

# DESIGUALDADES, RACISMOS E SAÚDE MENTAL EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA RURAL

**Magda Dimenstein**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Natal - RN - Brasil

**Victor Hugo Belarmino**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Natal - RN - Brasil

**Maria Emanuely Martins**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Natal - RN - Brasil

**Candida Dantas**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Natal - RN - Brasil

**João Paulo Macedo**

Universidade Federal do Delta do Parnaíba | Parnaíba - PI - Brasil

**Jáder Ferreira Leite**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Natal - RN - Brasil

**Antonio Alves Filho**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Natal - RN - Brasil

submissão: 10/03/2020 | aprovação: 19/08/2020

## RESUMO

Populações quilombolas são historicamente atingidas por amplas desigualdades sociais, que geram vulnerabilidades em vários âmbitos da vida cotidiana, associadas à saúde mental e à produção de sofrimento psíquico. Este artigo objetiva discutir a incidência de transtornos mentais comuns a partir da ótica da Determinação Social da Saúde. Aplicou-se questionário sociodemográfico, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), e entrevista semiestruturada em uma comunidade quilombola rural. Observou-se que as experiências de sofrimento psíquico estão relacionadas às iniquidades sociais, à escassez de estratégias de apoio comunitário e de possibilidades de acolhimento e de cuidado culturalmente sensível na rede de atenção psicossocial, além de se apresentar de modo desigual entre homens e mulheres. O racismo institucional se revela em práticas em saúde que perpetuam as desigualdades que atingem as populações negras e do campo. Esses elementos impactam e revelam a intrínseca articulação entre gênero, raça, classe e saúde mental.

**Palavras-chave:** saúde mental; transtornos mentais comuns; quilombola; racismo; iniquidades.

### INEQUALITIES, RACISMS AND MENTAL HEALTH IN A RURAL QUILOMBOLA COMMUNITY

#### ABSTRACT

Quilombola populations have historically been affected by broad social inequalities, which generate vulnerabilities in various areas of daily life, associated with mental health and the production of psychic suffering. This paper aims to discuss the incidence of common mental disorders from the perspective of Social Determination of Health. A sociodemographic questionnaire, the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), and a semi-structured interview in a rural quilombola community were applied. It was observed that the experiences of psychological suffering are related to social inequalities, the scarcity of community support strategies and of culturally sensitive reception and care possibilities in the psychosocial care network, as well as being unequally present between men and women. Institutional racism is revealed in health practices that perpetuate the inequalities affecting black and rural populations. These elements impact and reveal the intrinsic articulation between gender, race, class and mental health.

**Keywords:** mental health; common mental disorders; quilombola; racism; iniquities.

### DESIGUALDADES, RACISMOS Y SALUD MENTAL EN UNA COMUNIDAD QUILOMBOLA RURAL

#### RESUMEN

Las poblaciones quilombolas se ven históricamente afectadas por amplias desigualdades sociales, que generan vulnerabilidades en diversos ámbitos de la vida cotidiana. Esas vulnerabilidades están asociadas con la salud mental y la producción de sufrimiento psíquico. Este trabajo tiene por objeto examinar la incidencia de los trastornos mentales comunes desde la perspectiva de la determinación social de la salud. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) y una entrevista semiestruturada en una comunidad rural quilombola. Se observó que las experiencias de sufrimiento psicológico están relacionadas con las desigualdades sociales, la escasez de estrategias de apoyo comunitario y de posibilidades de recepción y cuidados sensibles a la cultura en la red de atención psicossocial, así como con la desigualdad entre hombres y mujeres. El racismo institucional se revela en las prácticas sanitarias que perpetúan las desigualdades que afectan a las poblaciones negras y rurales. Estos elementos impactan y revelan la articulación intrínseca entre género, raza, clase y salud mental.

**Palabras clave:** salud mental; trastornos mentales comunes; quilombola; racismo; iniquidades.

## 1. INTRODUÇÃO

Comunidades quilombolas ou “remanescentes de quilombos”, à luz do Artigo 2º do Decreto nº 4.887/2003, são consideradas “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (Brasil 2003). Para Porto et al. (2012), a nomeação de “remanescentes de quilombos” sedimenta um estereótipo romantizado de uma comunidade relativamente homogênea, harmônica, coesa, solidária e com projetos políticos comuns. Em função disso, optamos pela expressão “comunidades quilombolas” tanto para destacar os processos históricos de opressão, desigualdades e de resistência comuns a estas comunidades negras, quanto para escapar da representação hegemônica de que as comunidades quilombolas existentes são meros resquícios de uma história de resistência negra presa ao passado e que não se reatualizam permanentemente.

Apesar de estarem em constante transformação, não é possível ignorar algumas permanências e o fato de que as comunidades quilombolas ainda são atingidas por múltiplas desigualdades, produzidas desde a época colonial e que persistem até os dias atuais, em especial aquelas situadas em contextos rurais.

De acordo a Política Nacional de Saúde Integral

da População do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil 2013), as populações rurais são povos ou comunidades que possuem seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente à terra. Por essa razão, elas têm suas principais fontes de sustentação na agricultura familiar e na pequena comercialização de produtos, ou mesmo na pluriatividade feminina com atividades não agrícolas desenvolvidas ou não em seus domicílios rurais. Todavia, viver nos espaços rurais é um desafio cotidiano, uma vez que, como situam Bezerra et al. (2014), esses moradores sofrem os efeitos de condições socioeconômicas e ambientais produtoras de vulnerabilidades, associadas às formas precárias de obtenção de água potável, de esgotamento sanitário e destinação do lixo etc. Além disso, segundo os autores, registram-se baixos níveis de renda e de escolaridade, gerados pela dificuldade de acesso aos equipamentos escolares, bem como pelas escassas oportunidades de continuidade dos estudos. Em outras palavras, as populações rurais são as mais afetadas pelo isolamento, invisibilidade e pouco alcance das políticas públicas, tornando-se alvo indiscutível de vulnerabilização, racismo e, conseqüentemente, de sofrimento psíquico (Dimenstein et al. 2017).

Em decorrência disso, o presente estudo tem por objetivo analisar a incidência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em uma comunidade

quilombola rural no Nordeste brasileiro. Interessa-nos conhecer as particularidades com que expressam seu sofrimento cotidiano, bem como os possíveis elementos associados ao seu aparecimento e às formas de manejo.

Os TMC, de acordo com Goldberg & Huxley (1992), são sintomas não psicóticos, como fadiga, insônia, irritabilidade e queixas por dificuldade de concentração, entre outros. São responsáveis pela maior parte das queixas que chegam às equipes de atenção primária, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (EqESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em se tratando de moradores de comunidades quilombolas, em áreas rurais, há poucos estudos no país voltados à saúde mental, apesar da necessidade de se ampliar o conhecimento e as estratégias assistenciais, indicada desde 2007 na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (Brasil 2007). Tal política é um marco na luta para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política pública de saúde do país (Brasil 2007). Em sua edição mais atual (Brasil 2017:32), o documento define como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS [Sistema Único de

Saúde]” e, como um dos objetivos específicos, “garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde”. Este documento menciona, ainda, em suas estratégias de gestão, “o fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social” (Brasil 2017:33).

Ressalte-se que as políticas públicas, de uma forma geral, têm uma vocação universalizante, apesar de muitas vezes adotarem um caráter focalizado na imposição da própria agenda neoliberal. Tem razão Arruti (2008:1), quando refere que “o ‘reconhecimento’ dos quilombolas como segmento diferenciado se limita ao reconhecimento de que entre os pobres e miseráveis do país há uma camada que ficou sistematicamente de fora das poucas políticas públicas destinadas à redistribuição de riqueza”. E complementa ao argumentar o quanto as políticas de reconhecimento, a exemplo das voltadas para as comunidades quilombolas, indígenas e demais povos tradicionais, auxiliam na transformação dessas populações em “objeto de uma atenção

sistemática de inclusão” (Arruti 2008:1). Embora haja esse direcionamento, chamamos atenção de que não há qualquer referência à saúde mental na Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (Brasil 2013). O inverso também é verdadeiro. A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não faz qualquer menção aos povos tradicionais, bem como às especificidades dos contextos rurais. Não se observa nenhuma indicação acerca das particularidades territoriais, sociais e culturais que marcam os modos de vida dessas populações e, conseqüentemente, as necessidades em saúde e os modos de adoecer, seja para nortear o planejamento e o ordenamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), seja para a oferta de um cuidado culturalmente sensível ou para a produção de habilidades culturalmente competentes para atuar nesses cenários. Ambas as políticas, apesar dos avanços na última década, ainda estão atravessadas por saberes e racionalidades que afirmam a universalidade das experiências de sofrimento psíquico e a eficácia de práticas e dispositivos de cuidado independente dos pertencimentos ontológicos, cosmopolíticos e das singularidades nos modos de viver a vida.

Em função desses aspectos, pretende-se fazer uma análise da incidência de TMC em uma comunidade quilombola, a partir da ótica da Determinação Social da Saúde, a qual integra

diferentes níveis de determinação do processo de saúde-doença-cuidado (Garbois et al. 2017). Segundo Breilh (2010), os processos históricos produtores de desigualdades em saúde se produzem reciprocamente, por meio da interação dos elementos provenientes da macroestrutura político-econômica e social, articulada às particularidades dos diferentes grupos populacionais, bem como o modo de vida coletivo e a realidade individual e familiar dos sujeitos. A ideia de determinação traz como pressuposto uma compreensão da saúde enquanto fenômeno complexo que não se restringe à ausência de doenças, abarcando dimensões individuais, sociais e estruturais, com grande variação entre pessoas e contextos. Aproximar-se da complexidade e multidimensionalidade da saúde, que é portadora de múltiplos sentidos e expressões, requer análise transdisciplinar das formas de organização das sociedades, de suas estruturas social, econômica e cultural, entendendo que esta subordina a dimensão biológica no processo saúde-doença (Alves & Rodrigues 2010; Dimenstein et al. 2017). Nesse sentido, no âmbito da saúde mental, compreende-se que se trata de um sofrimento psicossocial, cujos contornos são delineados por cada sujeito em seus pertencimentos territoriais, temporais, históricos, políticos e sociais.

Entre as inúmeras desigualdades que produzem e complexificam os padrões de sofrimento psíquico,

destacam-se as territoriais. Segundo I. Leite (2008), a territorialidade<sup>1</sup> destas comunidades rurais foi construída, desde seu início, sob um constante estado de tensão e conflito, ou seja, os modos de produção e reprodução social destas comunidades concorrem com o modelo latifundiário, com a especulação imobiliária e com o fenômeno da “ruralidade dos espaços vazios” (Wanderley 2001:36), que diz respeito à predominância da grande propriedade patronal e à dimensão das áreas improdutivas no país, configurando uma incessante luta contra a instabilidade econômico-produtiva, bem como pela posse e sustentação na terra. A complexa interrelação entre territórios rurais e a produção de saúde mental é também atravessada por aspectos ambientais dos contextos de vida dos sujeitos, a exemplo do fenômeno da seca e suas implicações psicossociais (Alpino et al. 2016; Camurça et al. 2016).

Outra importante desigualdade que atinge as comunidades negras, em específico as quilombolas, refere-se às étnico-raciais, ou seja, àquelas socialmente produtoras e mantenedoras de discriminação e de racismo institucional – este último entendido como a institucionalização de práticas racistas ou “o fracasso coletivo de uma

organização em oferecer um serviço apropriado e profissional a pessoas devido à sua cor” (Sampaio 2003:78), estabelecendo barreiras de acesso às oportunidades e de vinculação aos cuidados em saúde. Para Vieira & Monteiro (2013), as desigualdades nas ações de atenção, no uso de serviços e na distribuição de recursos estão associadas, por vezes, às diversidades raciais/étnicas e econômicas. Assim, segundo Kalckmann et al. (2007), as populações negras são uma das mais afetadas pelo racismo institucional na área da saúde, com desdobramentos sob o ponto de vista das condições ambientais de moradia. De acordo com esses autores, o racismo institucional está presente não apenas nas barreiras de acesso aos cuidados, mas também na qualidade do atendimento, na relação com os profissionais de referência e equipamentos de saúde.

Importante destacar também as desigualdades de gênero como produtoras de sofrimento psíquico. Crenshaw (2002) destacou que o gênero pode se interseccionar ao racismo, à dominação masculina e à pobreza, produzindo formas diferenciadas e, frequentemente, desprivilegiadas de inserção social. Neste sentido, o gênero se mostra como uma importante categoria de análise, na medida

1 Compreende-se por territorialidade o modo como as pessoas utilizam o espaço geográfico. Amparamo-nos em Robert Sack (1986), o qual definiu este termo como uma estratégia espacial para afetar, influenciar e controlar recursos e pessoas. Parte-se, ainda, da noção de territorialidade como processo, por compreender os atores sociais como detentores de poder e intenções, que vão gerar conflitos e compor territórios com diversas configurações, temporalidades e objetos distintos.

em que orienta não apenas padrões e normas comportamentais, mas também, conforme afirma Zanello & Silva (2012), compõe o olhar clínico acerca da própria atenção especializada em saúde mental, isto é, são engendrados, no mesmo sistema de gênero, tanto os modos de expressão do sofrimento psíquico quanto o próprio olhar hermenêutico para a leitura dos sintomas e das formas de cuidado ofertadas.

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. Dessa forma, a equação desigualdade, racismo e saúde mental, aqui proposta, sustenta-se na compreensão de que o sofrimento psíquico não pode ser desvinculado das tramas do cotidiano e do mundo circundante.

## 2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A comunidade pesquisada situa-se na área rural do município de Bom Jesus, localizado a cerca de 46 km da capital Natal, Rio Grande do Norte, sendo composta de 140 famílias, das quais 64 fizeram parte do estudo, com 92 respondentes. Segundo as lideranças comunitárias, o processo

de identificação e reconhecimento da comunidade pela Fundação Cultural Palmares se deu em 2003, o que significou importantes benefícios, como a construção das casas, o acesso à energia elétrica e a outros programas sociais. Entretanto, a comunidade não havia recebido, até a ocasião desta pesquisa, a titularidade das terras, o que retrata a situação da maioria das comunidades quilombolas, as quais, em função da burocratização dos processos administrativos, além dos jogos políticos e de interesses econômicos dos grandes fazendeiros e/ou empresários rurais, não conseguem acessar o título oficial das terras (Oliveira & D'Abadia 2015).

Espacialmente, a comunidade não possui arruamentos, e as casas são relativamente distantes umas das outras, o que complexificou o processo de pesquisa. A coleta de dados, realizada em 2017, contou com uma equipe de 12 pesquisadores, composta por professores, mestrandos e graduandos de iniciação científica. Fez-se necessário o auxílio e acompanhamento de pessoas da comunidade para acessar determinadas localidades, já que se desconhecia os limites territoriais do quilombo.

Para a caracterização da população estudada, foi utilizado um Questionário Sócio-Demográfico-Ambiental (QSDA). Trata-se de um instrumento que busca identificar as condições sociais, econômicas, educativas, culturais; de

moradia e saúde das famílias residentes; as condições básicas de sustentabilidade econômica, ambiental e produtiva; bem como as práticas sociais, culturais e educativas desenvolvidas na comunidade. Para o rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC), foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), versão validada e recomendada pela *World Health Organization* (WHO) (Beusenberg & Orley 1994) para estudos comunitários e na atenção primária em saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. É composto por vinte perguntas, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas emocionais, com duas possibilidades de resposta (sim/não). Não se trata de um instrumento de diagnóstico e não inclui questões sobre sintomas psicóticos, nem sobre o consumo de álcool e outras drogas. Adotou-se o ponto de corte 7 como indicativo de TMC, com base em estudos que tratam sobre usuários de serviços de atenção primária no Brasil (Gonçalves et al. 2008). Aos participantes que atingiam ponto de corte ( $\geq 7$ ), indicava-se a possibilidade de realização de entrevistas semiestruturadas, as quais só eram realizadas com o consentimento dos participantes. A análise dos dados se deu em dois momentos: o primeiro consistiu de análise descritiva inferencial, utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)

para *Windows*, versão 20; o segundo momento foi centrado na análise qualitativa das entrevistas, a partir da transcrição, leitura/discussão coletiva e categorização, com base no histórico de aparecimento dos TMC, uso dos serviços de saúde, apoio social e racismo institucional como eixos de análise.

Os critérios de inclusão dos respondentes foram: ser morador da comunidade, possuir idade superior aos 18 anos e consentir participar da pesquisa. Foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicitando dimensões éticas relativas à pesquisa com seres humanos, com destaque para questões ligadas ao anonimato e à integridade dos participantes. Solicitou-se, ainda, mediante termo de autorização, a gravação em áudio da etapa de entrevista semiestruturada. Foi reforçado aos participantes o sigilo das informações prestadas e o devido cuidado no manejo das mesmas pela equipe de pesquisadores. Complementarmente, foi informado que, caso os temas tratados durante a pesquisa pudessem causar algum desconforto emocional, a participação poderia ser descontinuada a qualquer momento e, se a pessoa o desejasse, seria encaminhada, mediante providência da equipe de pesquisa, para atendimento psicológico. Após concordância e assinatura dos termos, dava-se início à aplicação dos instrumentos.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA COMUNIDADE

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relacionados ao município de Bom Jesus estimavam uma população de 10.185 habitantes para o ano de 2016. Trata-se de um município com Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,584, com incidência de pobreza que chega a 64,12% da população e índice de Gini de 0,54, enquanto o do estado do Rio Grande do Norte é de 0,60, o que revela uma condição de desigualdade mais acentuada em relação ao restante do estado.

Do ponto de vista da infraestrutura da comunidade, todas as casas são de alvenaria e telha, 96,8% têm acesso à rede elétrica de forma regular (relógio próprio), 45,3% das pessoas referiram ter acesso à rede pública de abastecimento de água, porém necessitando do uso de carros pipa ou de coleta de água da chuva. Quanto ao tratamento da água, 35,9% consomem água não tratada, outra parcela filtra (29,7%) ou faz cloração (28,1%). Em relação ao destino dos dejetos, todas as casas contam com fossa séptica, enquanto na realidade nacional de comunidades quilombolas esse índice chega a somente 28%. Sobre o destino do lixo, 78,1% das famílias acessadas recorrem à queima, mas indicaram a presença de outras estratégias

conjuntas, tais como enterrar ou deixar a céu aberto, já que a coleta pública é bastante precária na comunidade.

Grande parte das famílias (87,3%) está cadastrada no CADÚnico para ter acesso às políticas de assistência social, mas somente 54% são beneficiárias do Programa Bolsa Família. Em relação aos demais programas sociais, há problemas no acesso por parte da população local: Água para Todos (52,4%), Luz para Todos (58,7%), Habitação Rural (27%) e Minha Casa, Minha Vida (34,9%).

Quanto ao acesso à equipe/serviços de saúde, a maioria das famílias é atendida tanto pelo agente comunitário de saúde quanto pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), durante as consultas quinzenais realizadas na comunidade. Outra estratégia utilizada é a busca por atendimento básico, especializado e hospitalar nos serviços de saúde do próprio município ou de municípios vizinhos. Sobre os programas de saúde desenvolvidos no âmbito da atenção primária, destacam-se o atendimento odontológico, a vacinação, a saúde da mulher e da criança e a farmácia popular. Houve baixo percentual de famílias que indicaram a presença de ações de combate à dengue (14,1%), doença epidêmica na região. Muitos participantes referiram fazer uso da medicina popular (chá, lambedor e garrafada, banho de ervas), além

de recorrerem às práticas complementares de saúde: oração/reza, benzedeira e parteira. Quanto aos problemas de saúde mais frequentes das famílias, foram indicados: doenças do tipo infecciosa e parasitária (77,8%), seguido dos transtornos mentais (30,2%), como a depressão, e doenças crônicas e degenerativas (28,6%), como hipertensão e diabetes. Houve registro de causas externas (28,6%) associadas à violência e a acidentes, bem como casos de mortalidade infantil nos últimos dez anos, decorrentes de falta de assistência, aborto induzido e prematuridade.

Em relação à religião das famílias, sete são protestantes (10,9%), 48 são católicas (75%), sete são católicas e protestantes (10,9%) e sete disseram não ter religião (10,9%). Não houve registro de adeptos às religiões de matriz afro-brasileira, embora, em conversas informais com moradores da comunidade, tenha sido referida a existência de alguns adeptos que as praticam de modo relativamente velado.

Das 64 famílias investigadas, 62 deram informação sobre renda e fontes de sustentação, a saber, 29% recebem até meio salário mínimo, 38,7% até um salário mínimo, 27,4% entre um e dois salários mínimos e somente 4,8% têm renda familiar acima de dois salários mínimos. Sobre as fontes de sustentação, os dados obtidos foram organizados em três eixos: famílias com renda

proveniente exclusivamente da agricultura (uma família), da combinação da agricultura com outras fontes (46 famílias) e, por fim, com fonte de renda que exclui a agricultura (16 famílias). Das 46 famílias que necessitam fazer combinação, destacam-se: programas sociais (57,8%), criação e venda agropecuária (33,3%), prestação de serviço (28,9%), aposentadoria (26,7%) e, de modo bem inferior às outras combinações, o trabalho assalariado representa apenas 8,9%.

As famílias têm entre dois e cinco membros. Em relação ao estado civil, a maioria é composta por casados (54%), seguidos de solteiros (42%), separados (3%), divorciados e viúvos (1%). Quanto à escolaridade, a maioria dos membros das famílias do estudo possui apenas o ensino fundamental completo ou incompleto (53,4%). As pessoas não alfabetizadas, que sabem apenas escrever o nome ou têm apenas um ano de escolaridade, representam 23,8% dos 196 moradores. O percentual daqueles que têm o ensino médio (completo ou incompleto) é de 21,7%. Apenas 1% dos participantes tem ensino superior completo ou incompleto, devido ao convênio entre o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

### 3.2. SRQ E INCIDÊNCIA DE TMC

Os respondentes do SRQ-20 totalizaram 92 pessoas, sendo 32 homens e 60 mulheres, cujo perfil geral pode ser observado na Tabela 1.

Entre os 92 participantes, 23 pessoas atingiram o ponto de corte no SRQ. Verificou-se maior incidência de TMC entre as mulheres (Tabela 2), uma vez que 19 (31,7%) apresentaram indicativo de TMC, em contraste com quatro

homens (12,5%). Os grupos de sintomas apresentaram-se de forma diversa entre homens e mulheres: percentualmente, as mulheres alcançaram maiores índices em todos, exceto na dimensão decréscimo de energia vital, a qual se destaca enquanto grupo de sintomas mais relatados pelos homens (78,1%). Para as mulheres, a dimensão que mais se destaca é sintomas somáticos (75%).

Tabela 1 - Caracterização dos respondentes ao SRQ-20. Legendas:  
\* = um dos respondentes não soube informar seu grau de escolaridade;  
\*\* = o valor de referência é R\$ 937, com base no ano de 2017.

	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
<b>Faixa Etária</b>						
18 a 29 anos	7	22	15	25,0	22	23,9
30 a 49 anos	14	44	26	43,3	40	43,5
Acima de 49 anos	11	34	19	31,7	30	32,6
<b>Estado civil</b>						
Solteiro(a)	5	16	11	18,3	16	17,4
Casado(a)	23	72	45	75,0	68	73,9
Separado(a)	3	9	0	0	3	3,3
Viúvo(a)	1	3	4	6,7	5	5,4
<b>Escolaridade*</b>						
Não alfabetizado(a)	10	32	16	27	26	29
Ensino Fundamental	14	45	27	45	41	45
Ensino Médio	7	23	16	27	23	25
Ensino Superior	0	0	1	2	1	1
<b>Renda familiar</b>						
Até 1/2 salário mínimo**	8	25	21	35	29	32
1 salário mínimo	13	41	20	33	33	36
Entre 1 e 2 sal. mín.	9	28	16	27	25	27
Acima de 2 sal. mín.	2	6	3	5	5	5
<b>Fonte de sustentação</b>						
Apenas agricultura de subsistência	0	0	0	0	0	0
Agricultura com outras fontes	24	75	47	22	71	77
Outras	8	25	13	78	21	23

Tabela 2 - Dimensões do SRQ-20\*.

	<b>Homens</b>	<b>%</b>	<b>Mulheres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Humor depressivo-ansioso	14/32	43,8	41/60	68,3	55/92	59,8
Sintomas somáticos	22/32	68,8	45/60	75,0	67/92	72,3
Decréscimo de energia vital	25/32	78,1	36/60	61,0	61/92	66,3
Pensamentos depressivos	8/32	25,0	26/60	43,3	34/92	37,0
*Somente os que atingiram o ponto de corte ( $\geq 7$ ).						

Das 23 pessoas que apresentaram indicativo de TMC, 16 consentiram a realização das entrevistas, sendo 14 mulheres e dois homens. Essa etapa da pesquisa detectou que a maioria reconhece estar experimentando problemas quanto ao bem-estar psíquico e subjetivo. Em relação aos fatores disparadores, entre os homens, a carga de trabalho agrícola, a precariedade das condições de trabalho, a perda da vitalidade física e o surgimento de doenças crônicas aparecem como condicionantes da saúde mental. Para as mulheres, o sofrimento psíquico é associado ao cotidiano familiar e a situações estressantes, como o consumo de álcool e outras drogas por membros da família (marido/filho); conflito entre a vida familiar e a autonomia pessoal; conflitos na relação conjugal; gravidez e nascimento dos filhos; perdas e rompimentos afetivos. Além disso, as mulheres referem-se à exposição a diversas vulnerabilidades sociais, tais como desemprego, dificuldade financeira, meio social promotor de sofrimento, criminalidade,

precariedade nas condições de trabalho e baixa escolarização. Apontam, ainda, para o isolamento e para a falta de suporte social, carência de espaços de convivência e lazer, os quais produzem efeitos adversos à saúde física e mental.

De modo geral, homens e mulheres reconhecem haver diferenças entre si quanto ao modo de experimentar sofrimento psíquico. Ambos consideram que as mulheres: são mais “fracas” (1), demonstram mais sensibilidade (2), trabalham mais (3), que eles parecem ser menos cobrados do que elas acerca do futuro (4) e que compartilham menos o sofrimento com os outros (5). Assim, sugerem que as mulheres são mais susceptíveis ao adoecimento do que eles.

Em face dos problemas identificados, a grande maioria relatou não haver procurado qualquer tipo de apoio nos recursos formais de cuidado, seja da equipe de saúde da família e NASF, seja da rede de atenção psicossocial do município. As mulheres comumente fazem mais uso das Unidades Básicas

de Saúde, sobretudo do atendimento clínico médico ou psicológico. A forma mais comum de cuidado é o uso de remédios alopáticos, destacando-se os benzodiazepínicos e anti-hipertensivos.

Quase a totalidade não relata quaisquer episódios de internação em hospital psiquiátrico ou em serviços da rede de atenção psicossocial, como CAPS III, ou em Unidade de Pronto Atendimento. Apenas um caso foi relatado de um homem, atualmente com 70 anos, demandando cuidados em saúde mental decorrentes de crise relacionada ao consumo abusivo de álcool, que não encontrou leitos disponíveis para esse tipo de acolhimento, demonstrando os problemas existentes quanto à atenção psicossocial na região e a consequente busca de atendimento no hospital psiquiátrico da capital.

Os entrevistados destacam a necessidade de haver um posto de saúde na comunidade e reclamam do número reduzido de vagas para consulta médica, da falta de cobertura para várias necessidades em saúde, entre as quais a mais citada é a saúde bucal, assim como de grupos terapêuticos, especialmente para mulheres grávidas. A partir da precária cobertura dos equipamentos de saúde e da Estratégia Saúde da Família, procuram alternativas de cuidado como o apoio religioso, familiar e suporte social-comunitário. Também foram recorrentes estratégias individuais de autocuidado, como uso de medicina tradicional e de saberes locais.

A despeito da disponibilidade e oferta de apoio social e comunitário percebida pelos moradores, evidenciou-se, nas entrevistas, a falta de acolhimento, atitudes de indiferença e estigma da comunidade em relação à saúde mental. O suporte social ocorre mais nas situações de dificuldades financeiras. Também foi frequente a insegurança dos participantes, principalmente das mulheres, em conversar acerca de seus problemas com outras pessoas da comunidade, por medo das reações, por não considerarem as pessoas solidárias ou pela tendência à individualização dos problemas, razão pela qual procuram os resolver sozinhas.

A discriminação surgiu como questão em algumas falas, no entanto, a discriminação racial, sobretudo na forma de racismo institucional, não foi citada explicitamente por nenhuma pessoa. As situações de preconceito ou de dificuldade no acesso aos serviços de saúde vividas pelos moradores são associadas à pobreza, aos estereótipos (por possuírem tatuagens, por exemplo) ou às dificuldades que todos vivem, indistintamente entre quilombolas e não quilombolas. Apenas uma pessoa referiu sentir diferença positiva no tratamento quando acessou os serviços de saúde pelo fato de ser quilombola, inclusive destacando ter ciência acerca da prioridade das comunidades negras e quilombolas nas políticas de saúde.

#### 4. DISCUSSÃO

Os dados quantitativos e qualitativos gerados por esta pesquisa confirmam que certas condições de vida são importantes fatores de produção de sofrimento psíquico. Segundo Melo & Silva (2015:183), as iniquidades sociais vivenciadas pelas populações quilombolas, uma vez que estas são predominantemente “negras, pobres, rurais, com baixa escolaridade, sem acesso adequado a serviços de saúde e sem saneamento ambiental”, são determinantes de piores condições de saúde. Silva (2007) ressalta a exposição destas populações às vulnerabilidades, tanto pelo adoecimento quanto pela escassez de oportunidades de proteção contra os agravos decorrentes, o que se torna ainda mais preocupante quando se trata da população negra residente na zona rural.

Isso se confirma nas histórias de vida evidenciadas pelas entrevistas, por exemplo, quando a baixa escolaridade limita as possibilidades de produzir e vislumbrar projetos de vida futuros ou quando a agricultura familiar e de subsistência ficam fragilizadas pelas adversidades climáticas e as famílias não conseguem acessar programas governamentais de suporte nestas situações, o que as obriga a desenvolver múltiplas atividades para complementação de renda, ainda que mal remuneradas. Esse conjunto de fragilidades é vivenciado em termos de “preocupações” que

passam a fazer parte do cotidiano, geradoras de sofrimento, como informa uma das participantes entrevistadas: “Toda vez que eu fico preocupada eu fico assim nervosa. [...] Desabafar, não tem com quem, aí choro comigo mesma. Fica enchendo, enchendo, aí dá vontade de chorar, aí eu vou e choro, pra desabafar um bocado, um pouquinho” (participante 8, comunicação pessoal, 2017).

Ademais, distantes socioespacialmente dos equipamentos e dispositivos para a garantia dos direitos, como escolas, serviços de saúde e de assistência social, espaços de convivência e lazer, entre outros, os moradores se sentem isolados e marginalizados pelo Estado. Costa et al. (2014) confirmam estes atravessamentos ao encontrarem forte associação dos transtornos mentais com eventos vitais produtores de estresse, como a falta de apoio social, tempo para o lazer, variáveis relativas ao gênero, perspectivas de futuro e condições de vida e trabalho.

Destaca-se que, apesar de as iniquidades sociais atingirem a comunidade quilombola como um todo, a experiência de sofrimento psíquico distribui-se desigualmente entre homens e mulheres. Nesse estudo, as mulheres tiveram destaque na incidência de TMC. Desse modo, necessitam ser compreendidas a partir desse atravessamento de gênero. Compreende-se gênero enquanto um sistema de relações sociais “baseado

nas diferenças percebidas entre os sexos”, a qual funciona como uma “forma primeira de significar as relações de poder” (Scott 1995:21). Segundo a autora, esse sistema se organiza nas sociedades com base nos símbolos culturalmente disponíveis, em conceitos normativos (doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas), em instituições e organizações sociais (mercado de trabalho, educação e sistema político) e, por fim, nas identidades subjetivas (onde o gênero ganha sentido e legitimidade).

Este sistema, por sua vez, encontra-se articulado a outros sistemas sociais produtores de múltiplas desigualdades sociais, como é o caso da raça e da classe. Por essa razão, existe a importância da interseccionalidade, conceito utilizado por Crenshaw (2002) no esforço de analisar os (não) lugares tecidos e alinhavados em diferentes “fios” de opressão, produzindo uma trama complexa e articulada. É o que se pretende abordar a partir dos resultados: homens e mulheres, com base nos padrões socialmente instituídos de masculinidades e feminilidades, significam diferentes condicionantes para o sofrimento psíquico, produzem diferentes perfis de adoecimento, elaboram sentidos diversos e desenvolvem distintas estratégias de cuidado.

Os resultados desta pesquisa encontram-se coerentes ao encontrado por Pinho & Araújo (2012), os quais revelaram que as mulheres apresentam

mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que os homens. Esta diferença pode ser compreendida, entre outros aspectos, em função da sobrecarga de trabalho e do desempenho de múltiplas funções, associados à invisibilidade e à desvalorização do trabalho feminino, ainda que sejam indispensáveis à sobrevivência e ao bem-estar familiar e comunitário. Neste sentido, ainda que as mulheres desempenhem atividades remuneradas, isso não representa uma emancipação dos lugares de cuidadora dos filhos, da casa e do marido, uma vez que, tal como defende Pinho & Araújo (2012:561), no tradicional sistema de organização sexual do trabalho, as mulheres são socialmente compelidas à responsabilidade do “trabalho reprodutivo” por excelência, enquanto os homens às “atividades produtivas”.

Um dos efeitos desse modo de organização social para as mulheres é a centralidade da família enquanto instituição basilar das relações de gênero, ou seja, direta ou indiretamente, tangente ou transversalmente, as relações de gênero no âmbito familiar parecem ser um campo-tema interessante a ser analisado para compreender o sofrimento psíquico feminino. O *ethos* socialmente naturalizado do feminino como responsável direto pelo cuidado (Reis et al. 2016) dos filhos, do marido e dos parentes enfermos corrobora a sobrecarga objetiva e subjetiva das mulheres, tanto pelas

restrições sociais e profissionais provocadas, sobretudo após o casamento – o que as força a abrir mão de projetos pessoais e objetivos de vida –, quanto pelas preocupações e sentimentos negativos engendrados a partir deste lugar.

O gênero é organizado segundo um modelo hegemônico e patriarcal, ordena normativamente a experiência das pessoas, posicionando-as conforme padrões socialmente aceitos e difundidos. E, ainda que a incorporação deste modelo hegemônico aconteça sempre de maneira parcial e imperfeita, ainda tem influência nos sentidos acerca do sofrimento mental entre homens e mulheres, como é possível observar nos estereótipos da fragilidade e sensibilidade feminina. Segundo J. Leite et al. (2016:350), por trás desse discurso de fragilidade feminina está a crença da invulnerabilidade masculina ou de que os homens são menos suscetíveis a contrair enfermidades do que as mulheres, ou seja, “torna-se delicado para homens que se subjetivaram a partir de tal discurso, reconhecer-se demandantes de cuidados em saúde, fato que estaria colocando em questão sua própria masculinidade”.

No entanto, a análise das relações de gênero não é suficiente para explicar a busca e o acesso aos serviços de saúde pelas comunidades negras rurais, ou seja, torna-se indispensável abarcar outros níveis de determinação social: ambientais,

econômicos e políticos. Um dos fatores que podem ajudar no entendimento acerca da baixa procura aos cuidados em saúde, segundo Kochergin et al. (2014), consiste no relativo isolamento geográfico destas comunidades, o qual reforça as iniquidades e dificulta o acesso aos serviços de saúde. Outro fator consiste na precariedade das condições socioeconômicas, uma vez que, de acordo com Santos & Silva (2014), as limitações materiais e financeiras constroem objetivamente e subjetivamente as escolhas e as possibilidades de tratamento e capacidade de resolução dos problemas em saúde.

Todavia, um dos fatores mais importantes para o baixo acesso aos cuidados formais em saúde é o descompasso entre o processo de formação dos territórios quilombolas rurais e o de sua incorporação à proposta de organização territorial regionalizada e descentralizada dos sistemas de saúde, proposta pelo SUS. Nesse sentido,

O território em saúde tem sido tratado no âmbito da política de saúde de forma estanque, numa concepção rígida de fluxos e organizações, prejudicando não somente seu objetivo primeiro, da prestação efetiva da saúde, como também a constituição de um sistema que minimize e contrarie tendências perversas de concentração espacial e consequente exclusão social (Gadella et al. 2011:3009).

Os autores afirmam que o território é o espaço concreto da vida social no qual as

políticas e estratégias públicas necessitam ganhar materialidade. Compreende-se território, portanto, como espaço usado, com caráter subjetivo e, assim, de meio percebido e apropriado por diferentes atores sociais. No entanto, o enfoque territorial no desenho de políticas de saúde para as populações quilombolas rurais não leva em consideração o perfil e as necessidades em saúde destas populações, o que se mostra ainda mais grave para a atenção primária ou especializada em saúde mental.

Os participantes da pesquisa afirmam não ter sofrido discriminação racial nos equipamentos de saúde, no entanto relacionam piores práticas de atendimento em razão de serem pobres. Tal afirmação corrobora a ideia de Jaccoud (2008:55) de que “a discriminação não atua isoladamente, mas em conjunto com outros mecanismos, no processo de produção e reprodução da pobreza e da restrição de oportunidades para os negros no país”. Ou seja, os participantes reconhecem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas rurais, a menor disponibilidade de serviços, grandes distâncias a serem percorridas, dificuldades de transporte, baixa renda, isolamento geográfico, horários de atendimentos, longas filas e tempo de espera, além da precariedade quanto à infraestrutura e às condições de vida no território, aspectos que

compõem uma equação bem complexa em termos de determinação e revelam o racismo institucional, incluindo o racismo ambiental, em operação.

Assim, considera-se que o racismo institucional na saúde gera ou aprofunda estas desigualdades de busca, acesso e adesão aos serviços, uma vez que coloca em desvantagem coletivos étnicos específicos. Como determinante das desigualdades de saúde, tem sido um apontamento constante nas políticas neste âmbito, reconhecendo os processos historicamente produtores de más condições de vida, marginalidade, preconceito e violência. Segundo Lacerda & Silva (2018), estas formas discriminatórias produzem desigualdades e geram diferenciais não só de acesso aos cuidados em saúde, mas provocam alterações fisiológicas, adoecimento e afetam a autopercepção destes indivíduos, os quais passam a internalizar determinados estereótipos.

Frente à escassez de estratégias de apoio e cuidados formais – ou seja, o “auxílio provido por instituições especializadas ou pessoas treinadas, qualificadas formalmente para prestar auxílio como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros” (Souza et al. 2013:595) –, estas pessoas investem em estratégias alternativas como o apoio psicossocial e comunitário como uma das formas de acolhimento e suporte ao sofrimento psíquico. Segundo Silveira et al. (2011:585), pode-se entender apoio social

como sistema protetor, resultado de “qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos ou pessoas, com as quais teriam contatos sistemáticos, que resultam em efeitos positivos para quem recebe, como também para quem oferece apoio”.

É fundamental pensar a categoria de apoio social para as comunidades quilombolas, já que tem como uma de suas características os laços de consanguinidade (Silveira et al. 2011). Isto implica pensar simultaneamente em como estas pessoas se organizam segundo laços afetivo-solidários, culturais, étnico-raciais e identitários tradicionais, mas também em como as relações comunitárias, com base nos signos urbanos, sobretudo pela individualização-particularização-privatização da vida e das relações sociais, têm provocado mudanças nesses laços. Nesses termos, as formas de apoio apresentam-se variadas, algumas por meios materiais: “Às vezes, um passa necessidade aqui e acolá, fica pedindo umas coisas pra ajudar, pra entregar pra família [...] mas nessa parte de problema, assim, do psicológico, tem não! (participante 8, comunicação pessoal, 2017).

Para Cardoso (2015), é preciso superar a compreensão simplista segundo a qual estas comunidades são reconhecidas somente pelo seu caráter comunal, desconhecendo as relações de poder configuradas e reconfiguradas

cotidianamente. Valentim & Trindade (2011) corroboram isso, sinalizando que a identidade e a representação semântica nomeada como “quilombola” é um fato recente, a qual surge, em muitos casos, a partir das relações com atores de fora da comunidade, possibilitando uma nova forma discursiva de existência. Ou seja, esta representação de coesão social e comunitária aglutinada sob o signo do remanescente de quilombo contrasta, cada vez mais, com um mundo globalizado capitalista, sustentado pela lógica individualizante e privatista. Isso ajuda a compreender em parte por que foi tão presente nas entrevistas o apoio familiar, social e comunitário, ora como suporte e proteção, ora como instâncias problemáticas, indiferentes ou mesmo produtoras de estigmas e preconceitos.

Por sua vez, há um entendimento entre algumas participantes da pesquisa quanto à necessidade de um apoio que combine agências formais e informais, tais como profissionais de saúde, familiares e pessoas próximas do convívio comunitário, o que aponta para uma visão mais ampliada do sofrimento psíquico e da importância de se diversificar as estratégias de enfrentamento, como sugere o seguinte trecho de entrevista:

Pesquisadora - Você fez o tratamento com a psicóloga até o fim?  
Participante - Eu fiz até o fim do tratamento. Quando ela disse que tava

bom, eu parei. Ela disse se precisasse, eu voltasse lá.

Pesquisadora - Como você se sentiu com o tratamento? Você acha que deu certo? Ajudou?

Participante - Eu gostei. Achei que deu bem, mas a ajuda do povo da comunidade também. Me dizendo coisa boa. Muita gente me deu conselho, aí com isso juntando uma coisa com a outra dá tudo certo.

Pesquisadora - Que tipo de serviço que você acha que deveria ter aqui na comunidade pra pessoas que passam por problemas como o seu, e que não estão disponíveis?

Participante - Queria que tivesse acompanhamento, né? Pessoas que dessem apoio. Tipo uma casa de apoio. Por que tem vez que muita mãe de família passa por uma coisa dessas e nada resolvido, né? Porque não tem o apoio que deve ter. Ter um posto, sei lá como fosse, pra atender essas pessoas assim, que passa por um momento desse, né? Que nem agora tá passando uma jovem aí e só tem apoio mesmo no psicólogo em Bom Jesus, somente.

Por fim, desvelar essas desigualdades estruturantes contribui para entender o processo de vulnerabilização das populações rurais, a precarização das suas condições de vida e de saúde, apontando a estreita associação entre cenários de vida marcados por intensas desigualdades, injustiças, racismo, violência, modalidades de relações de gênero e a produção de sofrimento psíquico. Tal cenário se coloca de modo desafiador não só para o cotidiano da vida dessa população, especialmente das mulheres, como também para a formulação de políticas públicas que alcancem e respondam às necessidades e especificidades dos contextos

rurais. A perspectiva da determinação social da saúde mental articula um cenário composto por condicionantes que devem ser minuciosamente analisados para compreender as sutilezas do sofrimento psicossocial nos territórios rurais.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Explorar a questão do sofrimento psíquico em comunidades quilombolas rurais mostra-se extremamente complexo, uma vez que se produz em meio a múltiplas precariedades em termos das condições de vida, trabalho, acessibilidade e da qualidade da atenção em saúde mental. O racismo institucional se revela na associação intrínseca com a condição de pobreza, interfere no tipo de atendimento e no modo como os serviços de saúde são ofertados a esta população, desconsiderando, por exemplo, as singularidades do território tanto do ponto de vista de organização do espaço, quanto em relação aos modos de vida produzidos no cotidiano dessas comunidades. Considerando a situação de desvantagem social em que vivem, a qual vai passando de geração em geração, é imprescindível qualificar nosso olhar e as estratégias de intervenção, para que não se configurem como mais uma prática iatrogênica e perpetuadora das desigualdades que atingem as populações negras e do campo. O cenário político atual de desmonte das políticas públicas

estratégicas para a diminuição das desigualdades sociais e de saúde, bem como a existência cada vez mais forte da lógica asilar e de fragilização da perspectiva territorial e comunitária em saúde mental vão, seguramente, intensificar os níveis de sofrimento das populações rurais, que já sofrem os efeitos das iniquidades sociais e das políticas de precarização da vida.

## 6. AGRADECIMENTOS

A pesquisa foi financiada por edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/Ciências Humanas), processo n. 443233/2015-2.

## 7. REFERÊNCIAS

Alpino, T. A., A. R. M. Sena, e C. M. Freitas. 2016. Desastres relacionados à seca e saúde coletiva – uma revisão da literatura científica. *Ciência & Saúde Coletiva* 21(3):809-820. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.21392015>

Alves. A. M. M., e N. F. R. Rodrigues. 2010. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 28(2):127-131. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 19 jun. 2020.

Arruti, J. M. 2008. Políticas públicas para quilombos - Um ensaio de conjuntura a partir do exemplo da Saúde. *Tempo e Presença Digital* 3(11):1. Disponível em [http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod\\_artigo=208&cod\\_boletim=12&tipo=Artigos](http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=208&cod_boletim=12&tipo=Artigos). Acesso em: 19 jun. 2020.

Beusenbergh, M., e J. H. Orley. 1994. *Division of mental health. A user's guide to the self-reporting questionnaire*. Geneva: World Health Organization.

Bezerra, V. M., D. S. Medeiros, K. O. Gomes, R. Souza, L. Giatti, A. P. Steffens, C. N. Kochergin, C. L. Souza, C. S. Moura, D. A. Soares, L. R. C. S. Santos, L. G. V. Cardoso, M. V. Oliveira, P. C. Martins, S. C. Oliveira, O. S. C. Neves, e M. D. C. Guimarães. 2014. Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 19(6):1835-1847. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>

Brasil. 2003. Decreto nº 4887 de 20 de novembro. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm). Acesso em: 20 mar. 2018.

Brasil. 2007. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPPIR/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Brasil. 2013. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Brasil. 2017. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Breilh, J. 2010. Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud, in *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Editado por R. P. Nogueira, pp. 87-126. Rio de Janeiro: CEBES.

Camurça, C. E. S., A. B. Alencar, E. C. Cidade, e V. M. Ximenes. Implicações psicossociais da seca na vida de moradores de um município da zona rural do nordeste do Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana* 34(1):117-128. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/apl34.1.2016.08>

Cardoso, L. F. C. 2015. “O suor marca a terra”: trabalho, direito e território quilombola na Ilha do Marajó, Pará. *Ambiente & Sociedade* 18(2):75-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422ASOCEX05V1822015en>

Costa, M. G. S. G, M. Dimenstein, e J. F. Leite. 2014. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia (Natal)* 19(2):145-154. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007>

Crenshaw, K. 2002. Documento para o encontro de especialistas em aspecto da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas* 10(1):171-188. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

Dimenstein, M., K. Siqueira, J. P. Macedo, J. F. Leite, e C. Dantas. 2017. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 69(2):72-87. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt). Acesso em: 20 mar. 2018.

Gadelha, C. A. G., C. V. Machado, L. D. Lima, e T. W. F. Baptista. 2011. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(6):3003-3016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600038>

Garbois, J. A., F. Sodré, e M. Dalbello-Araujo. 2017. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate* 41(112): 63-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>

Goldberg, D., e P. Huxley. 1992. *Common mental disorders: a bio-social model*. New York: Tavistock/Routledge.

Gonçalves, D. M., A. T. Stein, e F. Kapczinski. 2008. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cadernos de Saúde Pública* 24(2):380-390. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>

Jaccoud, L. 2008. Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil, in *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição*. Editado por M. Theodoro, pp. 131-166. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Kalckmann, S., C. G. Santos, L. E. Batista, e V. M. Cruz. 2007. Racismo institucional: um desafio para a igualdade no SUS? *Saúde e Sociedade* 16(2):146-155. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>

Kochergin, C. N., F. A. Proietti, e C. C. César. 2014. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública* 30(7):1487-1501. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00141213>

Lacerda, R. S., e G. M. Silva. 2018. Territorialidades, saúde e ambiente. *Sustentabilidade em Debate* 9(1):107-120. DOI: <https://doi.org/10.18472/SustDeb.v9n1.2018.26960>

Leite I. B. 2008. O Projeto Político Quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. *Estudos Feministas* 16(3):965-977. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300015>

Leite, J. F., M. Dimenstein, R. Paiva, L. Carvalho, A. K. M. A. Amorim, e A. França. 2016. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. *Psicologia: Ciência e Profissão* 36(2):341-353. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001812013>

Melo, M. F. T., e H. P. Silva. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN* 7(16):168-189.

Oliveira, F., e M. V. D'Abadia. 2015. Territórios quilombolas em contextos rurais e urbanos brasileiros. *Élisée - Revista de Geografia da UEG*, 4(2):257-275. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/elisee/article/view/3712>. Acesso em: 15 abr. 2017.

Pinho, P. S., e T. M. Araújo. 2012. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 15(3):560-572. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>

Porto, L. K., C. Kaiss, e I. Cofré. 2012. Sobre o solo sagrado: identidade quilombola e catolicismo na comunidade de Água Morna (Curiúva, PR). *Religião & Sociedade* 32(1):39-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-85872012000100003>

Reis, T. L., C. M. Dahl, S. M. Barbosa, M. R. Teixeira, e P. G. G. Delgado. 2016. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate* 40(109):70-85. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610906>

Sack, R. D. 1986. *Human territoriality: its theory and history*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sampaio, E. O. 2003. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. *Interações - Revista Internacional de Desenvolvimento Local* 4(6):77-83. Disponível em: <http://www.interacoes.ucdb.br/article/viewFile/561/598>. Acesso em: 20 mar. 2018.

Santos, R. C., e M. S. Silva. 2014. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade* 23(3):1049-1063. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>

Scott, J. 1995. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* 2(20):71-100.

Silva, J. A. N. 2007. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Saúde e Sociedade* 16(2):111-124. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200011>

Silveira, C. L., M. L. D. Budó, L. B. Ressel, S. G. Oliveira, e B. S. Simon. 2011. Apoio social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. *Ciência, Cuidado e Saúde* 10(3):585-592. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsauade.v10i3.17190>

Souza, J., L. Y. Almeida, T. M. C. Veloso, S. P. Barbosa, e K. G. G. Vedana. 2013. Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem* 26(6):594-600. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600014>

Valentim, R. P. F., e Z. A. Trindade. 2011. Modernidade e comunidades tradicionais: memória, identidade e transmissão em território quilombola. *Revista Psicologia Política* 11(22):295-308. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2011000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2011000200008&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2017.

Vieira, A. B. D., e P. S. Monteiro. 2013. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde em Debate* 37(99):610-618. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000400008>

Wanderley, M. N. B. 2001. A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural, in *Una nueva ruralidad en América Latina?* Editado por N. Giarraca, pp. 31-44. Buenos Aires: CLACSO.

Zanello, V., e R. M. C. Silva. 2012. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética* 20(2):267-279. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/745](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745). Acesso em: 15 abr. 2017.