profundas na nossa formação social, é necessário levar em consideração um conjunto de elementos: comportamentos, hábitos, maneira de ser e agir (NASCIMENTO, 2006).

É preciso que a questão racial seja assumida por toda a sociedade brasileira, para que todos reflitam, avaliem e desenvolvam ações de combate as discriminações raciais. O enfrentamento do racismo pode ser a partir de estratégias individuais, como a compreensão do fenômeno, e formas coletivas, como a criação de movimentos. O que é uma tarefa difícil visto que o Brasil é um país de classes dominantes, essas não desejam abrir mão de privilégios e

benefícios do sistema. Contudo, a história é mutável, e nós enquanto seres sociais, temos o poder de transformar a sociedade em que vivemos por meio de ações conscientes.

Por isso, a identidade brasileira necessita e pode ser construída, reconstruída e desconstruída em um processo dialético. E pensar a construções de gênero e sua estruturação na sociedade torna-se essencial para que esse processo ocorra. Nessa direção, no próximo capítulo, iremos buscar realizar essa discussão, apontando as hierarquias e os impactos do gênero no cotidiano.

CAPÍTULO 3

Patriarcado e masculinidades: sistemas de poder e subordinação

3.1 Construções de gênero e o sistema de subordinação.

Os estudos sobre gênero trouxeram diversas contribuições inquestionáveis e instigantes para pensar, refletir, questionar e analisar as relações sociais e de gênero existentes entre homens e mulheres, bem como a estrutura de opressão que cercam esses sujeitos. Além do mais, é a partir das alterações das pautas feministas e dos desdobramentos dos estudos de gênero que surge a emergência da masculinidade como tema-questão, proporcionando a discussão sobre a construção social da masculinidade, que possui variações a depender do contexto que está inserida, ou seja é múltipla, diferenciada e mutante, não havendo uma identidade única do que é ser homem (MATOS, 2001).

Nesse sentido, o estudo de gênero e masculinidades é complexo, com múltiplas determinações, pois são diversas as formas de abordar essas temáticas. Por exemplo, de acordo com Molinier e Welzer-Lang (2009), na sociologia e na antropologia do gênero, masculinidade e feminilidade referem-se às características e qualidades que são social e culturalmente atribuíveis a homens e mulheres, por isso a masculinidade e feminilidade existem e são definidas em e através de suas relações. Desse modo, as relações sociais sexuais marcadas pela dominação masculina determinam o que é "normal" - muitas vezes interpretado como "natural" - entre homens e mulheres.

O que podemos perceber é que as sociedades humanas são marcadamente arcaicas, supervalorizando a diferenciação biológica e atribuindo funções distintas (divididas, segregadas e universalmente hierárquicas) aos dois sexos em todo o corpo social. (MATHIEU, 2009). Dito isso, temos uma multiplicidade de conceitos sobre gênero e masculinidades, que são fundamentais para entendermos as desigualdades de gênero. Posto isso, é necessário a compreensão desses significados, das suas manifestações concretas e como ocorre a distribuição de poder entre os sujeitos envolvidos nessas relações. Por isso, neste capítulo iremos abordar as categorias gênero e masculinidades a partir da visão de alguns estudiosos das temáticas, objetivando discutir sobre as construções de gêneros, divisão sexual do trabalho, masculinidades e poder.

Existem diferentes formas de pesquisadoras e feministas abordarem os aspectos e dimensões das construções gênero em suas análises. Contudo, de forma geral, existe um relativo consenso de que o gênero é a construção social do masculino e do feminino. Segundo Saffioti (2004) o gênero é uma categoria social e histórica, que cria normas modeladoras dos homens e mulheres, bem como representações do que é masculino e feminino, das imagens construídas socialmente que pressupõem o que é ser masculino e feminino. Todavia, Schraiber et al. (2010) compreende gênero como um referencial sócio-histórico, constituidor das relações sociais, baseado nas diferenças existentes entre homens e mulheres, que estrutura a vida das pessoas, determinando o que é ser homem e o que é ser mulher na sociedade.

Diante dessas definições é possível compreender que quando abordamos a categoria gênero, estamos falando a respeito de uma construção social e histórica, onde se acentua o caráter social das diferenças baseadas no sexo. Neste trabalho, compreenderemos gênero em uma perspectiva mais ampla, como um processo continuado e dinâmico entre os sujeitos, mas também como uma identidade aprendida no processo de formação, socialização e/ou educação dos sujeitos (LOURO,1995), pois, de acordo com Carloto (2001, p. 201) “a construção dos gêneros se dá através da dinâmica das relações sociais”, ou seja, os seres humanos vão se construindo a partir das relações com os outros.

Nesse sentido, compactuamos com a definição de Scott sobre gênero, entendido como “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). Esse conceito explicita que a sociedade estabelece atribuições de responsabilidades aos indivíduos, baseada em critérios racistas, classistas e sexistas, em que ser mulher ou homem em nossa sociedade nos leva a perceber as questões de forma diferente, estar no mundo de forma diferente, pois há uma distribuição de poder desigual entre os sexos.

Uma categoria que nos auxilia na compreensão dessa desigual distribuição de poder é o patriarcado, pois a ideologia patriarcal torna natural a dominação-exploração das mulheres pelos homens, é como se fosse realizado um pacto entre os homens que possibilita a dominação-exploração das mulheres, buscando garantir a eles e seus dependentes a reprodução desse sistema de privilégios. Saffioti (2004, p. 09-139) entende o patriarcado como sendo um “regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens”, que abrange a sociedade como um todo,

atravessando todas as relações sociais e está impregnado nas instituições. Biroli (2018, p.25) acrescenta que

(...) o patriarcado, como sistema político, consistiria numa estrutura de exploração do trabalho das mulheres pelos homens. Seu núcleo, nessa perspectiva, é a divisão sexual do trabalho, em que se configurariam dois grupos (ou classes): as mulheres, que têm sua força de trabalho apropriada, e os homens, que se beneficiam coletivamente desse sistema.

Desse modo a desigualdade de gênero não é algo natural, mas sim posta pela sociabilidade, pelas estruturas de poder e pelos sujeitos envolvidos nas relações sociais, ou seja, é construída. As mulheres são socializadas para serem subordinadas aos homens, enquanto os homens são socializados para o exercício do poder, da dominação.

Portanto, precisamos ter uma percepção da noção de gênero de forma dinâmica e mutável, de uma visão mais ampla para abranger as relações de poder que produzem efeitos sobre homens e mulheres, tendo em vista que o gênero patriarcal atinge todos os indivíduos, pois as relações patriarcais, sua estrutura de poder, suas hierarquias estão por toda sociedade (SAFFIOTI, 2004). Nessa direção, o tópico seguinte versará sobre a divisão sexual do trabalho expondo como as mulheres e homens estão historicamente ocupando posições distintas na sociedade.

3.2 Divisão sexual do trabalho: a determinação do cuidado e tarefas domésticas como feminino.

Ao falarmos sobre divisão sexual do trabalho é importante abordar o que vem sendo definido, historicamente e socialmente, como trabalho, competência e lugar da mulher, bem como as consequências dessas definições, que produz, concomitantemente, identidades, desvantagens e vantagens (BIROLI, 2018). Esse contexto define as dificuldades e possibilidades diferentes proporcionadas cotidianamente para as mulheres e os homens, uma vez que a divisão sexual do trabalho, determina uma posição comum entre as mulheres, pois a elas são atribuídas todas as tarefas que os homens são liberados de realizar. E por isso “[...] a divisão sexual do trabalho é uma base fundamental sobre a qual se assentam hierarquias de gênero nas sociedades contemporâneas, ativando restrições e desvantagens que modulam as trajetórias das mulheres [...]” (BIROLI, 2018, p. 21).

A divisão sexual do trabalho é um conceito importante na compreensão de como se materializa as construções de gêneros nas relações sociais. De acordo com Hirata e Kergoat (2007) a divisão sexual do trabalho é resultado da divisão social estabelecida nas relações sociais entre os sexos, em que essa divisão é modulada histórica e socialmente. Por isso, a divisão sexual do trabalho está fundamentada na naturalização das relações de dominação e subordinação, que são expostas na sociedade como se fossem justificadas por fatores biológicos. Biroli (2018, p.30) corrobora com essa visão ao afirmar que

O gênero é, assim, produzido na forma da exploração do trabalho das mulheres e da vulnerabilidade relativa que incide sobre elas. Para ser mais precisa, diferenças codificadas como “naturalmente” femininas ou masculinas, imprimindo às vivências uma concepção dual e binária de gênero, decorrem da atribuição distinta de habilidades, tarefas e alternativas na construção da vida de mulheres e homens. Essas diferenças não se estabelecem da mesma forma para elas e para eles, uma vez que presumem normas masculinas e são mobilizadas para justificar as desvantagens econômicas das mulheres.

É por isso que quando direcionamos nossos olhares para o mundo do trabalho é possível percebermos que há uma nítida divisão entre o público e o privado, onde os homens “naturalmente” pertencem a esfera pública, função de prestígio, poder e remunerada, desempenhando o papel de provedor da família, e as mulheres pertencem à esfera privada, função de pouco valor e não remunerada, desempenhando as atividades do cuidado com o lar como forma de contrapartida ao sustento financeiro proporcionado pelo marido. E é nessa dicotomia que se materializa a divisão sexual do trabalho, que estabelece papéis sociais entre os gêneros, produzindo e reproduzindo desigualdades nos papéis e funções de gênero na sociedade (SOUSA; GUEDES, 2016).

Portanto, as relações de cuidado por mais que envolvam dimensões pessoais e afetivas das vidas das pessoas, se organizam a partir de uma macroestrutura, onde são estruturados os padrões de sociabilidade e solidariedade. A divisão sexual do trabalho está nos arranjos, na articulação de outros fatores que determinam as alternativas para as mulheres, as colocando nesse campo do cuidado e realização de tarefas domésticas. Elas cuidam e realizam as tarefas domésticas, fato que afeta suas trajetórias por estarem posicionadas como cuidadoras, dedicadas a esfera reprodutiva, e realizam esses trabalhos em condições diversas, a depender da sua posição de classe e raça. Como afirma Biroli (2018, p.51) “o acesso desigual a cuidados necessários e a posição de quem cuida compõem dimensões das desigualdades de gênero, classe

e raça [...]”. Dessa forma, o conjunto de restrições provocadas pelas desigualdades de raça, gênero e classe determinam escolhas, impõem de forma desigual responsabilidades e determinam a ocupação de posição nas hierarquias, bem como impossibilitam o acesso a outras.

E é nessa dimensão que as diferenças impostas entre os homens e as mulheres se concretizam na forma de privilégios e desvantagens, então, estamos falando de posições hierárquicas. Há uma permanência na atribuição desigual das responsabilidades privadas entre os homens e as mulheres, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo serviço doméstico e pelo cuidado, fato que intensifica a exploração feminina, pois acarreta em descontinuidade da vida profissional, provocando tensionamentos entre as exigências da vida privada e a pública.

Ademais, é importante termos em mente que os interesses do capital e as diversas formas de exploração do trabalho irão incidir sobre a vida privada, por mais que tenha havido mudanças significativas nos padrões da divisão sexual do trabalho, a incidência de maior vulnerabilidade continua sendo sobre as mulheres, especialmente as mais pobres e negras. A profissionalização não foi uma garantia de acesso igualitário às diferentes ocupações e/ou poder. No próximo tópico vamos debater sobre quem efetivamente está sendo beneficiado na estrutura patriarcal e sobre aqueles que são vistos como subordinados.

3.3 Masculinidades: a existência de duas masculinidades e a distribuição desigual de poder entre elas.

São várias as definições de masculinidades, mas todas nos direcionam para um mesmo denominador comum. Machin et al. (2010, p. 4504), entende 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”. Para Rodriguez (2019, P.277) a masculinidade “pode ser como um aglomerado de ideias e atos que em uma sociedade determinada é definido, e também são próprias para aplicar ao ser humano que nasce com um pênis, e assim são atribuídas todas as pautas na economia, na política e na sociedade em geral”. Enquanto para Connell (1995, p. 188) “a masculinidade é uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero”. O autor ressalta que ao falar de *configuração de prática* é dar destaque aquilo que as pessoas fazem, não aquilo que é esperado ou imaginado; sobre a *prática* é enfatizar que as ações possuem racionalidade e um significado histórico; Já a *posição dos homens* é realçar que

a masculinidade está relacionada com as relações sociais e a corpos, tendo em vista que está ligada a corpos masculinos; enquanto a *estrutura de relações de gênero* é evidenciar que o gênero é somente as interações face a face entre homens e mulheres, mas uma estrutura ampla e complexa, que envolve múltiplas dimensões das vidas dos sujeitos.

Todavia, sabemos que as hierarquias de classe e raça influenciam na determinação das pessoas que terão acesso aos espaços de poder, uma vez que “a divisão sexual do trabalho incide sobre mulheres e homens em conjunto com sua posição de classe e com o racismo estrutural. Não é possível, assim, pressupor que os privilégios estão sempre entre os homens, e as desvantagens e as formas mais acentuadas de exploração, entre as mulheres [...]” (BIROLI, 2018, p. 20).

Não acreditamos na existência de uma masculinidade superior as outras, pois há diversas masculinidades, com uma riqueza de diversidade. Contudo, como vivemos em uma sociedade patriarcal, racista e classista, existe uma masculinidade que é vista como a correta e absoluta, um modelo a ser seguido e perseguido por todos, estamos falando da masculinidade hegemônica, que pode ser compreendida como sendo: homem cis, branco, heterossexual, ocidental e rico, tudo que não se encaixe nessas características são componentes das masculinidades subordinadas. Portanto, a masculinidade hegemônica compõe uma ideologia que privilegia determinados grupos e prejudica outros grupos que não satisfaz as categorias de autoridade e de poder estabelecidas, sendo “uma masculinidade construída pelo patriarcado e que permanece forte e influente na sociedade ocidental capitalista” (RODRIGUEZ, 2019, P.278).

Segundo Almeida (1996) a masculinidade hegemônica é um elemento central no que diz respeito a uma ordem do gênero e pode ser entendida como sendo um modelo cultural ideal inatingível, que desempenha sobre todos os homens e sobre todas as mulheres um efeito controlador. Por isso, a masculinidade hegemônica seria responsável por definir a inferioridade das masculinidades subordinadas 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).

É modelo perverso, bem como perigoso para os homens, sua saúde mental e física, como também para todas as pessoas, uma vez que esse modelo busca excluir as variações de comportamentos masculinos e femininos que não se enquadram nas suas categorias.

Dessa forma, mesmo o patriarcado sendo um sistema de dominação de um sexo sobre outro, no caso de homens sobre mulheres, concedendo privilégios ao sexo masculino, essa distribuição não ocorre da mesma forma para todos os homens. Há uma divisão nítida entre quem usufrui completamente desses privilégios/benefícios, que majoritariamente são destinados a uma elite, uma classe superior de homens ricos, cristãos, héteros, urbanos, ocidentais e, principalmente, brancos, que compõem o grupo de masculinidades hegemônicas, enquanto o restante, os homens não brancos, homossexuais, transgêneros, pobres e favelados, que estão localizados nas masculinidades marginalizadas/subalternas, são marginalizados.

Não estamos dizendo que os homens que compõem a masculinidade marginalizada 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.

É evidente que esse sistema atinge com maior grau/nível as mulheres, por isso consideramos que a masculinidade hegemônica é perigosa, pois “legitima a poderosa posição dominante do homem na sociedade e justifica a subordinação das mulheres e da ordinária população masculina, assim como delibera sobre outras formas marginalizadas do que significa ser homem” (CONNELL apud BOLA, 2020).

A vista disso, os padrões estabelecidos pela masculinidade hegemônica desenvolvem cobranças e expectativas de gênero, por um lado, permitem o exercício de poder sobre as mulheres (bem como sobre outros homens) e alienam os homens sobre sua própria humanidade, fazendo com que esses repreendam tudo que for eleito como sendo do mundo feminino

(NKOSI, 2014). Ou seja, uma das expressões mais visíveis das masculinidades é a relação de poder, mas não se restringe a isso: em uma sociedade como a brasileira, marcada pelo machismo estrutural, os homens buscam a todo custo se distanciarem 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.

Cabe ressaltar que é também no campo da reprodução e da sexualidade que está amparada uma categoria de estereótipos dos homens negros (REIS, 2010), fazendo com que os homens negros sejam visto como: garanhões, bêbados, malandros, bandidos, amantes, assediadores, abusadores de pessoas em situação de vulnerabilidade, inabilitado, criminalizável, irrecuperável e reabilitável, atribuindo também estereótipos de virilidade, brutalização, criminalização e coisificação sexual, exacerbação físico-genital e intelectual incompleto, truculência, hipersexualização, hipermasculidade, pouco afetuoso e despido de feminilidade. Esses estereótipos atribuídos aos homens negros são resultados do sexismo e não somente do racismo, e irão influenciar fortemente em suas percepções de mundo e na utilização dos serviços de saúde.

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 um animal sem direitos, sem história, sem cultura, sem sexualidade, 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 sim que relação interseccional com classe e raça estão em desvantagens com os homens brancos. Desse modo, os homens brancos vão construindo e mantendo sua masculinidade hegemônica e desqualificando as outras masculinidades.

Como reflexo dessas desigualdades raciais, de gênero e classe 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). Devido a um tratamento diferenciado na sociedade, os homens negros são

cotidianamente interpretados a partir de estereótipos racistas, sendo vistos como criminosos, ladrões, estupradores e etc; além do mais, 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.

É fundamental que tenhamos em mente que homem negro no Brasil não tem poder real (CARNEIRO, 1995), mesmo sendo famoso ou milionário, não estamos ocupando os cargos de controle das grandes empresas, não somos donos de bancos, não temos representação política ou reconhecimento da importância intelectual e acadêmica, esses espaços são os que realmente atribuem poder as pessoas e estão ocupados por pessoas brancas. Aqui vale destacar que os homens negros, coletivamente, como demonstrado no parágrafo anterior, são vistos como uma parcela descartável de nossa sociedade, como nos mostra os dados sobre homicídios, porém se um conseguir ser considerado bem-sucedido, serve somente para legitimar o mito da democracia racial.

Diante do exposto, se a restrição e empobrecimento das masculinidades foi historicamente e culturalmente produzido, o homem pode trabalhar no sentido de recuperar sua masculinidade mais rica e abrangente, abrindo mão da masculinidade tóxica. Porém, é preciso provocar mudanças que vão além de ter uma parte das mulheres ocupando diferentes cargos, são necessárias transformações radicais na preservação da diversidade e eliminação das desigualdades, atacando o cerne da exploração-dominância, o sistema capitalista.

CAPÍTULO 4

População quilombola e saúde

4.1 Refletindo sobre o quilombo e o Sistema Único de Saúde

Quando pensamos em utilização dos serviços de saúde, é importante ter em mente que este é resultado de múltiplos, complexos e amplos determinantes e, está relacionado a fatores desde a organização da oferta até a prestação de serviços. Por isso, para debater sobre acesso e utilização dos serviços de saúde pela população quilombola se faz necessário uma melhor fundamentação teórica de ações e abordagens, com compreensão de conceitos e historicidade na qual as comunidades se constituem. Compreender o processo saúde-doença da população quilombola exige que a gente compreenda os entraves relacionados ao acesso à saúde dessa população ligado ao racismo histórico, que gera as iniquidades, sendo um importante sistema de vulnerabilização desses sujeitos (PEREIRA et al., 2015).

Primeiro precisamos compreender o significado de quilombo. Para muitas pessoas quando falamos sobre quilombos vem logo na mente os descendentes de escravos, a escravidão, essa é uma visão restrita sobre os quilombolas. Muitos estudiosos relacionam quilombo com o território, pois é a terra propriamente dita que se dá sua luta real de resistência porque é nesse espaço que está marcado sua história, significados, cultural, identidade e a geografia.

Entretanto, para caracterizar os quilombos é essencial que se considere a história econômica, política e social do Brasil, país que vivenciou o sistema escravocrata por quase quatrocentos anos, mas também os aspectos contemporâneos e dinâmicos que abrangem os quilombos atualmente. Nessa direção Pereira (2016, p. 46) aponta alguns elementos envolvidos na definição de comunidades quilombolas: “localização geográfica/território, características das atividades econômicas desenvolvidas, resistência, tradições ancestrais, descendência africana, quantidade de membros, ideia de isolamento e fuga, vínculos de parentesco, autoatribuição”.

A partir da CF88 o termo quilombo passa a ser entendido como “remanescentes de escravos”. O decreto nº 4.887 de 2003, importante marco na garantia dos territórios quilombolas, definiu critérios e procedimentos para o reconhecimento das terras ocupadas pelas comunidades quilombolas, em seu artigo 2º, traz uma definição mais completa entendendo

quilombo como sendo “{...} os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. Entretanto, ainda é uma definição restrita, deixando de fora outros aspectos essenciais do quilombo. Por isso, faz-se necessário apresentar duas definições que consideramos essenciais para orientar nosso debate, são elas:

Os remanescentes de quilombos são grupos sociais que se mobilizam ou são mobilizados por organizações sociais, políticas, religiosas, sindicais, etc., em torno do auto-reconhecimento como um outro específico. Consequentemente ocorrem buscas pela manutenção ou reconquista da posse definitiva de sua territorialidade. Tais grupos podem apresentar todas ou algumas das seguintes características: definição de um etnônimo, rituais ou religiosidades compartilhadas, origem ou ancestrais em comum, vínculo territorial longo, relações de parentesco generalizado, laços de simpatia, relações com a escravidão, e principalmente uma ligação umbilical com seu território, etc. (MARQUES, 2009, p. 08).

As comunidades quilombolas são formadas por grupos étnico-raciais que possuem ancestralidade negra e trajetória histórica ligadas ao processo de resistência contra a escravidão. Esses grupos ocupam territórios vivos e compartilham características sociais e culturais que contribuem para a formação da sua identidade e preservação de tradições de origem africana (MIRANDA ET AL., 2021, p. 02).

O’dwyer (2000, p. 71), também realiza alguns apontamentos ao apresenta uma definição operacional de quilombo, com o intuito de ajudar nos trabalhos de mapeamento, seguindo as linhas de:

1. Processo de produção autônomo (livre acesso à terra. Decisão do que plantar e comercialização independente de qualquer controle externo);
2. Capacidade de organização político-administrativa;
3. Critério ecológico de preservação dos recursos;
4. Autodefinição dos agentes e da coletividade;
5. Grau de conflito e antagonismo;
6. Formas de uso comum; combinação de domínios privados (familiares, domésticos) e públicos.

De forma geral, esses conceitos categorizam os quilombolas como sendo comunidades e populações tradicionais, que possuem modos de vida, produção e reprodução social associadas à terra. Fortalecendo a perspectiva de que as comunidades quilombolas não sejam vistas como resquícios históricos de resistência negra, que não se reatualizam permanentemente, pois as comunidades quilombolas estão em constante transformação, mas é

impossível negar que um fato permanece: as múltiplas desigualdades existentes desde o período colonial persistem e são produzidas e reproduzidas atualmente.

Destarte, a concepção de quilombo pode abranger vários significados ao mesmo tempo, por isso é um conceito ainda em construção, pois tem que ter como pressuposto a pluralidade dessas comunidades, não podendo então ser entendido a partir de conceito ou pré-conceito restritivo e precipitado. Posto isto, ao abordarmos academicamente a situação dos quilombos na conjuntura atual do Brasil, estamos falando de uma luta política e refletindo sobre o processo de construção da sociedade brasileira. As populações quilombolas reivindicam desde sempre seu direito à permanência, visando o reconhecimento legal de seus territórios ocupados, suas crenças, práticas e valores – sendo muitas das vezes discriminados – bem como lutam para ter acesso aos outros direitos básicos, como por exemplo: saúde, educação, trabalho, habitação, etc.

Por isso, ao discutirmos o acesso à saúde pela população quilombola, temos que ter em mente que é uma temática complexa e multifacetada, como explicam Assis e Jesus (2012, p. 2865) “o acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção”. Ou seja, para analisar esse tema, temos que procurar ter uma visão de totalidade da realidade, não reduzir o assunto somente a uma dimensão, pois ele abrange a vida dos sujeitos por completo.

A população quilombola enfrenta diversos obstáculos na implementação de políticas sociais, bem como a descontinuidade das ações realizadas pelo Estado, acarretando em iniquidades sociais e das políticas sociais. As iniquidades em saúde, foco deste estudo, vivenciadas por estas populações são determinantes para que tenham as piores condições e indicativos relacionados a saúde. A compreensão do processo saúde-doença das populações quilombolas demanda o entendimento dos obstáculos ao acesso à saúde, que são resultados do legado racista histórico, produtor de desigualdades, vulnerabilização dos negros e precarização de suas condições de vida, trabalho e saúde.

Essas condições precárias de acesso a bens públicos e saneamento básico vivenciadas pelos quilombolas, intervêm nos indicadores relacionados ao adoecimento e mortalidade, apontando para a existência de iniquidades raciais e de classe em saúde, pois os lugares em que as populações quilombolas residem são, quase sempre, marginalizados pelo poder público e

algumas vezes questionados por grupos que possuem maior poder e legitimidade, ligados ao Estado burguês. Segundo Pereira et al (2015), um dos fatores que influenciam fortemente nas desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde é o geográfico/espacial, pois populações que residem em regiões caracterizadas como pobres, precárias, carentes, vulneráveis e remotas, longe de regiões urbanas, com difícil acesso e/ou em área rural, recorrentemente sofrem mais intensamente com a falta de atenção e/ou disponibilidade de serviços da atenção primária. Porém, como demonstrado anteriormente, outros fatores também influenciam na desigualdade de acesso à saúde, como racismo e gênero.

Nesse contexto, estimativas realizadas pelo Programa Brasil Quilombola (Brasil, 2012) 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. Muitos estudos ratificam esses apontamentos, bem como acrescentam questões relacionadas as precárias condições de sanitárias. Como resume Bezerra (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”.

Portanto, as condições precárias vivenciadas pelas populações quilombolas são as principais responsáveis pela subutilização dos serviços de saúde por estas populações. Comprovando que o acesso desigual permeia questões relacionadas a étnico-racial e ao gênero, demonstrando que os impactos do racismo e do patriarcado presentes nos serviços de saúde são imensos e atravessam todo o processo de cuidado. O acesso a saúde existe, mas ocorre de modo limitado e desigual, os quilombolas estão mais expostos a condições precárias de saúde e o fato de residirem em áreas rurais é um fator de risco potencial para a subutilização dos serviços de saúde (PEREIRA; MUSSI, 2020), considerando que a vivencia nos espaços rurais é rodeada de múltiplas expressões da questão social, como desigualdades acesso à educação, saneamento básico e saúde. Dessa forma as comunidades quilombolas, podem ser, as mais atingidas pela invisibilidade, isolamento e acesso restrito as políticas sociais, sendo alvos indiscutíveis de vulnerabilização e opressões, uma vez que

Os processos históricos produtores de desigualdades em saúde se produzem reciprocamente, por meio da interação dos elementos provenientes da macroestrutura políticoeconômica e social, articulada às particularidades dos diferentes grupos

populacionais, bem como o modo de vida coletivo e a realidade individual e familiar dos sujeitos (DIMENSTEIN ET AL., 2020, p.209).

Esse cenário nos mostra que a garantia do direito ao acesso a saúde pelas populações quilombolas continua sendo constantemente negligenciado e/ou negado, agravando as desigualdades. Por isso, ao falarmos sobre a utilização dos serviços de saúde pelos quilombolas no Brasil, se expõem um cenário que envolve vulnerabilidades à resistência história, étnica e cultural de um grupo populacional marcado historicamente por preconceitos, discriminações, injustiças, desigualdades e iniquidades, excluindo essa população das melhores oportunidades e condições de vida (VIEIRA; MONTEIRO, 2013). Historicamente as comunidades quilombolas são expostas a várias condições que dificultam o acesso aos serviços de saúde, uma vez que “o acesso aos serviços de saúde perpassa por questões sociais, interpessoais, estruturais, políticas, geográficas, econômicas, étnico-raciais, entre outras” (PEREIRA; MUSSI, 2020, p. 295-296).

A realidade vivenciada pelos quilombos no nosso país alerta para necessidade de implementação de políticas sociais que busquem garantir a igualdade entre os segmentos populacionais. O racismo, gênero e pobreza são determinantes importantes no processo saúde-doença-cuidado, que produzem impactos particulares nas comunidades quilombolas, considerando sua historicidade. É preciso compreender que esses marcadores sociais não estão somente relacionados as barreiras de acesso aos serviços de saúde, envolvem a totalidade do processo de cuidar desde a qualidade do atendimento até a disponibilidade de serviços. Como aponta Dimenstein et al. (2020, P.211)

Tomar o processo saúde-doença-cuidado em articulação aos contextos, condições e modos de vida das populações significa ancorá-lo no plano da experiência concreta e sensível das pessoas, não esquecendo que o mesmo é atravessado por marcadores de raça/etnia, classe social, gênero e sexualidade, compondo uma complexa trama de determinações.

Assim, as desigualdades em saúde não são somente resultados das desigualdades nas ações de atenção e na distribuição de recursos, mas também do racismo e do patriarcado que colaboram para que a população negra, sobretudo a quilombola, sejam as mais afetadas pelas desigualdades em saúde. Por isso acreditamos que as injustiças e desigualdades na saúde e na sociedade ocorrem de forma interseccional, impactando no acesso aos serviços de saúde pelos segmentos que vivenciam opressões. O reconhecimento da existência de desigualdades raciais

e de gênero na utilização dos serviços de saúde permitem que avancemos em direção a equidade no sistema único de saúde (PEREIRA; MUSSI, 2020).

4.2 Homens quilombolas e saúde

De acordo com os dados da PNS de 2019, 82,3% de mulheres procuraram atendimento médico nos 12 meses anteriores à entrevista contra 69,4% de homens. Quando realizamos o recorte racial, com enfoque no masculino, temos que 75,8% de homens brancos consultaram médicos no último ano, enquanto a porcentagem dos homens negros é de 68,3%. Estudo realizado pelo Instituto Lado a Lado pela vida apontou que 40% dos homens com idade de até 39 anos e 20% com mais de 40 anos só buscam atendimento nos serviços de saúde quando se sentem mal.

Esse cenário ratifica que as particularidades dos gêneros devem ser consideradas, pois ao mesmo tempo em que os homens detêm poder sobre as mulheres, eles possuem desvantagens quando se refere ao cuidado com a saúde. Os homens morrem mais que as mulheres, estudo revela que os modelos de masculinidades comprometem o cuidado masculino em saúde, visto que a forma como os homens constroem e vivenciam suas masculinidades está ligado aos aspectos particulares de adoecer e morrer (COUTO; GOMES, 2012).

A socialização dos homens é direcionada para a necessidade de combater possíveis associações com aspectos tidos como femininos por receio de ser assimilado, identificado e tratado como mulheres. Isso não se trata somente da construção de uma oposição entre o masculino e feminino, excludentes e fixos nas diferenças, mas é uma reatualização de masculinidade. Os homens possuem maior dificuldade em buscar a assistência em saúde em razão de sua percepção sobre as necessidades de cuidados e pela noção de que está é vista como uma tarefa feminina, pois o demandar cuidado é visto como algo que desmerece o masculino porque foram socializados para serem fortes, não demonstrarem fragilidades e estarem no papel de provedores. Sendo que essa percepção acarreta em práticas de pouco cuidado consigo mesmo, se colocando em diversas situações de vulnerabilidades.

É importante ressaltar que as identidades sociais de homens e mulheres formuladas nas relações sociais criam não somente modos de compreender o corpo e o processo saúde, como também os serviços de saúde fundamentados nos modelos ideais de masculino e feminino, dificultando o reconhecimento das demandas relacionadas ao masculino.

É essencial considerar os homens como sujeitos sociais no processo saúde-doença-cuidado, que o corpo masculino não seja visto somente como corpo reprodutor, uma vez

[...] que os homens, enquanto sujeitos implicados no processo histórico, social, cultural e linguístico de gênero são, portanto, participantes da produção, manutenção e/ou ressignificação das relações de poder com as mulheres (e outros homens), o desafio que se coloca é o de incluí-los para que tenham suas necessidades e vulnerabilidades conhecidas e respondidas e para que, por meio dessa medida anterior, sejam trabalhadas suas relações com as mulheres, em termos da saúde e seus cuidados, de modo a realizarem relações mais simétricas, isto é, como sujeitos de mesmo valor em relação comunicativa (COUTO; GOMES, 2012, p.2574)

Contudo, recentemente, tivemos a tentativa de os homens serem vistos como sujeitos relevantes das políticas, projetos e programas de saúde, como protagonistas aliados no enfrentamento das desigualdades entre homens e mulheres. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é um marco no avanço sobre a discussão da saúde masculina, instituída em 2009 como política de saúde direcionada para o cuidado masculino, sendo resultado da pressão de diversos atores organizados coletivamente. Tendo como um dos princípios a transformação da percepção masculina em relação ao cuidado e também a implementação em todo país da atenção integral à saúde do homem, a partir dos princípios que regem o SUS (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Entretanto, o discurso que prevaleceu foi o de que os homens não cuidam de sua saúde e acessam os serviços de emergência em detrimento da atenção básica em saúde, acarretando em ônus para saúde pública (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013). Essa argumentação foi base para criação dos princípios e diretrizes da política fundados em dados epidemiológicos e em fatores de riscos relacionados aos índices de morbimortalidade (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018). A afirmação de que os homens se expõem a mais situações de risco para saúde, por mais que seja correta, nessa política a questão é abordada como um problema a ser enfrentado e não na perspectiva de prevenção, já que o cuidado não é associado ao masculino.

Dado ao fato de as políticas de saúde destinadas aos homens serem recentes, ainda são escassas suas análises (COUTO; GOMES, 2012), sobretudo os estudos sobre a saúde do homem negro na literatura, mas a partir das poucas pesquisas existentes é possível fazer apontamentos sobre a persistência de desigualdades em saúde entre homens negros e brancos (PEREIRA; MUSSI, 2020), pois as masculinidades marginalizadas não são objetos de intervenção, atenção

do Estado. Os diferentes níveis de mortalidade, mostrados no capítulo 02, entre homens negros e brancos ratificam essa afirmação.

Bem como, o fato de que a atenção primária da saúde enfrenta diversos desafios para conseguir responder as demandas cotidianas postas por essa população, visto que os serviços de atenção básica em saúde se apresentam como exclusivos para mulheres e crianças, veem o masculino como possuidores de menos necessidades em saúde do que o feminino (SANTOS; NARDI, 2014). Resumidamente, os serviços de saúde tidos como feminizados fortalecem a desigualdade no acesso e a invisibilidade das demandas dos homens de saúde.

Podemos perceber que o padrão hegemônico de masculinidade reprime suas necessidades e cuidados com a saúde, com o corpo, negando fraquezas e/ou vulnerabilidades, que reforça o imaginário produzido e reproduzido pelas instituições da nossa sociedade. A masculinidade negra, de forma geral, incorpora as contradições e ambiguidades comuns das estruturas de dominação de raça e gênero, se materializando em um “corpo negro” vulnerabilizado.

Por isso é necessário avançar nas discussões sobre como envolver os homens no cuidado com a saúde, visando atingir a equidade de gênero. A implementação da dimensão de gênero na política de saúde pode introduzir novas estratégias que auxiliam na compreensão da totalidade desses sujeitos, bem como na redemocratização e reestruturação do SUS. Porém essa não é uma tarefa fácil. A elaboração, implementação e avaliação de políticas que visam a equidade étnico-racial e de gênero são complexas, mas a partir da intersectorialidade entre as políticas podemos conseguir combater as desigualdades existentes entre homens e mulheres.

Portanto, as desigualdades raciais e de gênero estão relacionadas as condições de saúde da população e permanecem sendo um problema vigente de saúde pública. A junção do conjunto de elementos relacionados ao racismo (desigualdades, iniquidades, exclusão, genocídio, segregação, exclusão), bem como ao patriarcado, fortalecem o sistema racista e patriarcal, provocando o apagamento e da população negra.

A partir dessas considerações, no próximo tópico, veremos como parte dos sujeitos envolvidos nessa problemática percebem e compreendem esse processo.

4.3 Percepções dos homens quilombolas de Mesquita sobre acesso e utilização dos serviços de saúde

A partir dos relatos feitos pelos participantes, foi possível apreender diversas percepções sobre o acesso à saúde, cuidado, masculinidade negra e gênero. Ao perguntamos sobre o que significa saúde, foi possível perceber que a maioria dos participantes possui uma concepção restrita de saúde, focando apenas na ausência de doenças.

Eu até considero muito saudável eu não tenho doença assim, aí a gente deixa para os que mais precisam (risos) e algumas coisas a gente toma os remedinhos aí pronto né? ai tem salva! (Entrevistado 02, 63 anos)

Ah, depois que eu comecei, ter pego a tal da pré-diabetes a gente não tem mais aquele ânimo que tem né?! A gente é direto no remédio, no médico aí vai ficando mais difícil né antes era bom demais a saúde boa né, mas agora, mas agora é só para chegar os dias né (risos). (Entrevistado 04, 64 anos)

Poucos entrevistados tiveram uma concepção ampliada de saúde, considerando que ser saudável não envolve somente fatores internos, como doenças, mas também o bem-estar e o modo de viver.

Sei lá, a gente é jovem sei lá né, com cansaço, é mais mesmo do mundo que a gente vive e a gente acha que saúde é só dentro do corpo, mas fora também tem algumas questões que interrompem principalmente dentro das universidades. (Entrevistado 03, 23 anos)

Rapaz, eu me sinto saudável no modo de viver, tranquilo, sem perturbação, eu me sinto saudável. (Entrevistado 15, 40 anos)

Sobre acesso e utilização da Unidade Básica de Saúde (UBS), alguns entrevistados afirmam que nunca frequentaram a UBS e por isso não conseguiram verbalizar sobre o serviço prestado; outros procuram com menor frequência. Pelas falas dos participantes, os homens procuram os serviços de saúde quando já estão doentes, sentindo dores fortes e/ou insuportáveis ou com alguma doença grave, para realização de exames e/ou conseguir encaminhamentos para especialistas. Algumas demandas apresentadas foram: vacinas, quando está com dores ou doente, receitas, encaminhamentos e aferir pressão. Alguns entrevistados referiram a doenças crônicas como: reumatismo e artrite reumatoide.

É quando eu sinto alguma dor, alguma coisa. Eu não fico sem alguns comprimidos para dor de cabeça, aí eu vou lá, ou quando eu sinto alguma outra coisa que não faz bem eu sei que eu fico (...) eu tomo remédio daqui do mato mesmo, aí eu melhora, nem lá eu vou mais. (Entrevistado 06, 82 anos)

Aí eu não tenho muito coisas com esse posto daqui não, hospital aqui quando eu vou que eu tô com problema de rim que eu tenho problemas de rins também, mas tem dias que eu dou na

implicação eu sofro a dor e não vou lá que eu sei que aqui hospital da cidade ocidental não tem competência quase, é só muito pouco. (Entrevistado 02, 63 anos)

Muito difícil eu ir ao posto. Eu vou só para renovar receita e tornar a fazer novos exames para eu fazer, de seis em seis meses, um ano. Eu não sou aquele doente que vai no posto todo dia não, de vez em quando que eu vou lá. (receita) (Entrevistado 08, 59 anos)

A partir dessas falas, podemos perceber que os homens só se entendem como seres que possuem necessidades de cuidado quando estão com doenças instaladas ou quando estão com dores intensas, não reconhecem a necessidade de atividades preventivas, o que invisibiliza as ações de saúde destinadas a prevenção e promoção da saúde.

No que tange o acesso e utilização dos hospitais, no DF e Goiás (GO), ocorre pela mesma lógica da procura só quando está doente, porém, alguns novos fatores são acrescentados: alguns procuram para tratamentos de doenças crônicas e outros acreditam que nos hospitais possuem mais recursos, e talvez por esse motivo, preferem buscar atendimentos em hospitais e prontos socorros com a crença de que o atendimento será rápido e pontual.

Eu acho que lá vamos dizer tem mais recursos digamos assim. (Entrevistado 01, 19 anos)

Para o meu tratamento ou algum quando eu tenho alguma coisa eu trato para lá eu já tive muito problema de meningite essas coisas, aí eu tratei no Hospital de Base. (Entrevistado 02, 63 anos)

A vista disso, ao procurarem primeiro os serviços de atenção secundária e/ou terciária de saúde em detrimento dos serviços de atenção primária, reforçam uma inversão dos níveis de atenção à saúde proposto pelo SUS, ratificando que os homens não procuraram os serviços objetivando a prevenção e acompanhamento, mas atendimentos emergenciais e pontuais (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Podemos também perceber nas falas dos entrevistados que eles classificam as doenças como grave ou não e, a depender da classificação realizada, procuram ou não os serviços de saúde. Assim, reforçam o argumento de que os homens tendem a procurar o atendimento especializado quando não conseguem se tratar sozinhos, então vão aos serviços de saúde visando a cura de doenças que estão sentindo.

Em um contexto de demandas atendidas de forma insuficiente pelo Estado, muitas vezes optam por outras alternativas, como medicina tradicional, tomando medicamentos caseiros como chá e garrafadas, o que, segundo eles, evitaria que perdessem tempo nos serviços de saúde, mas que também demonstra que a comunidade quilombola utiliza da sabedoria popular para auxiliar no cuidado com a saúde (PEREIRA, 2016).

Aqui nós temos a saúde, nós ainda mexe, nós ainda tem uma possibilidade nós temos o cerrado que tem muito remédio do Cerrado que a gente usa também do jeito antigo (risos). Aí tem que correr para onde quem tem conforto né. Então é isso aí nós fica no cerrado muitos aqui faz remédios tem uma pessoa que faz os remédios aqui, aí não pode ficar só no hospital tem que entrar para o cerrado também, porque senão você sabe que a coisa é difícil ainda mais agora. (Entrevistado 02, 63 anos)

Quando questionados sobre os atendimentos na UBS e nos hospitais, eles expressam que foram satisfatórios, mas relatam a falta de profissionais, recursos materiais, infraestrutura adequada, disponibilidade de medicamentos, atendimento insuficiente, demorado, desigual e rotatividade dos profissionais. Destacam a questão da precarização dos serviços de saúde.

Eu vou mais no hospital porque às vezes quando é para mim vir aqui no posto saúde não tem médico. (Entrevistado 09, 34 anos)

Ah, uma vez eu fui no hospital sentindo dor e acho que cheguei lá umas 2 horas da tarde eu fui sair umas 8 horas da noite, que os médicos fazem pouco caso né? no atendimento e muita gente, lotado, mas eu consegui um atendimento, mas um problema né, poderia ter sido mais rápido. (Entrevistado 01, 19 anos)

Mas na verdade a saúde no Brasil ela tá doente, o Brasil todo tá doente. Em todo o hospital que você vai tá lotado, é público e particular, então a saúde não funciona ela funciona mais ou menos, ela não funciona 100 %. (Entrevistado 11, 70 anos)

Os usuários apresentaram sugestões de melhoras para o sistema, como ter mais recursos, novas tecnologias, mais profissionais qualificados e medicamentos, melhor infraestrutura, salários mais justos, menos corrupção e, mais especificamente para a UBS, aumento das atividades com idosos e contratação de profissionais da comunidade.

Acho que precisa melhorar tudo. Eu acho que falta são recursos e interesse, eu acho que deveria ter mais médico, eu acho que deveria ter mais disponibilidade de medicamento, eu acho de tudo de uma forma geral entendeu? Eu acho que o sistema de saúde mesmo hoje só atende as coisas mais simples se você precisar de uma coisa mais complexa, se você tiver um problema de saúde mais grave você fica com uma situação complicada. (Entrevistado 01, 19 anos)

Cabe destacar que o contexto de sucateamento do SUS, apresentado no primeiro capítulo, tem como consequência a indisponibilidade de serviços e recursos humanos e tecnológicos, cenário que é agravado nas áreas rurais, sendo mais visível para a população as problemáticas e necessidades de mudanças. Talvez por isso, os homens quilombolas apresentam tantas sugestões de melhoras nos diversos âmbitos dos serviços de saúde.

Em relação a menor procura dos homens pelos serviços de saúde, os entrevistados atribuem as seguintes causas como justificativas: os homens possuem menos necessidades e adoecem menos que as mulheres; são cabeça dura, preguiçosos, descuidados, ignorantes, durões e preconceituosos; possuem dificuldade de dialogar com os médicos; masculinidade tóxica e

machismo na sociedade; espaço feminilizado; vergonha e medo; falta de tempo devido ao trabalho e demora no atendimento.

Assim, é mais uma construção de sociedade em que tipo a mulher desde que ela nasce ensinada a se cuidar, a ser dona de casa da família, à cuidar do marido, e o homem não, é aquele homem que tem que trabalhar, tem que sustentar, tem que ser forte, tem que ser o inatingível, ser o macho heterossexual daí acaba complicando né, porque se ele for no posto de saúde vai estar demonstrando fragilidade. Então ele não vai poder se cuidar então é mais essa construção de sociedade que a gente vive, sociedade brasileira família tradicional. (Entrevistado 03, 23 anos)

Isso é verdade, os homens é meio preconceito, meio racista, meio ignorante, a mulher é mais, cê ver que a mulher atura mais que os homens, ela trata mais. Eu nunca fiz prevenção de nada, eu não sei como é que tá coração, não sei como é que tá nada. (Entrevistado 05, 68 anos)

Eu acho que os homens é mais grupo né, assim, o homem só vai no posto de saúde quando ele ver que ele não tá bem, eu acho que eu tiro por mim, mas você pode fazer essa pesquisa e depois ver porque os homens geralmente é mais seguro para ir ao posto hoje. Agora a mulher não, a mulher ela sente uma coisinha, ela tem que ir no médico. O homem não, ele sente uma dor aqui, vai um dia, vai dois dias, vai três dias, uns quatro dias vem que não deu caça um médico. (Entrevistado 15, 40 anos)

Por causa deles mesmo, porque tem mais mulheres viúvas no mundo do que homem por causa que o homem é machista, ele quer ser o bom, ele só quer trabalhar, só trabalho trabalho, trabalho, não quer perder um dia para limpar as unhas, cortar o cabelo, fazer uma coisa... ele não quer tirar um dia, o patrão também tá no pé né. A mulher ela pode ficar 3 dias sem ir lá, a mulher de boa, mas o homem se não for ele fica com medo de manter a casa, o aluguel, a água e a luz e aí vai caindo no prejuízo por aí. (Entrevistado 10, 45 anos)

Um fator que ganha destaque nas falas dos entrevistados é o trabalho, que tem sido um dos grandes obstáculos para que os homens consigam acessar os serviços de saúde, as atividades laborativas ocupam o primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, o que deixa os cuidados com a saúde em segundo plano.

Outros fatores que merecem destaque são algumas percepções dos homens entrevistados, que não condizem com a realidade: dados sobre mortalidades do sexo masculino desmentem a prerrogativa de que os homens adoecem menos que as mulheres. Mesmo que alguns homens vejam isso como algo ligado a questões particulares como: medo, vergonha, ser machão, durão, etc. não podemos esquecer que os aspectos socioculturais são um importante marcador que interfere nas representações sociais sobre saúde e doença, ou seja, determina como um grupo social age, influenciando nas formas de autocuidado e na procura pelos serviços de saúde (FREITAS et al, 2011). Os homens temem que, ao procurar os serviços de saúde para saber suas condições de saúde, possam encontrar diagnósticos de doenças e precisar de tratamento (FIGUEIREDO, 2005). Além disso, há outros elementos, como: a vergonha, a dificuldade de diálogo com os profissionais, a falta de hábito de expor seus problemas e seus corpos para os médicos.

Resumidamente, as justificativas apresentadas estão relacionadas as construções das masculinidades, do ideal masculino, do homem que é forte, provedor e racional em contraposição a mulher frágil e emotiva. O que interpretamos é que os homens sentem mais dificuldades para acessar os serviços de saúde: seja por características associadas ao masculino e/ou seja por considerarem um espaço feminalizado, o que pode provocar nos homens um sentimento de não aceitação nesses espaços, não se reconhecendo como destinatários dos programas de saúde, uma vez que a maioria das ações preventivas são destinadas as mulheres.

Todos os entrevistados apontaram que os homens cuidam menos da saúde do que as mulheres e justificam que o motivo de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde, é pela questão de elas serem mais cuidadosas, mais pacientes, terem mais disponibilidade de tempo e relatam a dependência masculina do sexo feminino para o cuidado com a saúde, por isso as vezes o casamento é um fator de proteção.

Por que os homens é assim... mais bruto, é mais... muitas vezes você pode ver que os homens quando estão doentes, se a mulher não puxar ele, eles não vão. Os homens são mais durões. (Entrevistado 15, 40 anos)

As mulheres cuidam mais da saúde, as mulheres é mais cuidadosa com a saúde do que os homens. (Entrevistado 02, 63 anos)

A participação em atividades de prevenção é apontada por todos como uma alternativa importante de cuidado masculino com a saúde, mesmo que as falas não condizem com as ações, uma vez que todos os entrevistados falaram que não participam das atividades ofertadas na UBS.

Quando questionamos o que falta para os homens acessarem mais os serviços de saúde, os entrevistados apontam fatores como a desconstrução das masculinidades tóxicas, os homens procurarem mais os serviços, terem mais tempo, mudarem o pensamento e trabalharem questões como a conscientização e prevenção.

É, também essa desconstrução do homem masculino para a sociedade brasileira. Por que o homem tem que entender que ele também tem que se cuidar, que ele como as mulheres eles também são seres humanos e eles estão tem tendências a ter em doenças e tudo mais e ter essa consciência de se cuidar também para não sofrer à toa, é mais isso assim a desconstrução do corpo masculino de entender que ele precisa se cuidar também. (Entrevistado 03, 23 anos)

Alguns entrevistados relatam também casos de maus tratos no sistema de saúde, que aconteceram com eles ou com pessoas que eles conhecem, considerando maus tratos para além da violência física, os relatos mostram que depois que ocorreu um caso de violência, o usuário

preferiu se tratar com medicina tradicional até conseguir sua transferência de hospital. Minayo (2006), ressalta que a violência nos serviços de saúde é múltipla e se apresenta de diversas formas, podendo ser um fator decisivo para que os usuários não procurem mais aquele serviço, ocasionando no aumento do não cuidado com a saúde.

Sim direto, assim, todo meio que você vai você tem maus tratos, não aquele que as pessoas acham que maltrato é tipo um funcionário e lá e agredir a pessoa, maltrato é você ir no hospital de saúde e ver gente lá deitada no chão, você vê gente lá sem medicação, você ver gente lá precisando ser atendida mas não tem vaga. E isso é um maltrato que tá na nossa cara! Então às vezes as pessoas têm a mania de reduzir isso ao profissional de saúde que está ali dentro, mas maltrato é da gestão mesmo é do governo que nome dá a qualidade de saúde. Então se você vai no Hospital de Base, você ver o maltrato, você vai aqui no postinho de saúde, você ver o maltrato uma pessoa precisando de atendimento e não tenho, tá sendo maltratada porque é cobrada todo mês do salário dela e não tem quando precisa. (Entrevistado 03, 23 anos)

É quando tá sentindo muita dor é quando eu tô precisando. E eu já tive uma chateação no hospital eu não gostei eu fiquei muito chateado e eu mesmo fui caçando providências aqui, fui para o Cerrado e me tratei. Cheguei lá no hospital a doutora sentiu acuada comigo me tratou muito mal eu não gostei aí eu fui larguei e vim e me transferiram para HUB eu fui para o HUB me sentir muito bem lá, lá tem uns médico muito bom! (Entrevistado 02, 63 anos)

Em relação às desigualdades de acesso, os entrevistados falam sobre desigualdade de raça, gênero, econômica e geográfica, porém dão maior ênfase nas duas últimas.

Acho que, existe de certa forma porque tem uns lugares que são melhores que os outros, a saúde na ocidental, que é a cidade, o município, de lá é melhor de que...a estrutura de um posto de lá é melhor do que aqui, a estrutura de um posto de saúde lá é melhor do que do hospital que tem aqui. (Entrevistado 07, 20 anos)

eu não tenho muito dinheiro é mais rápido para você tratar estando com dinheiro essas coisas pelo governo não é muito bom não, demora muito, demora atender aí você vai adoecendo, demora muito você não vai... não e vai sentindo, sentindo. Essa pergunta aí...você entendeu? (Entrevistado 06, 82 anos)

Desse modo, os entrevistados têm a percepção de que há desigualdade na distribuição e oferta dos serviços de saúde entre as regiões urbanas e rurais, em que as primeiras teriam mais serviços disponíveis e de melhor qualidade, tanto estrutural como recursos humanos. Alguns estudos como Dimenstein et al. (2020) confirmam essa percepção de desigualdade geográfica.

Quando perguntamos sobre diferenças de tratamentos devido a cor da pele na sociedade e nos postos de saúde, 12 entrevistados acreditam que existe diferença de tratamento na sociedade por causa da cor da pele e para 3 deles, não existe essa diferença. Em relação à existência de diferença de tratamento na UBS, 5 responderam que existe, 6 que não existe e 4 não souberam responder. Sobre casos de racismo vivenciados, 8 dos entrevistados não

sofreram nenhum tipo de preconceito ou discriminação por causa da cor da pele e 7 já sofreram algum tipo de preconceito ou discriminação por causa da cor da pele.

Logo, a maioria dos entrevistados reconhecem que existem diferentes formas de tratamento nos serviços de saúde. Sete dos quinze entrevistados têm consciência das desigualdades raciais na sociedade e já sofreram racismo nos serviços de saúde, corroborando para evidenciar de que o racismo continua fortemente presente na sociedade e se expressa nas organizações de saúde a partir do racismo institucional.

4.4 Percepções dos homens quilombolas de Mesquita sobre papéis de gênero, machismo e racismo

Quando questionados sobre a existência de machismo, alguns entrevistados falam sobre sua percepção na sociedade em geral, relatando que o machismo é muito vigente em nossa sociedade, mas apontam a dificuldade de acesso ao debate e as informações referentes ao machismo, bem como expressam que é algo que faz parte da formação social brasileira, sendo passado de geração em geração por meio da socialização. Vale salientar que a percepção de machismo é mais presente nas falas dos homens quilombolas mais jovens, como a seguir:

....Não sei como explicar... eu acho que o conhecimento hoje em dia é muito pouco então, principalmente homens que considero muito cabeça-dura os pensamentos é muito limitado eu digo até eu mesmo confesso, eu acho que a gente é meio como dizer... ligado ao passado, como vai ensinando a gente, como foi ensinado para a gente, a gente vai levando isso não quer enxergar que a gente tá tomando, fazendo alguma coisa machista entendeu? Acho que é isso, não sei se deu para entender. (Entrevistado 01, 19 anos)

Por que a sociedade é machista desde lá da invasão do Brasil né!? Não foi descobrimento, foi invasão, então desde sempre porque tem muita gente, principalmente esse pessoal da roça, tem muita gente que não tem a mente aberta para a sociedade de hoje em dia, então até o povo desconstruir com essa coisa de gênero e tudo, demora um pouco. (Entrevistado 07, 20 anos)

É o homem toda vida que ser melhor, o homem é um machista mesmo. (Entrevistado 05, 68 anos)

Outras falas, direcionadas ao quilombo, demonstram que a construção de padrões de comportamentos tidos como masculinos podem impulsionar o machismo, principalmente em regiões rurais. Poucos entrevistados não reconhecem a existência do machismo, tanto na sociedade em geral como no quilombo, alguns chegam a verbalizar que não machismo existe porque são todos familiares.

Isso aí não existe não. (Entrevistado 09, 34 anos)

Não, aqui é muito difícil, porque tudo é parente, toda prima, sobrinho, eu acho que não tem essa diferença. (Entrevistado 12, 68 anos)

O que podemos perceber é que há um desconhecimento do real significado de machismo e como ele se expressa na sociedade, mesmo aqueles que reconheceram a sua existência, tiveram dificuldades para conceituar e/ou dar exemplos e por vezes os relatos se confundiram com outras formas de opressões. É importante ressaltar que o não acesso das populações vulneráveis aos conhecimentos sobre as opressões que as cercam é parte de um projeto de alienação e silenciamento.

Em relação às atividades que os homens podem desenvolver, para os entrevistados, os homens são destinados aos serviços pesados, brutos, tendo como obrigação ser o provedor da casa. Porém, alguns entrevistados relatam suas experiências com as tarefas domésticas e reforçam que os homens podem desenvolver essas tarefas como forma de ajudar as mulheres, pois elas estão trabalhando mais que os homens.

Os homens podem fazer o serviço das mulheres, pode principalmente em casa tem que ajudar a mulher que não pode só deixar por conta dela, porque hoje a mulher tá saindo mais fora para trabalhar e o homem quase não sai fica igual esse homem da roça fica mais na roça né. (Entrevistado 02, 63 anos)

É serviço brutal, serviço pesado, a mulher trabalha em serviço maneiro. (Entrevistado 09, 34 anos)

Enquanto as mulheres seriam destinadas aos serviços que não são considerados pesados, pois são “fracas” (SOUSA; GUEDES, 2016). Dão exemplos de trabalho doméstico, na saúde e de cuidado com os familiares.

Como na saúde, no trabalho de casa, agora pra pegar um serviço pesado, a mulher é a parte fraca. (Entrevistado 05, 68 anos)

Primeiramente da casa, segundo do filho. É da casa, do filho e fazer a comida. (Entrevistado 10, 45 anos)

Sobre quais atividades os homens podem desenvolver na comunidade, os entrevistados citam o plantio, a criação de animais, conserto de cercas, esses seriam mais responsáveis pelo trabalho pesado. Entretanto, ressaltam que os homens podem realizar as atividades que as mulheres realizam.

Os homens também, eles plantam, eles cultivam, eles também têm criação de gado e cavalo, mas acho que todo mundo pode fazer de tudo e deve fazer de tudo. Tanto como mulher quanto como homem, dentro da comunidade tem muita coisa legal para fazer e eu acho que os dois dá para fazer o mesmo trabalho sabe, acho que não tem diferença, assim, todo mundo pode aprender a fazer de tudo. (Entrevistado 03, 23 anos)

Tudo, arrumar a casa... todas as tarefas que as mulheres fazem, lavar louça, lavar roupa, lavar banheiro, tudo. (Entrevistado 07, 20 anos)

Já as mulheres seriam mais responsáveis pelos serviços domésticos, como: culinária, costura, colheita e cuidar da casa de modo geral. Apesar de alguns relatarem não concordarem com essa lógica, as mulheres e homens deveriam ser responsáveis por todas as tarefas.

Assim, as mulheres aqui são muitas boas nas culinárias, na costura também que é uma questão muito voltada a elas antigamente. Então acho que elas fazem muito isso também, o plantio à colheita, muitas vão para feiras levam seus produtos que elas fazem em casa, acho que é mais isso o papel delas aqui na comunidade. (Entrevistado 03, 23 anos)

Agora me apertou... ah elas podem realizar... não tem realização não. Num final de semana uma vá cuidar da casa, vai cuidar da roça... um homem tem uma cerca de arame para fazer, vai fazer ,ele tem uma planta para plantar, vai plantar...aí fica para aproveitar que não vai trabalhar esses dias... é isso . (Entrevistado 06, 82 anos)

Eu acho que assim, como a gente está no lugar rural eu vejo que os homens ficam mais responsável por capinar, plantar essas coisas e mulheres mais dentro de casa entendeu? Mas hoje em dia eu vejo que tem o povo tá muito saindo aqui para trabalhar em outro lugar que já tá mudando esses tipos de coisa. (Entrevistado 01, 19 anos)

Ainda sobre as atividades que homens e mulheres podem realizar, os entrevistados apontam que há um processo de mudança na divisão sexual do trabalho. Segundo os entrevistados, atualmente as mulheres estão ocupando mais as funções que seriam masculinas e os homens estão realizando as funções tidas como femininas, o que expressaria uma igualdade entre os sexos.

Rapaz...eu não posso nem te dizer porque tem mulher que faz um serviço que o homem faz , eu acho que do jeito que tá tá bom né. Cada mulher gosta de fazer o serviço dela, tem umas que gosta de trabalhar de gari, outras para trabalhar de motorista, outra gosta de trabalhar de doméstica... é desse jeito né. Eu acho que desse jeito aí tá bom, só que o pessoal tem que olhar os governados igual nem desfazer da mulher nem desfazer do homem. (Entrevistado 15, 40 anos)

Os homens podem fazer o serviço das mulheres, pode principalmente em casa tem que ajudar a mulher que não pode só deixar por conta dela, porque hoje a mulher tá saindo mais fora para trabalhar e o homem quase não sai fica igual esse homem da roça fica mais na roça né . (Entrevistado 02, 63 anos)

Quando perguntados sobre os motivos para as mulheres serem os principais responsáveis pelo serviço doméstico, alguns expressam suas percepções sobre algumas características que seriam dos homens e que justificariam essa situação. Dentre as características citam: preguiçoso, irresponsável, folgado, “durão”, ignorante, cabeça-dura e preconceituoso. Outros verbalizam sobre o preconceito e sobre o homem ser machista naturalmente.

Irresponsabilidade dos homens. Os homens hoje tem muitas irresponsabilidade, são muito folgado,só querem ter vida boa, não querem saber de nada e o preconceito também né... “Ah isso é serviço de mulher não é serviço de homem” não tem isso comigo não. (Entrevistado 11, 70 anos)

É o homem toda vida que ser melhor, o homem é um machista mesmo. (Entrevistado 05, 68 anos)

No que diz respeito às suas percepções sobre as características das mulheres que justificariam esse fato, os entrevistados verbalizam que as mulheres são mais cuidadosas, zelosas com a casa, como se elas possuíssem um dom natural para a realização dos serviços domésticos, fato abordado também pelo autor Passos (2016).

As mulheres é mais zelosas sobre a casa, o homem não tem essa, é muito difícil o homem pegar uma casa e fazer direitinho é todo jogado o homem mais esquisito mesmo (risos). (Entrevistado 02, 63 anos)

Porque ela é mais zelosa, o negocio do homem é mais rustico né? Ela tem mais zelo, tem mais asseio. (Entrevistado 05, 68 anos)

Outros entrevistados apontam que a cultura machista existente em nossa sociedade é a grande responsável pelas mulheres serem as que mais realizam os serviços domésticos, pois atribui os papéis sociais para cada gênero.

Eu acho que é mais dessa construção mesmo da sociedade, que a mulher ela desde pequena ensinada que ela vai ter uma família, que ela vai ter um marido, que ela vai ter que cuidar de tudo. Então desde pequena ela já meio que essa realidade já é inserida a ela, mesmo que ela não perceba então quando ela já tá ali nesse meio ela já, já se ver tomando de conta e os homens também já é construído a tipo fazer outras atividades e já deixa essa responsabilidade para as mulheres, mas a vida é tudo tão automático que as pessoas nem percebem, quando vai ver já é tipo automaticamente. (Entrevistado 03, 23 anos)

A mulher sempre trabalha mais mesmo né, por causa mesmo mais é costume do povo, já pegou essa mania e as mulheres sempre chega em casa os dois juntos e a mulher sempre trabalha mais, o outro senta no sofá e a mulher vai ... (Entrevistado 08, 59 anos)

Essas falas reforçam que a masculinidade é associada aos trabalhos pesados, sujos, penosos, insalubres e perigosos, enquanto a feminilidade é associada aos trabalhos leves, fáceis, limpos, delicados, amorosos, cuidadosos e altruístas. O homem destinado a esfera que dá mais retorno econômico e as mulheres a esfera privada e não remunerada, como consequência disso, temos que as mulheres, mesmo ocupando espaços tidos historicamente como masculinos, não tem gerado mudança na estrutura da divisão social do trabalho. Há uma hierarquização do trabalho, e o trabalho masculino é visto como de mais valor que o feminino, ocorrendo a reprodução de estereótipos sobre o papel “natural” das mulheres de mãe e esposa. Quando, na realidade, os homens e mulheres vão desenvolver de maneira diferentes suas habilidades não por razões biológicas, mas sim conforme o padrão de apoio social recebido, que está interligado à construção social dos gêneros (D'ABREU, 2012).

A partir dessas entrevistas, podemos concluir que o trabalho doméstico ainda é visto como uma atividade exclusivamente feminina, que recai sobre as mulheres a partir do discurso de naturalidade feminina para o cuidado (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Todavia, para os entrevistados, estamos em um processo de mudança na cultura patriarcal, as mulheres estão ocupando espaços que antes eram somente destinados ao sexo masculino.

Em tudo a mulher hoje ela faz, ela é pedreira, é carpinteira, é pintora, ela é dona de casa, cozinha madame e os homens também só quer ela só quer fazer... só que ela fique quietinha. Então as mulheres hoje manda no país e ela sabe de tudo hoje também né. Em Salvador mesmo a mulher pinta, é pintora, mulher carpinteira, mulher pedreira, mulher engenheira, mulher arquiteta, mulher é ser comum. (Entrevistado 10, 45 anos)

Ah, hoje em dia a mulher ela tá trabalhando igual um homem, ela está fazendo... antigamente tinha aquele preconceito de mulher não fazer isso que é serviço de homem mas hoje tudo as mulheres fazem, a mulher hoje aprendeu até trabalhar na área de construção civil. Antigamente era só uma igual posto de gasolina no passado era só o homem que trabalhava mulher não trabalhava hoje em todo segmento é homem e mulher tá tudo igual. (Entrevistado 11, 70 anos)

Mais para trás tinha, hoje diminuiu bastante, hoje não tenho muita diferença não. Se ir para trás tinha, os homens eram mais machistas, (...) hoje não, hoje já tá mais controlado. (Entrevistado 08, 59 anos)

É perceptível que com o avanço do feminismo e o aprofundamento das novas configurações sociais da divisão sexual do trabalho, há enfraquecimento dessa dicotomia e estereótipos em relação aos homens e mulheres. As mulheres estão participando mais do mundo produtivo, mas o contrário não está acontecendo, os homens continuam afastados do mundo doméstico. Por isso a inserção das mulheres no mercado de trabalho não equilibra as funções atribuídas aos sexos, na verdade, reforça desigualdades e desvantagens na divisão sexual do trabalho, pois as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pela esfera privada, exercendo múltiplas jornadas de trabalho e tendo os menores rendimentos, no mundo produtivo acabam ocupando os empregos mais precarizados e de maior flexibilização. Essa realidade é apontada em diversos estudos que abordam a divisão sexual do trabalho (SOUSA; GUEDES, 2016; HIRATA; KERGOAT, 2007).

Ao serem perguntados sobre suas percepções em relação a existência do racismo, os entrevistados verbalizam que conseguem perceber a materialização do racismo na ocupação de cargos de poder, pois a maioria são ocupados por pessoas brancas; na proibição de entrar nos lugares; nos olhares diferentes e na violência verbal e agressões físicas devido a cor. Alguns comentam sobre como a branquitude, detentora de privilégios e poder, tende a discriminar todos que não estão adequados aos seus padrões estabelecidos; que as pessoas negras possuem maiores dificuldades na sociedade devido a cor; que os serviços, as políticas públicas e determinados cargos e profissões são mais fáceis de serem acessados pela população branca, pois os estereótipos criados em torno da população negra continuam impossibilitando de acessar

os bens coletivos. Outros relatam que acompanham muitos casos de racismo pela televisão, que causa mortes de muitos negros e chegam a relacionar o racismo com a falta de informações e ignorância das pessoas.

Aí eu vejo que como dizer os principais lugares ocupados como presidência cargo alto, são por pessoas brancas entendeu? e tem muita coisa envolvida nisso também não só isso, mas você vê situação de racismo tempo todo você ver pessoas proibidas de entrar em alguns lugares por ser negra ou até mesmo sendo oprimidos e negra entendeu (Entrevistado 01, 19 anos).

Não era para isso aí acontecer não mas vez em quando acontece isso aí. O pessoal humilha a gente por causa da cor, deforma a gente por causa disso aí, eu não vou nem falar porque quando eu penso ficou triste né . (Entrevistado 09, 34 anos).

Sim existe! querendo ou não existe, por quê, que nem a paleta de tons quanto mais branco você mais próximo ao padrão Branco você for, mas, eu digo, mais sorte você vai ter tanto na vida, tanto no mercado de trabalho, quanto na vida amorosa, como em tudo sabe?! Por quê quanto mais escuro você for, por questões históricas mais você vai sofrer, então é bem isso . (Entrevistado 03, 23 anos)

Dizem que tem, eu vejo passar na televisão que tem. (Entrevistado 06, 82 anos)

Porque o pessoal... não sei. Porque tipo...tem muita gente desinformada, racismo estrutural principalmente, por que sempre teve aquele negócio da mulher preta, pobre ser a empregada e não a mulher branca. Tipo, gente negra não pode ser professor, não pode ser advogado, não pode ser médico, é isso .(entrevistado 07, 20 anos)

Aí eu não sei porquê. É preto, todo preto você tem uma...você passa por um negro ali, aquele ali é ladrão, aquele ali é maconheiro, é o racismo. O que mais está morrendo é preto, é negro. (Entrevistado 12, 68 anos)

No que diz respeito aos relatos de episódios racistas, poucos entrevistados se sentiram confortáveis para narrar os episódios. Dos que se dispuseram a falar sobre o ocorrido, expressaram um sentimento de impunidade, conformação e impossibilidade de justiça devido a classe social, pois na percepção deles, pessoas com maiores condições financeiras tendem a sair ilesos das ações judiciais, o mesmo não ocorreria com eles, além de verbalizar não saberem quais os procedimentos que devem ser realizados. Outros narram casos de humilhações e xingamentos baseados em estereótipos criados sobre a população negra. Há relato em que pessoas brancas falam sobre a volta da escravidão porque aquela pessoa negra daria um bom escravo.

A tipo o cara falou “aquele ali é preto, preto ele tem que fazer isso tem que ser aquilo, ah eu queria que voltava o tempo de dos escravos que você dava um bom escravo, você é forte para trabalhar sem ganhar nada” eu já escutei um monte de bobagem, piadas que eu achava que aquilo era piada sem futuro. (Entrevistado 11, 70 anos).

A gente vai nos lugares, não dá muita atenção a pessoa negras, o tipo do olhar que olha para você, você entende que não tá. Pensa que você é um ladrão, você é um negro estranho, todo negro para é maconheiro. Se você não tiver com acompanhante fora, você não entra. (Entrevistado 12, 68 anos).

Não, isso aí a gente não marca não isso aí a gente conforma, (risos) que a gente não adianta ainda mais agora no tempo que nós tá, não adianta você denunciar uma pessoa, quem pode mais é o que tem mais e quem não tem, fica! (Entrevistado 02, 63 anos)

As falas dos entrevistados deixam evidente que o racismo se materializa de diversas formas, atingindo a população negra nos mais diferentes níveis e escalas, sempre objetivando a vulnerabilidade política, econômica e/ou cultural, a violência, o adoecimento e a criação de uma subjetividade presa aos estereótipos (CÉSAR, 2019). Outra dimensão que essas falas apontam é que a desigualdade racial é uma característica na nossa sociedade, e as instituições predominantemente composta por determinados grupos raciais reforçam essa desigualdade por meio do uso de mecanismos institucionais discriminatórios, impondo regras e padrões sociais, que colocam os outros grupos em desvantagens.

Dessa forma, podemos compreender o porquê para muitos é doloroso falar sobre os episódios de racismo, isso significa lembrar de um momento de muita violência, ativar memórias que muitas das vezes queremos esquecer. Todavia, os entrevistados que falaram sobre suas “experiências” relatam um sentimento de injustiça social, em que pessoas racistas por terem dinheiro, conseguem sair impunes dessa situação. Situação que nos mostra como o racismo institucional reforça desigualdade por meio do uso de mecanismos institucionais discriminatórios, criando regras e padrões sociais que favorecem determinado grupo social, o que coloca os outros grupos em desvantagens.

Além de verbalizarem que em nossa sociedade os negros são vistos como algo negativo, uma pessoa ruim, suspeita, agressiva, e a partir dessa visão nos discriminam nos mais variados espaços: nos ambientes de trabalho, nas instituições públicas, nos shoppings, na casa de amigos.

Essa criação de mecanismos e políticas excludentes, que aprisionem os negros em uma posição de subalternidade, é uma estratégia para manutenção e reprodução da ordem social da maneira que estar. A branquitude prega um discurso de medo da população negra, mas quem tem um histórico de assassinatos são eles, na realidade o medo é que os negros possam ter poder e façam com eles o mesmo que fizeram no passado e continuam fazendo, explorando e matando os negros. A busca por igualdade racial nessa sociedade tem que ser constante, pois os nossos são mortos diariamente.

Conclusão

Há elementos nesse estudo que apontam para a existência de grande iniquidade étnico-racial e de gênero no acesso à saúde pelos homens quilombolas, devido a socialização em uma sociedade racista, machista e preconceituosa, em que essas particularidades e especificidades da sociedade brasileira aprofunda e intensifica todas as desigualdades já existentes, como também produz novas. Tornando uma tarefa complexa fazer com que os homens quilombolas participem e acessem o sistema de saúde, por muitos motivos, por exemplo, o fato de que o cuidar de si e dos outros e a valorização do corpo no âmbito da saúde não são questões postas na socialização dos homens e também o racismo enraizado em nossa sociedade.

Outra questão de extrema importância é que os profissionais de saúde precisam ter maior alteridade com os homens negros que procuram os serviços de saúde. É necessário procurar entender suas particularidades e especificidades, ver os mesmos como sujeitos políticos, criativos, contraditórios, multifacetados, inteligentes, etc. Não estereotipar esses indivíduos se torna um grande avanço no que diz respeito aos homens nos serviços de saúde. A oferta de educação permanente para os profissionais de saúde pode ser uma estratégia para alcançar esse feito, possibilitando que estes sejam capazes de abranger a multiplicidade das realidades existentes, proporcionando a aproximação dos serviços de saúde com conceitos de atenção integral, humanizada, de qualidade, com equidade.

Todavia, para superar as profundas desigualdades étnico-raciais e de gênero na sociedade brasileira, é preciso reconhecer e respeitar a diversidade de sujeitos que a constituem, sendo necessário que todos sejam vistos de forma igualitária. Entretanto, para que isso ocorra é necessário provocar mudanças profundas no nosso modo de agir e pensar, ou seja, é refletir, questionar e modificar estruturas, crenças e concepções que são bases para a organização dessa sociedade capitalista, que perpassa desde a superação da masculinidade hegemônica, possibilitando que outras masculinidades ricas e abrangentes possam existir, enfrentando sistema patriarcal. Como também a superação do racismo por toda a sociedade brasileira, em que todos reflitam, avaliem e desenvolvam ações de combate as discriminações e desigualdades raciais, seja por meio de estratégias individuais, seja por formas coletivas, como a criação de movimentos.

Ademais, esse estudo apontou a necessidade de aprofundamento da discussão dessa temática, bem como demonstrou que temos gigantesca escassez de estudos sobre as populações

quilombolas, sobretudo no que tange os homens quilombolas, reforçando que precisamos realizar mais estudos/pesquisas sobre a população quilombola, objetivando uma produção crítica que proporcione mudanças, para que esse debate seja ampliado. É através dos estudos/pesquisas que pensamos em políticas sociais com o objetivo de garantir igualdade e equidade entre as populações. Um país desigual não se desenvolve invisibilizando mais da metade da sua população, a população negra. Por isso, a importância de resistir a esses ataques ao direito à vida, buscando, inclusive, aprender com a população quilombola que resiste há muito tempo.

No mais, para alcançar a igualdade só é possível incorporando a defesa do SUS na luta antirracista e antipatriarcal. Vivenciamos um dos ataques mais agressivos ao SUS, é um projeto privatista que visa uma contrarreforma do projeto sanitário baseado na: precarização, subfinanciamento e privatização da saúde pública a níveis jamais vistos, objetivando a desestruturação completa do sistema e do direito público universal à saúde. Então, o que está em jogo com esse processo, é a definição da política de saúde como pública, universal, integral e dever do Estado. Por isso “o fortalecimento da luta pela reforma sanitária é necessário e urgente, e é a única possibilidade para a implementação do SUS constitucional” (BRAVO et al. 2019, p.157), mas não somente isso, é a possibilidade de avançarmos em direção a justiça social.

Referências bibliográficas

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

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

AROUCA, Sérgio. **Saúde e democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Branqueamento e branquitude no Brasil**. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, p. 5-58, 2002.

BEHRING, Elaine Rosseti. **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.

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

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

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

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

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

BRAVO, Maria Inês Souza; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **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.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI, Alberto Filho. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 2005-2008, 2006.

CARLOTO, Cassia Maria. **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.

CÉSAR, Caio. **Hiperssexualização, autoestima e relacionamento inter-racial.** In.: RESTIER, Henrique e de SOUZA, Rolf (orgs.) *Diálogos contemporâneos sobre homens negros e masculinidades.* São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2019.

COUTO, Marcia Thereza; GOMES, Romeu. **Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fxNTB7rNKhG6VPT94gpS4Dj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 de mar. de 2022.

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

CRENSHAW, Kimberlé Williams. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero.** *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

D'ABREU, Lylla Cysne Frota. **A construção social do gênero.** *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 587-589, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3r4bbK5>. Acesso em: 20 de fev. de 2021.

DECRETO Nº 4.887, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por

remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em: 05 de set. de 2021.

DIMENSTEIN, Magda et al. **Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural**. *Amazônica-Revista de Antropologia*, v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>. Acesso em: 05 de mar. de 2022.

DOMINGUES, Petrônio. **Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos**. *Tempo*, v.12, n.23, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tem/v12n23/v12n23a07>. Acesso em: 16 mar. 2022

DRUMONT, Mary Pimentel. **Elementos para uma análise do machismo**. *Perspectivas: Revista de Ciências Sociais*, 1980. Disponível em: <https://bit.ly/3k3pmh8>. Acesso em: 17 de fev. de 2021

DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMAN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. **Determinantes sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a promoção da saúde**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Gz9P835ZfNnxwWdndy9gPvm/?lang=pt>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

FIGUEIREDO, Wagner. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FREITAS, Daniel Antunes et al. **Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura**. *Revista Cefac*, v. 13, p. 937-943, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

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

GOMES, Karine de Oliveira 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.

Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/J4KJPczBxNQMhk4ZVJyj4qn/abstract/?format=html&lang=pt>.
Acesso em: 01 de set. de 2021.

GONZALEZ, Lélia. **Primavera para as Rosas Negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa**. Coletânea Organizada e editada pela União dos Coletivos Pan-Africanistas (UCPA). Diáspora Africana, 2018.

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

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

GÜNTHER, Hartmut. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?**. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 201-209, 2006.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Cadernos de pesquisa, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007. Disponível em:
<https://bit.ly/3hvtMMg> Acesso em: 18 de fev. 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Transformações societárias, alterações no mundo do trabalho e Serviço Social**. Revista Ser Social, v. 6, 2000.

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 set. de 2021.

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 set. de 2021.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Editora Cobogó, 2020.

LEI 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 12 de fev. de 2022.

LEITE, Ilka Boaventura. **Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas**. *Etnográfica*, v. 4, n. 2, p. 333-354, 2000.

LÊNIN, Vladimir Iiyich. **O Estado e a Revolução: o que ensina o marxismo sobre o Estado e o papel do proletariado na revolução**. [tradução revista por Aristiides Lobo] 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

LOURO, Guacira Lopes. **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.

MARQUES, Carlos Eduardo. **Vinte anos da Constituição Federal Brasileira (1988-2008): algumas reflexões a respeito da categoria “remanescentes de quilombos”**. *Teoria e Sociedade*, p. 176-201, 2009.

MANDEL, Ernest. **O Capitalismo Tardio**. SP, Abril Cultural, 1982. Introdução (p. 3-6) e Cap. 15 O Estado na fase do capitalismo tardio p.333-350.

MELO, Maíra Fernanda Tavares de; SILVA, Hilton Pereira. **Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil**. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, v. 7, n. 16, p. 168-189, 2015. Disponível em: encr.pw/8wPIo. Acesso em: 05 de fev. de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

MIRANDA, Sérgio Vinícius Cardoso de et al. **Cartografia das condições de trabalho de homens quilombolas e as intersecções para a informalidade e a saúde mental**. *Interface-*

Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, p. e200478, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2021.v25/e200478/pt>. Acesso em: 05 de fev. de 2022.

Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/indicadores-de-saude/pesquisa-nacional-de-saude-pns>. Acesso em: 18 jan. 2022.

MOORE, Carlos. **Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo**. – Belo Horizonte : Mazza Edições, 2007.

NASCIMENTO, Abdias. **O genocídio do Negro Brasileiro: processo de um racismo mascarado**. 3. ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método da teoria social**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 668-700, 2009.

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

NUNES, Sylvia da Silveira. **Racismo no Brasil: tentativas de disfarce de uma violência explícita**. Psicologia USP, v. 17, p. 89-98, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/kQXPLsM8KBkZYSBTnTGhvmj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 de jan. de 2022.

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

OSÓRIO, Jaime. **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.

O'DWYER, Eliane Cantarino. **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo.** Serviço Social & Sociedade, n. 126, p. 281-301, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3xMRNDS>. Acesso em: 20 de fev. de 2021.

PEREIRA, Lucélia Luiz; SILVA, Hilton Pereira da; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. **Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas.** Rev ABPN, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.

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, Rosilene das Neves; MUSSI, Ricardo Frankllin de Freitas. **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 em: 01 de set. de 2021.

RATTS, Alex. **Eu sou atlântica: Sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento.** São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo (Instituto Kuanza), 2006.

REIS, Rute Rodrigues dos. **Masculinidades e famílias negras: algumas imersões necessárias.**

RIBEIRO, Alan Augusto Moraes; FAUSTINO, Deivison Mendes. **Negro tema, negro vida, negro drama: estudos sobre masculinidades negras na diáspora.** Revista TransVersos, n. 10, p. 163-182, 2017.

ROCHA, Andrea Pires. **Segurança e racismo como pilares sustentadores do Estado burguês.** Argumentum, v. 12, n. 3, p. 10-25, 2020.

SANTOS, Tainara Cristina. **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, Márcia Pereira Alves dos et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, p. 225-244, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/LnkzjXxJSJFbY9LFH3WMQHv/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado e violência**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2004.

SEPARAVICH, Marco Antônio; CANESQUI, Ana Maria. **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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QSYJggmjYNygGFkKQf4xTjc/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 05 de jan. de 2022

SILVA, Allan Rubens Ferreira da. **A imagem do homem negro nas publicidades de cervejas no Brasil: imagens de controle e estereótipos raciais na paixão nacional**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/33386> . Acesso em: 05 de set. de 2021.

SILVA, Maria Lucia Lopes Da. **(des) estruturação do trabalho e condições para a universalização da previdência social no brasil**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 209-280.

SOUZA, Luciana Karine de. **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.

SOUSA, Luana Passos de; GUEDES, Dyeggo Rocha. **A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década**. Estudos avançados, v. 30, n. 87, p. 123-139, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/36wHqbC>. Acesso em: 20 de fev. de 2021.

SOUZA, Rolf Ribeiro de. **As representações do homem negro e suas consequências**. Revista Fórum Identidades, ano 3, v. 6, 2009. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/forumidentidades/article/view/5500>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

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

TEIXEIRA, Carmen. **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.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. **Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção**. Saúde em Debate, v. 37, p. 610-618, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GwYSxxVb5DCDkyrXhSxW4JG/?lang=pt> . Acesso em: 05 de set. de 2021.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade, v. 25, p. 535-549, 2016.