

ARTIGO

Saúde mental e população quilombola: uma análise crítica do acesso ao cuidado no arcabouço legal

Mental health and the quilombola population: a critical analysis of access to care within the legal framework

Alessandra Regina de Souza Santos^I, Cláudia Malinverni^{II}, Mario Henrique da Mata Martins^{III}

Resumo

Inspirado na Reforma Psiquiátrica Italiana, o movimento antimanicomial brasileiro surgiu nos anos 1970 e fundamentou as políticas de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) promoveu a desinstitucionalização e implementou serviços territorializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A Lei nº 10.216/2001 representou um marco na RPB ao redefinir o modelo de atenção à saúde mental, promovendo a transição do paradigma hospitalocêntrico para uma rede de cuidados de base territorial e comunitária, centrada no respeito aos direitos humanos e na ampliação do acesso aos serviços psicossociais. Todavia, no caso da população quilombola, persistem desigualdades no acesso à rede de atenção psicossocial. A interseção de marcadores sociais, como racismo, classe e precariedade socioambiental, limita o acesso dos quilombolas aos equipamentos e serviços públicos. Esta pesquisa, de natureza qualitativa e da qual resulta este artigo, realizou uma análise crítica da legislação que estrutura o cuidado em saúde mental, com foco na população quilombola. Para tanto, analisou como as leis que estruturam as políticas de saúde mental e de populações vulnerabilizadas vêm abordando, desde a Constituição, o acesso dos quilombolas às redes psicossociais do SUS. Buscou, ainda, identificar nos textos legais a presença ou a ausência da perspectiva interseccional, bem como diretrizes norteadoras para que gestores de saúde possam implementar ações efetivas e factíveis para superar esse desafio. Foram examinados sete documentos legais (leis e portarias) nos quais foi possível observar que apenas recentemente o acesso de quilombolas à saúde mental foi explicitado, contribuindo para a manutenção da iniquidade no acesso. A pesquisa destaca que a invisibilidade dessa população na política de saúde mental reflete desafios históricos e estruturais, ainda distante de uma efetiva superação.

Palavras-chave: Saúde mental. Quilombolas. Equidade no acesso a serviços de saúde.

Abstract

Inspired by the Italian Psychiatric Reform, the Brazilian anti-asylum movement emerged in the 1970s and based mental health policies on the Unified Health System. The Brazilian Psychiatric Reform promoted deinstitutionalization and implemented territorialized services, such as the Psychosocial Care Centers (CAPS). Law No.

^I Alessandra Regina de Souza Santos (alessandrasantos.enfermeira@gmail.com) é enfermeira, mestranda em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo; atua como diretora de saúde especializada na Secretaria de Saúde de Ubatuba (SP).

^{II} Cláudia Malinverni (claudia.malinverni@isaude.sp.gov.br) é bacharel em comunicação social, mestre e doutora em ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); pesquisadora científica I e coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^{III} Mario Henrique da Mata Martins (mario.martins@ufscar.br) é bacharel em psicologia, mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e professor no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

10,216/2001 represented a milestone in the (RPB in portuguese) by redefining the mental health care model, promoting the transition from the hospital-centric paradigm to a territorial and community-based care network, centered on respect for human rights and expanding access to psychosocial services. However, in the case of the quilombola population, inequalities persist in the access to the psychosocial care network. The intersection of social markers, such as racism, class, and socio-environmental precariousness, limits quilombolas' access to public facilities and services. This qualitative research conducted a critical analysis of the legislation that structures mental health care, focusing on the quilombola population. To achieve such purpose, it analyzed how the laws that structure mental health policies and those of vulnerable populations have addressed, since the Constitution, the access of quilombolas to the psychosocial networks of the SUS. It also sought to identify the presence or absence of an intersectional perspective in the legal texts, as well as guidelines so that health managers can implement effective and feasible actions to overcome this challenge. Seven legal documents (laws and ordinances) were examined, in which it was possible to observe that only recently has quilombolas' access to mental health care been made explicit, contributing to the maintenance of inequity in access. The research highlights that the invisibility of this population in mental health policy reflects historical and structural challenges that are still far from being effectively overcome.

Keywords: Mental health. Quilombolas. Equity in access to health services.

A atenção psicossocial nos marcos legais, breve contexto

Inspirado na reforma psiquiátrica da Itália, o movimento antimanicomial brasileiro emergiu nos anos 1970 e se tornou gênese do arcabouço legal que sustenta as políticas de saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob intensa mobilização de diferentes atores da sociedade, da academia, dos serviços de saúde e dos movimentos populares, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) propôs e alicerçou profundas mudanças nas

concepções sobre loucura, nas práticas para lidar com as diferentes condições classificadas como doenças mentais ou sofrimento psíquico e, sobretudo, no reconhecimento de direitos plenos das pessoas identificadas com essas condições (nos marcos dos direitos sociais e humanos)¹.

Acompanhando o processo de regulamentação do SUS, as iniciativas de atenção psicossocial centradas na desospitalização e na promoção do cuidado de base territorial e comunitária avançaram, possibilitando a implementação e expansão de equipamentos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados pelo Ministério da Saúde em 2001, e dos programas focados no resgate de laços afetivos e (re)integração de pessoas com transtornos mentais às famílias e comunidades, como o “De Volta para Casa” (PVC^{IV}), lançado em 2003.

Todas essas mudanças, tributárias da RPB, estão preconizadas na Lei nº 10.216², de 2001, principal marco legal da saúde mental no país, e as portarias que a ela se seguiram. Isso garantiu a inserção nos textos legais do direito ao acesso justo, equânime e de qualidade de todos os brasileiros aos serviços de atenção psicossocial ofertados pelo SUS. Em paralelo, também foram criadas políticas para assegurar esse direito a populações específicas, como indígenas, ribeirinhos, caiçaras e quilombolas.

Ainda que explicitem essa garantia, efetivamente as políticas não têm sido capazes de eliminar ou reduzir as iniquidades no acesso à rede de atenção psicossocial dessas populações, historicamente submetidas à

^{IV} Auxílio financeiro para a reabilitação de pessoas com transtornos mentais e histórico de internação de longa permanência, a partir de dois anos ininterruptos, em hospitais psiquiátricos ou de custódia. Instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, o PVC é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

privação de direitos. Notadamente de quilombolas, sobre os quais atua uma inquestionável sobreposição de marcadores sociais, uma vez que suas comunidades vivem na intersecção de desigualdades provocadas por questões de raça/cor, de classe e de precariedade dos territórios que ocupam, em geral fragilizados por situações socioeconômicas e ambientais produtoras de vulnerabilidades, adoecimento mental e sofrimento psíquico³.

Frequentemente isolados em áreas desprovidas de infraestrutura de mobilidade, os quilombolas experimentam cotidianamente desafios de acesso aos serviços públicos de todas as naturezas, particularmente aos equipamentos de saúde mental. Nessa intersecção de desigualdades, os moradores de quilombos emergem como a mais invisibilizada das populações específicas no arcabouço legal.

Isso a despeito de o campo da saúde entender, há mais de cinco décadas, que os determinantes individuais e sociais, como renda, moradia e escolaridade, interferem na qualidade do acesso à saúde⁴. E, em que pese o SUS ter se firmado como um ator fundamental de promoção da equidade, o sistema ainda apresenta barreiras de acessibilidade, fragmentação e inadequação no atendimento a determinados grupos⁵, em especial aqueles usuários racialmente distinguidos. Isso ocorre em decorrência da discriminação, do preconceito e dos estereótipos raciais que redundam na “exclusão, restrição ou preferência fundadas na raça, na cor, na descendência ou na origem nacional ou étnica”⁶.

O racismo e a discriminação racial dificultam o acesso desses grupos aos equipamentos e serviços públicos, um dos fatores que contribui para as iniquidades nos padrões de saúde e mortalidade entre brancos e negros, exacerbando desigualdades e limitando oportunidades de tratamento e prevenção, conforme explicitado na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁷. Isso fica explícito, por exemplo, nos indicadores e desfechos de saúde de pretos e pardos, sempre inferiores aos de brancos, como se depreende dos dados sobre saúde da população negra, publicados pelo Ministério da Saúde em 2023⁸.

A (in)visibilidade quilombola nas políticas públicas

Membros de grupo étnico-racial de definição auto atribuível, formado por indivíduos com presunção de ancestralidade negra relacionada com a experiência de resistência à opressão histórica e relações territoriais específicas⁹, os quilombolas vivem um cenário de iniquidades em saúde ainda pior do que o da população negra em geral, justamente em decorrência da sobreposição de desigualdades, dada pela própria condição de vida nos quilombos. Os territórios quilombolas vivem um relativo isolamento geográfico por conta de sua localização, majoritariamente em áreas rurais, de difícil acesso e baixa mobilidade, dada pela indisponibilidade ou precariedade do transporte público. Além disso, o preconceito e, não raro, a discriminação que essas comunidades enfrentam, agravam as situações de negligência em todas as dimensões dos serviços públicos, inclusive no que se refere ao acesso à saúde de qualidade¹⁰.

Para entender a permanência do racismo, da discriminação racial e da precariedade que afetam seus territórios, é preciso retroceder no tempo. Uma das primeiras estratégias de enfrentamento à escravidão, os quilombos foram definidos, em 1740, como toda habitação que reunisse mais de cinco negros fugidos, ocupando áreas parcialmente despovoadas, ainda que sem edificações. Os quilombos são remanescentes de grupos oriundos de uma variedade de processos (fugas seguidas e ocupação de terras livres, geralmente isoladas), formados a partir de heranças e de doações ou como forma de pagamento ou compra de lotes, tanto durante quanto após a abolição da escravatura no Brasil¹⁰.

Na América Latina, contemporaneamente, o direito de comunidades afrodescendentes ao território tem sido garantido pelas constituições nacionais¹¹. É o caso do Brasil, que começou a construir esse direito na década de 1970, na convergência das lutas e reivindicações dos movimentos negros, das comunidades negras

rurais – naquele momento, já bastante significativas no Pará e Maranhão – e das mudanças político-institucionais e administrativas orientadas pela promulgação da Constituição de 1988: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”¹². Importante dizer que esse artigo, nº 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, só seria regulamentado pelo Decreto nº 4.887¹³, em 2003, que definiu os procedimentos para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes quilombolas.

Esse decreto implicou, também, ampliação do rol de atuação do Estado em relação aos direitos desses grupos, “que até então estiveram destituídos de garantias constitucionais positivas, uma vez que foram objetos do direito repressivo durante as fases colonial e imperial”¹¹). Ainda, viabilizou a criação do Programa Brasil Quilombola (PBQ), em 12 de março de 2004. Seu objetivo era consolidar os marcos da política pública para as áreas quilombolas, incluindo a saúde, tendo como eixo norteador a Agenda Social Quilombola. Em 2023, o PBQ foi substituído pelo Programa Aquilomba Brasil¹⁴, analisado adiante neste trabalho.

Sempre invisibilizado, em 2022, pela primeira vez, esse estrato de brasileiros foi finalmente apresentado no Censo, que contabilizou 1.327.802 de pessoas quilombolas, 0,65% do total de habitantes do país¹⁵. Foram identificados 473.970 domicílios, nos quais residia pelo menos uma pessoa autodeclarada quilombola, espalhados por 1.696 municípios brasileiros, a maioria no Nordeste, que concentra 68,19% (ou 905.415 pessoas) do total dessa população. O Censo também mostrou que os territórios oficialmente delimitados abrigam 203.518 pessoas, das quais 167.202 são quilombolas. Destaca-se, ainda, que apenas 4,3% da população quilombola reside em territórios já titulados no processo de regularização fundiária¹⁵.

O presente artigo buscou compreender de que forma as leis que estruturam as políticas de saúde mental e de populações vulnerabilizadas vêm abordando, desde a Constituição, o acesso dos quilombolas às redes psicossociais do SUS. Buscou, também, identificar nos textos legais a presença ou a ausência da perspectiva interseccional, bem como de diretrizes norteadoras que permitam aos gestores de saúde construir e implementar ações efetivas e factíveis para superação do desafio do acesso de quilombolas ao cuidado em saúde mental.

Percurso metodológico

Parte de pesquisa de mestrado conduzida pela primeira autora (ainda em andamento), o presente trabalho é uma análise crítica da legislação que estrutura a atenção em saúde mental, com foco na população quilombola. Para tanto, foi realizado um levantamento das políticas públicas e da legislação que estruturam a atenção às populações negras e específicas, buscando identificar, no discurso legal, ações voltadas às comunidades dos quilombos.

Esse material formou o *corpus* de análise, centrada nos repertórios interpretativos, dispositivos linguísticos formados por termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades na produção de sentidos, segundo a dinâmica, a variabilidade e a polissemia das relações sociais, inclusive expressas em documentos¹⁶. Essa perspectiva permite identificar, nos discursos, os posicionamentos de diferentes atores, bem como perceber os sentidos produzidos sobre dado fenômeno¹⁷. Nesse caso, quanto à garantia, no discurso da política pública, do acesso de quilombolas à rede de atenção psicossocial do SUS.

Assim, a análise aproximou-se do referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos, segundo a qual o sentido é uma construção social, de caráter coletivo e interativo¹⁸. Essa abordagem entende o sentido como o dispositivo que possibilita às pessoas, nas interações sociais e em relação a contextos históricos e culturais específicos, produzir os termos que lhes permitem compreender e lidar com as

situações do cotidiano. Dito de outro modo, a linguagem é instruidora de realidades, construídas pelas pessoas nas interações sociais cotidianas¹⁸.

Os documentos foram coletados nos portais do Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, com busca intencional voltada à temática em questão. Foram localizados doze documentos, lidos integralmente para posterior seleção dos oito textos que integraram o *corpus* de análise. Eles atendiam ao critério de inclusão, qual seja, mencionar formas de acesso ao SUS: um decreto (nº 11.447/2023¹⁴), três leis (nº 8.080/1990¹⁹, nº 10.216/2001² e nº 12.288/2010²⁰) e quatro portarias (nº 992/2009⁷, nº 3.088/2011²¹, nº 2.866/2011²², nº 2.436/2017²³). Complementarmente, foi analisado o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010)²⁴, entendido como instrumento de política pública.

O discurso legal como agente da invisibilidade

Acesso é o processo que garante às pessoas ingressar nas redes de cuidado com base em características populacionais e disponibilidade organizacional e geográfica dos sistemas locais de saúde²⁵. Trata-se, portanto, de uma noção mais política que operacional, que pode facilitar ou dificultar a obtenção dos serviços de saúde²⁶. Em outras palavras, a organização dos sistemas de saúde pode reduzir ou ampliar os obstáculos de acesso aos serviços, interferindo, nesse sentido, nos padrões de iniquidades em saúde.

Na Lei nº 8.080¹⁹, que regulamentou e organizou o SUS, não é abordado diretamente o acesso da população quilombola à saúde mental. Essa é a lacuna inaugural na política pública, que só seria de fato coberta três décadas mais tarde, pelo Decreto nº 11.447¹⁴, que instituiu o já mencionado Programa Aquilomba Brasil e seu Comitê Gestor. Embora seja uma breve carta de intenções, o documento, o mais recente do *corpus*, é o único a explicitar a obrigação da política pública em garantir: “acesso de qualidade à saúde física, mental, integral e de qualidade para a população quilombola” (§ VII, Art. 5º; grifos nossos).

Em contraponto, a lei que estruturou a política de atenção à saúde mental, nº 10.216², estabelecendo as diretrizes para o cuidado humanizado centrado na proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial, não menciona raça/cor e etnia. Nessa lei, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a palavra acesso é citada apenas duas vezes, e todo o texto faz referência à população em geral. Nos parece que, embora fosse uma reivindicação antiga dos movimentos negros e já um tema de pesquisa relevante, essa omissão às demandas de grupos específicos expressa um momento em que os estudos brasileiros com abordagem interseccional como um todo, e do campo da saúde, em particular, ainda não estavam integrados à agenda política.

Esse aspecto talvez explique por que a primeira menção à saúde das comunidades de quilombos, que certamente apresentam sobreposição de marcadores sociais (raça/cor, classe, precariedade territorial), só tenha aparecido no arcabouço legal em 2010, com a promulgação do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288)²⁰. Ainda assim, apenas uma vez ao longo do texto, e sem abordar a saúde mental, conforme exposto no Parágrafo Único do Capítulo I – Do direito à Saúde:

Os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde²⁰.

No que tange às portarias, a mais relevante é a que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁷. Nela, o acesso é mencionando seis vezes, apenas uma vez mencionando as populações

específicas: “garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde” (§ II, Capítulo II, Objetivos Específicos)⁷. Na Portaria nº 3.088²¹, que institui em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, a palavra acesso é repetida seis vezes, mas nenhuma delas alude aos povos das florestas e do campo.

Mesmo na Portaria nº 2.866²², que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), se mantém o discurso genérico do acesso, que aparece nove vezes no texto, oito delas citando os princípios do SUS. Uma única vez são destacadas as especificidades das demandas de saúde dos povos da floresta e do campo:

Art. 4º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados (...)

II - Inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo e da floresta²².

Já a última versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²³ – que revisou as diretrizes organizativas da atenção básica – evidenciou a mais surpreendente forma de invisibilidade da população quilombola no *corpus* analisado. Por ter como eixo estruturante a estratégia saúde da família (ESF), a política enfatiza os modos de organização das equipes da AB segundo a lógica territorial, destacando a atenção a grupos específicos. Ao longo do texto legal são mencionados diversos grupos populacionais específicos, com destaque para ribeirinhos, que aparecem quinze vezes. A palavra indígena é citada uma única vez, apenas para indicar o papel da AB na atenção a essa população (participar, em articulação com o subsistema Indígena, de ações de educação permanente e gestão da rede assistencial). O que de fato chamou a atenção foi a ausência de qualquer referência a quilombolas. Essa população parece ser “contemplada” na difusa expressão “etc.”, que encerra as três listas de grupos populacionais específicos mencionados no texto da portaria.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.)

(...) cuidado integral à saúde da população adscrita (...) com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

(...) as equipes devem assumir em seu território de referência (...) os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc.) ou mesmo trabalhadores da área adstrita²³.

A garantia do acesso imbricado com o modo de vida das populações específicas foi claramente articulada no relatório da conferência²⁴, documento fundamental que menciona a palavra “acesso” 94 vezes, enfatizando que a universalidade do cuidado em saúde mental não poderia prescindir do enfrentamento às desigualdades e iniquidades relacionadas à raça/etnia, entre outros determinantes sociais. Ainda que não aponte estratégias para a operacionalização desse acesso, o relatório também ressalta a importância de incluir na política de saúde

mental as populações quilombolas, respeitando suas especificidades socioculturais. Realizados seis meses antes da publicação da PNSIPN, tanto a conferência quanto seu relatório foram marcados pela interseccionalidade, sendo essa abordagem, discursivamente, um esforço para dar visibilidade ao quilombola, até ali um sujeito oculto na política pública.

Com relação à análise dos repertórios interpretativos, foram identificados quatro recursos linguísticos que colaboram com a invisibilização da população quilombola: o uso do sujeito oculto (que exige uma interpretação crítica do contexto por parte dos leitores), a categorização por pertencimento (que engloba diversos grupos, inclusive quilombolas, de modo indiferenciado sob o mesmo signo), a exemplificação excludente (que limita o escopo do que caracteriza um exemplo) e a imprecisão sistemática (que torna as promessas de políticas públicas vagas e sujeitas a não serem plenamente implementadas). Esses recursos aparecem frequentemente de forma conjunta.

O uso do recurso “sujeito oculto” se manifesta em textos normativos que mencionam a necessidade de garantir acesso universal e igualitário à saúde sem especificar os grupos vulneráveis que enfrentam barreiras estruturais no acesso ao SUS. Nesse caso, pode haver uma omissão do sujeito, identificado pelo contexto, ou a apresentação de um sujeito muito genérico que não configura um grupo preciso. Um exemplo clássico é a Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, sem explicitar grupos particulares, obliterando as especificidades de saúde das populações historicamente marginalizadas, como os quilombolas.

Todavia, quando é possível identificar o grupo, passamos ao recurso de categorização por pertencimento, esse mecanismo que está presente, por exemplo, na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra⁷. Embora essa política tenha avançado ao reconhecer a população negra como um grupo com necessidades específicas de saúde, em diversos trechos há referências genéricas a “populações vulneráveis”, sem distinção clara entre quilombolas, indígenas, ribeirinhos e outros grupos. Esse tipo de categorização dilui a especificidade das demandas quilombolas, as quais deveriam ser consideradas a partir das condições de vida particulares desse grupo populacional, que enfrenta históricas e enormes dificuldades para acessar os equipamentos públicos de saúde devido à localização dos seus territórios e à intersecção de discriminações – raça, cor, classe.

O recurso da exemplificação excludente, por sua vez, é encontrado em documentos que citam exemplos de populações beneficiadas por políticas públicas, mas omitem certos grupos, tornando-os invisíveis na formulação das ações. Esse recurso é visível, por exemplo, no texto da PNAB, que, apesar de reconhecer a importância da Estratégia Saúde da Família para populações em situação de vulnerabilidade, frequentemente destaca a população ribeirinha e uma única vez a população indígena, sem mencionar os quilombolas, que também necessitam de ações diferenciadas.

O recurso da imprecisão sistemática opera em conjunção com os três anteriores, se manifestando na ausência de definições precisas sobre os beneficiários das políticas, permitindo que termos amplos e genéricos sejam utilizados para referir-se a essa população sem nomeá-la diretamente, mas com a característica de que a estratégia se repete ao longo do texto da política. Termos como população vulnerável ou população tradicional, típicos de uma categorização por pertencimento, quando repetidos ao longo de um documento tornam a imprecisão específica dos termos em uma imprecisão sistemática da política em si. E isso torna as promessas de políticas públicas vagas e sujeitas a não serem plenamente implementadas.

É importante salientar que esses recursos têm diminuído ao longo do tempo com a implementação de programas e políticas cada vez mais precisos voltados à população quilombola, o que é um avanço importante do ponto de vista da luta contra as desigualdades. Ao evidenciar o uso de recursos linguísticos como sujeito oculto, categorização por pertencimento, exemplificação excludente e imprecisão sistemática, torna-se possível

compreender como a formulação textual pode impactar a implementação de ações concretas. Essa análise contribui para o aprimoramento das políticas, chamando a atenção para a necessidade de maior precisão na definição dos beneficiários e na alocação de recursos, promovendo equidade no acesso à saúde e fortalecendo o reconhecimento de direitos dessas populações.

Considerações finais

Na análise, foi possível perceber um tímido avanço da legislação em direção às especificidades da população quilombola. Mas ainda longe da perspectiva interseccional, para a qual não é possível entender a complexidade, tampouco enfrentar fragilidades e barreiras do acesso gestadas nas relações atravessadas por marcadores sociais da diferença, conjunto de valores histórica e socialmente constituídos de variáveis, entre elas raça/cor, que agem sobre os processos de diferenciação e de posicionamento de sujeitos na estrutura social²⁶.

O discurso das políticas públicas, refletindo contextos demarcados, partiu de uma noção generalista da população quilombola, avançando muito morosamente por diretrizes e normativas assentadas nas demandas coletivas desse grupo, sem considerar os marcadores sociais da diferença que atravessam o seu cotidiano. Foi, entre as populações específicas, a mais invisibilizada. Dito de outra forma, em uma perspectiva histórica foi possível observar que os documentos construídos não foram capazes de cobrir as lacunas da legislação até 2023, quando então emergiu o Programa Aquilomba Brasil, o único a propor explicitamente a importância de assegurar o acesso desse grupo a bens e serviços públicos, inclusive em saúde mental.

Em síntese apertada, nos textos das políticas públicas os repertórios linguísticos ignoraram as especificidades dos quilombolas, invisibilizando suas demandas de acesso à rede de atenção psicossocial. Concluímos que os próximos documentos envolvendo essa população devem ser formulados em uma linguagem inclusiva, para que seus direitos sejam plenamente visibilizados, reconhecidos e efetivados.

Referências

1. Machado CV. A reforma psiquiátrica brasileira: caminhos e desafios. *Saúde debate*. 2020; 44(3):5-8.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* [internet]. 2001 [acesso em 2 fev 2025]; Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 30 abr 2024.
3. Batista EC, Rocha KB. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Interações (Campo Grande)* [internet]. 2020 [acesso em 13 jun 2024];21(1):35–50. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>.
4. Ronald A, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.
5. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde colet* [internet]. 2012 [acesso em 12 abr 2024];17(11):2865–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
6. Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodrigues QP, Santos CCC, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto contexto enferm* [internet]. 2013;22(2):285-92.
7. Brasil. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília (DF); 2009 [acesso em 12 jul 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html.

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra. 2023 [acesso em 22 jul 2024];1(Número Especial). Disponível em: BE_saude_pop_negra_vol1_b.pdf.
9. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas - CONAQ. Quem somos [internet]. [acesso em 13 jul 2024]. Disponível em: <https://conaq.org.br/quem-somos>.
10. Cidade e cultura. Quilombo de Ubatuba [internet]. [acesso em 11 ago 2024]. Disponível em: <https://www.cidadeecultura.com/quilombo-de-ubatuba/>.
11. Marques CE, Gomes L. A Constituição de 1988 e a resignificação dos quilombos contemporâneos: limites e potencialidades. Rev Bras Ciênc Soc. 2013;28(81):137-555.
12. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF): Senado Federal; 1988 [acesso em 19 dez 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
13. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Dispõe sobre a identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 21 nov 2003 [acesso em 24 jun 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm.
14. Brasil. Decreto nº 11.447, de 8 de março de 2023. Institui o Programa Aquilomba Brasil e o seu Comitê Gestor [internet]. Brasília: 2023 [acesso em 18 jul 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11447.htm.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Brasil tem 1,3 milhão de quilombolas em 1.696 municípios [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [acesso em 15 nov 2024]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37464-brasil-tem-1-3-milhao-de-quilombolas-em-1-696-municipios>.
16. Martins MHM, Ribeiro MAT. Repertórios linguísticos dos riscos industriais no Pontal da Barra, Maceió. Athenea Digital. Revista de Pensamiento y investigación social. 2016;16(1):139-58.
17. Aragaki SS, Piani PP, Spink MJ. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. In: Spink MJ, Brigagão JIM, Nascimento VLV, Cordeiro MP. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2014.
18. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004, p 41-61.
19. Brasil. Lei nº 8.080, 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. Diário Oficial da União [internet]. Brasília, 20 set 1990 [acesso em 12 jan 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 12 jan. 2025.
20. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Diário Oficial da União [internet]. 2010 [acesso em 13 jul 2024]; Seção 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 13 jul 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011 [internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 13 jul 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
24. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Sistema Único de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: CNS/MS, 2010.

25. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-20.
26. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
27. Soares CB, Bonetti AL. Marcadores sociais da diferença na experiência escolar de jovens estudantes negras. *Rev Ciênc Soc [internet].* 2021;21(3):370–9. Doi: 10.15448/1984-7289.2021.3.40540