

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

ERALDO CARLOS BATISTA

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM
COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DO VALE DO GUAPORÉ, RO**

Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

ERALDO CARLOS BATISTA

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL
EM COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DO VALE DO
GUAPORÉ, RO**

Prof.^a Dra. Katia Bones Rocha
Orientadora

Porto Alegre
2019

ERALDO CARLOS BATISTA

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL
EM COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DO VALE DO
GUAPORÉ, RO**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção
do título de Doutor em Psicologia Social pelo Programa de
Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

2019

Ficha Catalográfica

B333p Batista, Eraldo Carlos

Produção de sentidos e práticas de cuidados em saúde mental
em comunidades remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé - RO
/ Eraldo Carlos Batista . – 2019.

140.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Bones Rocha.

1. Saúde Mental. 2. Comunidades Quilombolas. 3. Saúde Pública. 4.
Atenção Psicossocial. I. Rocha, Katia Bones. II. Título.

ERALDO CARLOS BATISTA

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL
EM COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DO VALE DO
GUAPORÉ, RO**

Aprovada em: 31 de maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Kátia Bones Rocha (Orientadora)

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Prof.^a Dra. Fernanda Souza de Bairros

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Prof. Dr. José Juliano Cedaro

Universidade Federal de Rondônia – UNIR

Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Porto Alegre

2019

Dedico este trabalho aos meus pais, José Batista e Sebastiana Rodrigues Pires, por ser um exemplo de vida para mim.

As minhas filhas, Luana Karoline da Silva Batista e Bianca Maria Fernandes Mira, pelo entendimento e apoio a minha caminhada e pela compreensão das minhas ausências.

A minha querida esposa, Dayane Fernandes Ferreira, pelo companheirismo e dedicação, sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo, por ser meu guia, por ter me dado uma família maravilhosa e por ter colocado no meu caminho pessoas de bom coração.

À Professora Doutora Kátia Bones Rocha, por ter me aceitado como seu orientando, pelo respeito, pelos ensinamentos e contribuições ilustres desde o início dessa caminhada, dando-me oportunidade de aprender e crescer.

À Faculdade Católica de Rondônia (FCR), por oportunizar a minha inserção nesse grupo seleto de Doutores em Psicologia na Região Norte.

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), por me proporcionar todos esses anos de aprendizado.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades, pelo apoio incondicional recebido durante essa trajetória.

À Coordenação do PPG, pelo profissionalismo e motivação para a concretização deste estudo.

Aos professores, Adolfo Pizzinato, Adriane Xavier Arteche, Carolina Saraiva de Macedo Lisboa, Irani Iracema de Lima Argimon, Luisa Fernanda Habigzang, Manoela Ziebell de Oliveira, Tatiana Quarti Irigaray, Thiago Gomes de Castro pelos ensinamentos e dedicação ao longo desses quatro anos de curso.

Aos secretários do Programa, que sempre estiveram à disposição, providenciando materiais e serviços durante o curso.

Ao Professor Doutor Fábio Rychecki Hecktheuer, pelo profissionalismo e, acima de tudo, pelo humanismo com que conduziu esse DINTER.

Aos meus colegas do Doutorado, que me auxiliaram sempre que precisei, compartilhando momentos de angústias e conquistas.

As minhas ex-alunas, agora colegas de profissão, Denise Martins Dourado, Josiane Alves Rolim, Neli Machado de Souza Ahnerth, Marlene Nogueira Pinheiro, Neuzilane Gonzaga, pelo auxílio na pesquisa de campo.

Aos remanescentes de quilombolas das Comunidades Santo Antônio e Jesus que aceitaram participar desta pesquisa, sem os quais ela não teria sido realizada.

Aos profissionais de saúde participantes deste estudo pela rica contribuição na sua construção.

À Banca Avaliadora, composta pelos Professores Doutores Fernanda Souza de Bairros, Jáder Ferreira Leite, José Juliano Cedaro e Adolfo Pizzinato, que trouxe contribuições valiosas para a este trabalho.

Aos meus amigos, José Aparecido da Cruz e Maria Aparecida da Silva, Jaudes Rodrigues e Patrícia Moreira Garcia, pelo companheirismo e incentivo nos momentos difíceis.

Ao meu amigo, Professor Doutor José Carlos Barboza da Silva, pelo qual tenho muito respeito e admiração, pelo privilégio de poder contar com sua sincera amizade e ensinamentos desde suas valiosas orientações durante minha trajetória no Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de Rondônia.

Aos meus irmãos, por sempre estarem ao meu lado, respeitando-me e apoiando-me em todos os momentos.

Aos meus familiares, tios, primos e avós que sempre comemoraram comigo cada conquista na minha vida acadêmica.

A todos aqueles que, embora não citados, contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigado!

Desde a formação das comunidades quilombolas do Vale do Guaporé, a natureza impôs-se aos que nela buscaram refúgio. A floresta e o rio serviram de abrigo e de caminho, como fonte de alimento e de proteção. Espaço de refúgio e de reorganização da própria identidade. A intimidade como seus moradores a percebem só pode ser comparada com aquela com que as populações indígenas interagem com o meio natural.

(Marco Antônio Domingues Teixeira)

RESUMO

Este estudo propôs compreender os sentidos produzidos no cotidiano de comunidades remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé, no Estado de Rondônia, relacionados à saúde/doença mental. Além disso, investigou as práticas de cuidados em saúde mental realizadas pelos membros dessas comunidades e também pela equipe de saúde que presta atendimento a estas. O estudo foi organizado em duas seções: uma teórica e uma empírica. Na seção teórica, apresenta-se um estudo de revisão sistemática da literatura (Estudo I), o qual teve por objetivo identificar estudos sobre saúde mental desenvolvidos junto a populações quilombolas e se esses estudos consideram os determinantes sociais da saúde para compreender o processo de saúde e doença dessa população. Os resultados evidenciaram os indicadores sociais e econômicos como fatores associados à condição de saúde e saúde mental dos remanescentes quilombolas. A seção empírica foi composta por dois estudos de abordagem qualitativa, transversal e de caráter exploratório. As informações foram coletadas por meio de entrevistas abertas, rodas de conversa, observação sistemática e diário de campo e analisadas de acordo com a técnica da Análise do Discurso, influenciada pela perspectiva do Construcionismo Social, especialmente pela Psicologia Discursiva. O Estudo II, que compõe essa seção, foi realizado com seis profissionais da área da saúde e objetivou descrever os sentidos produzidos que revelam desigualdade e exclusão social na assistência à saúde em três comunidades quilombolas da região do Vale do Guaporé. Os discursos apresentados por meio das falas permitiram a identificação de quatro repertórios interpretativos, a saber, 1) A construção social do remanescente quilombola a partir da diferença: cordialidade, atraso e desinteresse; 2) Entraves na atenção: distanciamentos teóricos e práticos e (i)mobilidades; 3) Problemas de saúde mental na comunidade; e 4) Aspectos sociais, culturais e simbólicos como práticas de cuidado em saúde mental pela comunidade. O Estudo III teve por objetivo compreender como os remanescentes quilombolas de duas comunidades do Vale do Guaporé produziam sentidos sobre saúde mental. Participaram como informantes nesse estudo 18 remanescentes de quilombolas de ambos os sexos. Por meio do recurso teórico-analítico das práticas discursivas dos participantes, pôde-se observar que, nessas comunidades, a construção social da doença mental mantém-se em um conceito próprio de reconhecimento e formas de lidar com as patologias. Além disso, o uso de recursos alternativos no cuidado à saúde mental, como os chás de ervas naturais e as práticas religiosas, como rezas e benzimentos, faz-se presente no cotidiano das comunidades. Para a maioria dos participantes o consumo de bebidas alcoólicas é entendido como costume e tradição da comunidade. Os resultados, ainda, sugerem a necessidade de viabilização de políticas públicas que melhorem a infraestrutura de acesso às comunidades, além de implementação de programas de capacitação e formação continuada dos profissionais em saúde da população negra.

Palavras-chave: Saúde mental. Comunidades quilombolas. Saúde pública. Atenção psicossocial.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psicologia

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.05.00-3 – Psicologia Social

ABSTRACT

This study aims understanding the meanings produced during the everyday lives of the remaining communities of the Guaporé Valley, in the state of Rondônia, related to health/mental illness. Furthermore, we investigate care practices of mental health performed by members of these communities and also by the health team that provides care to these quilombola communities. The study was organized in two sections: a theoretical and an empirical. In the theoretical section, we present a systematic review of the literature (Study I), which had as objective to identify studies on mental health developed with quilombola communities and if these studies consider social determinants of health to understand the health and illness process of these populations. The results highlighted social and economic indicators as factors associated to the health and mental health conditions of the remaining quilombola. The empirical section was composed by two studies of qualitative, transversal and exploratory approach. Information was collected through open interviews, conversation circles, systematic observations and field diary, and later analyzed according to the Discourse Analysis technique, influenced by the perspective of Social Constructionism, especially by the Discursive Psychology. The second Study, which composes this section, was performed with six health professionals, and had as objective to describe the meanings produced by them that revealed inequality and social exclusion in the assistance to health in the three quilombola communities of the Guaporé Valley. The discourses presented through the speeches allowed the identification of four interpretative repertoires, namely 1) The social construction of the remaining quilombola from the difference: cordiality, delay and lack of interest; 2) Obstacles in attention: theoretical/practical distancing and (im)mobilities; 3) Mental health problems in the community; and 4) Social, cultural and symbolic aspects as mental health care practices by the community. The third Study had as objective to understand how the remaining quilombola of two communities in the Guaporé Valley produce meanings on mental health. Participated in this study 18 quilombola of both genders. Through the theoretical-analytical resource of the participants discursive practices, it can be noted that, in these communities, the social construction of the mental health is kept in an own recognition concept as well as how to deal with these pathologies. In addition, the use of alternative methods in mental health care, such as natural herbs teas and religious practices with prayers and blessings are common in the daily lives of the communities. For most of the participants, the consumption of alcoholic drinks is understood as the custom and tradition of the community. The results also suggest the need to make public policies feasible to improve community access infrastructure, as well as the implementation of training and continuing education programs for health professionals of the black population.

Keywords: Mental health. Quilombola communities. Public health. Psychosocial attention.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 – Psychology

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.05.00– 3 – Social Psychology

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Vista da Região do Vale do Guaporé, RO

Figura 2 – Bacias Hidrográficas de Rondônia

Figura 3 – Comunidades Quilombolas do Vale do Guaporé, RO

Tabela 1 – Comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares no Brasil

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALAMES – Associação latino-americana de Medicina Social

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro de Estudos em Saúde

CF – Constituição Federal

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EDM – Episódio Depressivo Maior

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSIPN – Saúde Integral da População Negra

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RO – Rondônia

SIAB – Sistema de Informações de Atenção básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	15
2 INTRODUÇÃO.....	19
2.1 Comunidades Quilombolas	19
2.2 Comunidades remanescentes de quilombolas da região Amazônica.....	22
2.3 Comunidades remanescentes de quilombolas do Vale do Guaporé, RO	23
3 SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES QUILOMBOLAS	25
3.1 Saúde e Saúde Mental: conceitos e desdobramentos	25
3.2 As mudanças paradigmáticas na trajetória da saúde mental.....	27
3.2 Pesquisas em saúde mental em comunidades quilombolas.....	29
4 OBJETIVOS	33
4.1 Objetivo Geral.....	33
4.2 Objetivos Específicos.....	33
5 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	34
5.1 O Construcionismo Social.....	34
5.2 A Psicologia Discursiva	36
6 MÉTODO	40
6.1 Delineamento	40
6.2 Caracterização do campo.....	40
6.2.1 Comunidade Pedras Negras.....	42
6.2.2 Comunidade Santo Antônio do Guaporé	43
6.2.3 Comunidade Jesus	44
6.3 Participantes.....	44
6.4 Instrumentos.....	45
6.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	46
6.6 Procedimentos de análise das informações.....	47
6.7 Procedimentos éticos	48
7 ESTUDO I	49
Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura.....	49
8 ESTUDO II.....	67

Comunidades quilombolas do Vale do Guaporé: saúde, preconceito e exclusão social ..	67
9 ESTUDO III	90
Sentidos e práticas em saúde mental em Comunidades Quilombolas no Estado de Rondônia	90
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
Referências	120
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	129
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	129
APÊNDICE B – Carta de Apresentação	131
Carta de Apresentação.....	131
APÊNDICE C – Carta de Autorização	132
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com membros da Comunidade	133
Roteiro de entrevista com membros da Comunidade.....	133
Na sua opinião em que medida as práticas religiosas contribuem ou não com o tratamento em saúde mental.	134
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o profissional de saúde	135
Roteiro de entrevista com o profissional de saúde.....	135
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	137
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	137

1 APRESENTAÇÃO

Mesmo após a abolição da escravidão no final do século XIX, a vida dos negros brasileiros continuou muito difícil. A grande dificuldade para encontrar emprego, o preconceito sofrido e, muitas vezes, a vida sem garantia de manutenção, com o mínimo de condições necessárias, como moradia, educação e saúde, revelam outras formas de escravidão da população negra, que se arrastam até os dias atuais. Isso se deve ao fato de que, mesmo com o advento do trabalho livre, com as mudanças sociais e com as novas relações de trabalho em que o negro, em tese, passaria a vender sua força de trabalho de acordo com os ditames da nova ordem competitiva que se instaurava, o que se viu foi um contingente de pessoas sem perspectivas de trabalho, de educação e de inclusão social, visto que a mão de obra europeia já estava presente (Pinto & Ferreira, 2014).

Influenciada por teorias racistas europeias que atestavam a inferioridade do negro tomando por parâmetro a população branca, a sociedade brasileira propiciou as mais variadas formas de exclusão dos afro-brasileiros. A inferiorização do negro dada pela sua cor se tornou uma característica de marca visível que passou a demarcar o seu lugar na sociedade. Como afirma Munanga (2009, p. 79),

os negros colonizados são oprimidos na sua cor porque também o são como indivíduos e povo. Mas o erro, mitológico, é afirmar a opressão por causa da raça. Os negros não foram colonizados porque são negros, ao contrário, na tomada de suas terras e na expropriação de sua força de trabalho, com vistas à expansão colonial, é que o negro se tornou preto. Houve uma inferiorização econômica, seguida de outra, a epidérmica.

No entanto, o negro, mesmo no período de escravidão, buscava encontrar uma saída, um modo de inventar-se e construir-se, ainda que nas margens, como os quilombos mostraram, o que não se compreendeu como de todo negativo (André, 2007). Durante o período de escravidão do Brasil, a formação de grupos de escravos fugitivos, chamados de quilombos ou mocambos, organizava-se em comunidades distribuídas por todo o território nacional. Atualmente, essas comunidades, vivendo em sua maioria em regiões isoladas, ainda sobrevivem em pequenos grupos populacionais reconhecidos como Comunidades Remanescentes de Quilombolas.¹ Como grupo étnico minoritário dentro da população negra,

¹ O termo Remanescente de Quilombo, conforme deliberado pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em encontro realizado nos dias 17 e 18 de outubro de 1994, no Rio de Janeiro, embora tenha um conteúdo histórico, designa hoje a situação presente dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos e é utilizado para designar um legado, uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentimento de ser e pertencer a um lugar e a um grupo específico.

elas mantêm seus costumes, tradições, culturas e sua identidade social.

No Estado de Rondônia, as comunidades de remanescentes quilombolas estão distribuídas às margens do Rio Guaporé. A convivência com as comunidades tradicionais da região, especialmente as indígenas, fez com que os quilombolas do Vale do Guaporé² desenvolvessem novas práticas que têm sido fundamentais para a sua sobrevivência. No entanto, pela localização distante das pequenas cidades da região, os remanescentes do Vale do Guaporé vivem em situação de vulnerabilidade social, sobretudo pela precariedade de atendimento à saúde/saúde mental.

Esclarece-se que o termo vulnerabilidade social utilizado no decorrer deste texto é tratado como sinônimo de desvantagens, em vários aspectos básicos de sobrevivência em que essas comunidades se encontram em relação à sociedade. Nesse sentido, o uso dessa terminologia apoia-se nas proposições de Gama, Campos e Ferrer (2014), para quem as relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são muito complexas. Para esses autores, essas relações exigem uma série de reflexões e contextualizações para serem compreendidas de forma que não reproduzam uma lógica simplista que associa loucura e outros tipos de desigualdades, como pobreza, racismo,³ preconceito racial, questões de gênero, etc., reforçando a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida.

Nessa direção, a proposta de discutir sobre as comunidades quilombolas e a sua relação com o binômio saúde-doença mental surge da necessidade de compreender os sentidos produzidos no cotidiano dessas comunidades e as práticas de cuidado realizadas pelos quilombolas no enfrentamento da doença mental, bem como os fatores relacionados existentes entre seus membros. Esses conhecimentos e práticas cotidianas podem se revelar como elementos complementares potenciais no atendimento psicossocial oferecido pela equipe de saúde no processo de enfrentamento ao sofrimento mental dos membros da comunidade. Desse modo, a presente pesquisa teve como ponto de partida questionamentos de diferentes experiências vividas durante a minha formação e prática profissional, as quais apresento a seguir.

Ao longo de minha formação, me chamaram a atenção os componentes curriculares Psicologia Social, Psicologia Comunitária e Políticas Públicas em Saúde. Esses componentes

² O Vale do Guaporé é um território localizado na porção sul/sudoeste do Estado de Rondônia, abrangendo os municípios de Costa Marques, São Francisco do Guaporé, Alta Floresta, Alvorada d'Oeste, Primavera, Cerejeiras, Rolim de Moura, São Felipe, Alto Alegre, Pimenteiras, São Miguel do Guaporé, Parecis, Seringueiras e Cabixi (Silva, 2012).

³ O termo racismo é compreendido neste trabalho a partir da concepção de Munanga (2007, p. 24), que o define como “uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural.”

levaram-me a refletir sobre as condições de vulnerabilidade social em que se encontram os moradores de comunidades isoladas, em especial aquelas denominadas de ribeirinhas. Ainda, durante a graduação, especificamente no último ano, tive oportunidade de fazer meu estágio supervisionado em saúde mental vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Rolim de Moura, RO. O referido CAPS é a única referência em atendimento psiquiátrico na região da Zona da Mata do Estado de Rondônia, região que abrange nove municípios. Após minha conclusão da graduação, fui efetivado por meio de concurso público como psicólogo na secretaria municipal de saúde, na qual permaneci por quatro anos trabalhando no CAPS.

Ainda nesse universo profissional, desenvolvi minha pesquisa de mestrado (A saúde mental do cônjuge cuidador familiar da parceira em sofrimento psíquico grave) no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR). No percurso da minha pesquisa de mestrado e na minha prática profissional como psicólogo do CAPS, pude observar que, embora todos os participantes do estudo (cuidadores) acompanhassem seus familiares em tratamento há muito tempo na rede pública de saúde, eles ainda mantinham concepções distintas sobre saúde/doença mental.

Para alguns a doença mental era percebida como resultado de causas totalmente orgânicas, enquanto outros atribuíam a doença a questões religiosas. Diante de tal constatação, observei que outras práticas de cuidado, realizadas paralelamente àquelas de orientação da equipe de profissionais do CAPS, eram relatadas por esses familiares. E essas práticas se distinguiam de acordo com os sentidos produzidos acerca da doença mental pelo cuidador. Ou seja, aqueles que acreditavam nas disfunções orgânicas como causas da doença mental mantinham a tradição dos chás de ervas naturais, entre outras práticas. Já aqueles que viam a religião como apoio no enfrentamento da doença utilizavam o “tratamento espiritual” por meio das orações e de outras práticas religiosas. Tais experiências me levaram a refletir sobre a escassez dos serviços de atendimento em saúde mental oferecidos pelo sistema público de saúde nas comunidades isoladas dessa região e também sobre como a saúde/doença mental era percebida por essa população.

Além dos fatores mencionados, o meu contato e a minha inserção no Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades (PSC) foi fundamental na definição e elaboração deste projeto. O PSC é vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e possui duas linhas de pesquisa. A primeira linha, *Desigualdades em saúde e marcadores sociais*, tem como objetivo analisar como se produzem as desigualdades em saúde (DS) a partir dos determinantes estruturais

(contexto socioeconômico, político e estrutural) e intermediários (emprego, renda, comunidade). Entre os temas de interesse estão: gênero, classe social, raça/cor, território, que determinam a distribuição de poder na estrutura social. Os estudos dessa linha de pesquisa problematizam a influência dos determinantes sociais da saúde nas estratégias de saúde/doença/cuidado nas sociedades contemporâneas.

A segunda linha, *Psicologia e políticas públicas de saúde e assistência*, busca analisar as políticas na área da saúde e assistência que são desenvolvidas para evitar que as desigualdades em saúde sigam existindo. O objetivo é avaliar o impacto dessas políticas nos processos de saúde/doença/cuidado, avaliar a concepção histórica de sujeito e saúde dessas diferentes políticas. Além disso, propõe analisar criticamente como os diferentes atores sociais se constroem a partir dessas políticas, entendendo-as também como políticas de subjetivação. Entre os vários estudos realizados pelo PSC encontram-se aqueles relacionados à temática em discussão nesta Tese, resultado de uma pesquisa de doutorado realizada pelo psicólogo e professor Eraldo Carlos Batista, aluno do DINTER – Doutorado Interinstitucional do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS e da Faculdade Católica de Rondônia (FCR), orientado pela Professora Doutora Kátia Bones Rocha.

A pesquisa aborda o tema da Saúde Mental nas comunidades quilombolas e está apresentada no formato de três artigos, conforme Ato de Deliberação 05/2012, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS. Os artigos estão adequados conforme as normas de cada revista a que foram submetidos. O primeiro artigo, *Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura*, buscou identificar estudos sobre saúde mental desenvolvidos junto a populações quilombolas. O segundo artigo, *Comunidades quilombolas do Vale do Guaporé: saúde, preconceito e exclusão social*, descreve os sentidos que revelam as desigualdades e exclusão social na assistência à saúde em três comunidades quilombolas do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia. O terceiro estudo, *Sentidos e práticas em saúde mental em comunidades quilombolas do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia*, contempla a análise dos sentidos e das concepções de saúde mental atribuídos pelos remanescentes de quilombolas de duas comunidades.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Comunidades Quilombolas

As desigualdades raciais nas condições de saúde das populações permanecem um grande problema de saúde pública em vários países, como expressão de diferenças biológicas, disparidades sociais e discriminação étnica (Leal, Gama, & Cunha, 2005). Durante séculos, as comunidades negras rurais constituíram processos que possibilitaram a construção de uma significativa rede de relações socioculturais, econômicas e políticas; as comunidades quilombolas estão no cerne desses acontecimentos (Silva, 2010). Nos últimos anos, essas comunidades, em todo o território nacional, têm-se organizado em associações quilombolas e passaram a reivindicar o direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse das terras ocupadas e cultivadas para moradia e sustento, bem como o livre exercício de suas práticas, crenças e valores considerados em sua especificidade (Leite, 2000).

Os quilombos fizeram parte da história do Brasil, como movimento social que aconteceu por todo o território, desde o século XVII até a abolição da escravidão em 1888 (Silva filho, 2012). De acordo com as estimativas do Programa Brasil Quilombola, existe mais de um milhão de quilombolas no País distribuídos em 3.311 comunidades quilombolas. No entanto, pouco mais da metade dessas comunidades são devidamente reconhecidas; a maioria ainda não está devidamente titulada (Brasil, 2012a; CPISP, 2013; Melo & Silva, 2015). Como mostra a Tabela 1, são 2.752 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, sendo 185 na região Sul, 297 na região Norte, 433 na região Sudeste, 1.685 na região Nordeste e 152 na região Centro-Oeste (Brasil, 2019).

Definidas como grupos populacionais remanescentes de antigos quilombos, segundo a metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde, as comunidades quilombolas enquadram-se como um grupo minoritário dentro da população negra, constituindo uma representação da resistência dos negros brasileiros (Freitas, Caballero, Marques, Hernández, & Antunes 2011). Seus costumes, tradições, condição social, cultural e econômica peculiares mantêm as semelhanças entre seus membros, distinguindo-os de outros setores da coletividade nacional, formando, assim, sua “identidade social” (Deschamps & Moliner, 2013).

Atualmente, as comunidades quilombolas no Brasil são múltiplas e variadas e se encontram distribuídas em todo o território nacional. Há comunidades que se localizam no campo e outras na cidade; essas últimas são também denominadas de quilombos urbanos. Por meio de fortes laços de parentesco e herança familiar, essas comunidades se constituem se

afirmando desde o passado na luta pela liberdade (Furtado, Pedroza, & Alves, 2014).

Tabela 1

Comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares no Brasil

Comunidades quilombolas certificadas		
Região	N	%
Sul	185	6,7
Norte	297	10,8
Sudeste	433	15,7
Nordeste	1.685	61,2
Centro-oeste	152	5,6
Total	2.752	100

Nota. Adaptada de Brasil, 2009, Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF.

O reconhecimento oficial dessas comunidades aconteceu em 1988, com a afirmação de seus direitos territoriais, por meio do artigo 68 da Constituição brasileira: “Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos.” (Brasil, 1988; Freitas et al., 2011). O termo “remanescente”, segundo Calheiros e Stadtler (2010), serviu naquele momento para o constituinte identificar populações que não poderiam ser confundidas com os quilombos históricos e nem associadas por descendência somente.

Vale ressaltar que a discussão em torno dos direitos e do reconhecimento dos “remanescentes das comunidades de quilombos”, emergida na Constituição brasileira em 1988, é muito mais ampla e vai além dos pleitos por títulos fundiários, mas uma luta travada nos movimentos negros e entre parlamentares envolvidos com a luta antirracista (Leite, 2000). A autora, ainda, acrescenta que o quilombo é trazido novamente ao debate para fazer frente a um tipo de reivindicação que, à época, alude a uma “dívida” que a nação brasileira teria para com os afro-brasileiros em consequência da escravidão, não exclusivamente para falar em propriedade fundiária.

Contudo, a implementação efetiva de políticas públicas voltadas a atender a essa população se deu somente a partir de 1995, quando os grupos populacionais quilombolas começaram a despertar maior atenção no Governo, sendo criado o primeiro documento solicitando a regularização dos territórios dessas comunidades (Monego, Peixoto, Cordeiro, & Costa, 2010). Esse movimento levou o Governo, em 20 de novembro de 2003, a assinar um

novo decreto regulamentando o artigo 68.

Art. 2º Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. § 2º São terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos as utilizadas para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural (Brasil, 2003).

Essa e outras mudanças na atuação estatal perante as comunidades de remanescentes quilombolas só foram possíveis pela alteração do quadro de forças políticas no cenário nacional e pela crescente pressão do movimento (Calheiros & Stadtler, 2010). Isso porque as comunidades quilombolas, apresentando-se como dimensão temporal/espacial da cidadania que constitui espaços relacionais de objetivação da sociedade democrática (Sawaia, 2014), despertam uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais que fazem parte da discussão sobre o que representam os quilombos contemporâneos na atualidade e sobre a sua efetiva inserção cidadã (Freitas et al., 2011).

As comunidades que estão localizadas fisicamente nas áreas rurais, notadamente em todas as regiões do Brasil, vivem em um relativo grau de isolamento geográfico. Embora essas comunidades tenham implementado e desenvolvido atividades produtivas e extrativas, seguindo a trajetória das atividades econômicas de cada região, o distanciamento espacial entre essas comunidades e a sociedade urbana também implicou desigualdades sociais e desassistência à saúde (Monego et al., 2010; Silva Filho, 2012; Silva, Guerrero, Guerrero, & Toledo, 2008).

Outro fator a ser considerado com relação ao modo de vida sob condições precárias da maioria das comunidades remanescentes é o seu abandono após a conquista dos seus direitos. Ou seja, ao passo que as comunidades quilombolas passaram a contar com um reconhecimento oficial de identidade e cultura, elas passaram a sofrer consequências diretas na manutenção de sua sobrevivência. De acordo com Andrade, Leite, Vieira, Abramo, Tibiriçá e Silva (2011), ações externas indiscriminadas caracterizadas por interferências em âmbitos político-sociais, ambientais, educativos, culturais e de saúde têm, notoriamente, fragilizado as comunidades quilombolas no Brasil. Essas ações resultam em ameaça à identidade, à autonomia, ao modo de organização do trabalho e às condições de permanência em seus locais de origem e, conseqüentemente, à saúde.

Estudos, sob diversos enfoques, em comunidades quilombolas de várias regiões do Brasil têm apontado para a necessidade de ações de políticas públicas voltadas a essa população

(Barroso, Melo, & Guimarães, 2014; Bezerra, Andrade, César, & Caiaffa, 2013; Bezerra et al., 2014; Marques et al., 2014; Melo & Silva, 2015; Monego et al., 2010; Silva, 2007). Esses estudos corroboram dados oficiais do Governo que apontam que a maioria dos remanescentes quilombolas vivem em áreas rurais, em condição de extrema pobreza, recebem algum tipo de auxílio do Governo federal e possuem pouca ou nenhuma instrução escolar (Brasil, 2012a).

Ressalta-se que os dados apresentados por esses estudos se referem a informações gerais sobre as condições sociais das comunidades quilombolas no âmbito nacional. Assim, faz-se necessário, do ponto de vista geográfico, conhecer a realidade específica de comunidades que se encontram em isolamentos extremos, como, por exemplo, aquelas que se fixaram na grande região Amazônica.

2.2 Comunidades remanescentes de quilombolas da região Amazônica

No final do século XVIII, chegavam à região Amazônica, especificamente na Província do Grão-Pará, os primeiros negros para trabalhar no plantio de cacau, na criação de gado, na lavoura açucareira, na agricultura de subsistência e nas atividades domésticas. Nas primeiras décadas do século XIX, diante dos maus tratos, já se tinha notícias de escravos em fuga das propriedades dos senhores. Em navegação pelos rios eles buscavam lugares estratégicos para se esconderem e desenvolverem atividades de subsistência (Silva Filho, 2012), surgindo, assim, as primeiras comunidades quilombolas na grande Amazônia.

No processo de resistência à escravidão,

[...] os mocambos da região proporcionaram o alargamento dos espaços territoriais necessários para o rompimento da condição escrava, a partir dos quais configuraram as atuais comunidades, ampliadas pelo casamento e pelo deslocamento de famílias de uma área para outra, na busca de terra para trabalhar (Silva Filho, 2012, p. 36).

Dessa maneira, as comunidades de remanescentes quilombolas, por ser um espaço de trocas e compartilhamento de conteúdo simbólico-afetivo, permitiram aos sujeitos se sentirem pertencentes a esse universo particular e se apropriarem de valores e conteúdos inerentes à realidade em questão (Furtado, Pedroza, & Alves, 2014). Como outras comunidades ribeirinhas, as comunidades da região Amazônica são marcadas por acentuado grau de isolamento e exclusão social. Tais condições são resultantes da pouca organização social e do baixo poder de influência política. Por viverem distanciadas dos grandes centros decisórios, essas comunidades são incluídas forçadamente em políticas públicas gerais, que, na maioria das

vezes, não levam em consideração as especificidades de seu modo de vida (Silva et al., 2010). Esse isolamento geográfico, político e social, além de refletir no âmbito econômico, educacional e de saúde, ainda, dificulta a interação dessa população com moradores de outras comunidades ou com os centros urbanos.

Para os quilombolas residentes na região Amazônica, a floresta consiste em uma das formas de refúgio dessas pessoas, fornecendo alimentos, matérias-primas para a construção de moradias e de embarcações. Como afirma Cruz (2012), os rios transformam-se em caminhos, além de fornecer alimentos, como peixes e quelônios. Nesses espaços, os quilombolas cultivam e desenvolvem técnicas sustentáveis de agricultura condizentes com as especificidades da Amazônia.

2.3 Comunidades remanescentes de quilombolas do Vale do Guaporé, RO

No que se refere ao Estado de Rondônia, as condições dos quilombos não são muito diferentes em relação aos aspectos socioambientais dos outros estados da região Amazônica. A chegada dessas comunidades se deu via Rio Guaporé, que percorre quase todo o Estado na fronteira com a Bolívia, na região do Vale do Guaporé (ver Figura 1). Em decorrência da presença significativa de minérios, a região foi invadida por bandeirantes paulistas no ano de 1734, formando um núcleo de povoamento nessa localidade. Nesse período, chegaram diversas pessoas de outras regiões para o trabalho escravo na extração do ouro no Guaporé. Uma vez que a extração de minério não prosperou, os negros escravizados ficaram à mercê da sorte nessa região. Abandonadas, algumas famílias formaram os quilombos no Vale do Guaporé (Teixeira, 2004).

Mediante esses processos de formação da povoação do Vale do Guaporé, iniciou-se a resistência da escravidão, uma vez que os escravizados entraram nas matas, subiram os afluentes do Rio Guaporé e formaram os quilombos em diversas localidades (Cruz, 2012). A partir de então, as comunidades quilombolas do Vale do Guaporé passaram a se relacionar com as comunidades indígenas, caboclas, ribeirinhas e bolivianas no processo de criação e reprodução do seu modo de vida. Nesse entrecruzamento humano as culturas são intercambiadas, mesclam-se, superpõem-se, renascem e se revigoram constantemente (Santos & Almeida, 2012). Assim, essas comunidades apresentam características muito particulares em termos de localização de moradia e trabalho, hábitos e costumes que, em geral, seguem uma tradição e refletem o cenário socioambiental e econômico onde vivem e trabalham.



Figura 1. Vista da Região do Vale do Guaporé, RO. Melhores Destinos do Brasil, 2019.

Incrustadas no meio de fazendas de grande porte, de reservas biológicas ou extrativistas, as comunidades de remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé viveram durante muitos anos entre muitos conflitos e discussões. Isso se deve ao fato de que a reivindicação pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação de uma cidadania plena e pela equidade na saúde pública, direito garantido aos “remanescentes de quilombolas” pela Constituição de 1988, choca com os interesses dos grandes latifundiários e da comunidade local (Freitas et al., 2011; Gonçalves, 2009). Atualmente, lugares como Pedras Negras e Santo Antônio do Guaporé sobrevivem de extrativismo, de caça e de pesca enquanto lutam para conservar as terras que a expansão agrícola torna interessantes aos fazendeiros (Gonçalves, 2009).

Outro fator em comum entre as comunidades quilombolas do Vale do Guaporé é a religião. A religiosidade popular responde pelas tradições culturais locais. As festas de forte apelo religioso ainda marcam a vida de todas as comunidades de negros do Vale do Guaporé. Dentre elas se destacam a festa de São Benedito, de Vila Bela da Santíssima Trindade, a festa do Divino, do Vale do Guaporé rondoniense, a festa de São Francisco das Chagas, celebrada pela comunidade de Pedras Negras, e a festa de Nossa Senhora da Conceição, celebrada em Pedras Negras e Jesus (Teixeira & Pinto, 2013). Assim, os saberes tradicionais foram fundamentais para a sobrevivência das comunidades quilombolas guaporeanas, que mesmo em uma localidade isolada desenvolveram formas próprias de se relacionar com o ambiente, mantendo viva sua cultura, sua forma de lidar com a vida e a morte, com a saúde e com a doença.

3 SAÚDE MENTAL E COMUNIDADES QUILOMBOLAS

3.1 Saúde e Saúde Mental: conceitos e desdobramentos

As formas de organização das práticas de saúde tem sido objeto de intensa discussão, tanto no âmbito político quanto no meio acadêmico. Um dos grandes pontos de tensão nesse debate refere-se ao entendimento das diversas terminologias utilizadas para a conceituação de saúde. Diante de tal problematização, busca-se em primeiro momento apresentar uma pequena introdução etimológica sobre a palavra saúde.

A palavra “saúde”, do ponto de vista etimológico, tem sua raiz proveniente do latim: *salus*, esse termo designava o atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros. Desse termo deriva outro radical *salvus*, que no latim medieval significava a situação de superação de ameaças à integridade física dos sujeitos. Do grego, o termo *salus* provém também do termo *holos*, no sentido de totalidade, raiz dos termos holismo, holístico, usados na atualidade (Almeida Filho, 2011).

Do ponto de vista conceitual, a primeira definição foi apresentada por Christopher Boorse (1977) como: saúde é ausência de doença. Durante muito tempo a saúde foi entendida simplesmente como o estado de ausência de doença. Ou seja, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor. Porém, essa definição foi considerada insatisfatória e duramente criticada, sendo substituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse novo conceito implica o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Desse modo, saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (Scliar, 2007).

Embora mais abrangente, o novo conceito não está livre de dificuldades e com o mesmo problema anterior, pois é muito difícil estabelecer o que é esse estado de completo bem-estar (Almeida Filho, 2011; Amarante, 2007). Assim, o conceito de saúde deve refletir a conjuntura social, econômica, política e cultural, pois saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Sua concepção dependerá da época, do lugar, da classe social e dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas, e das variações histórico-culturais pelas quais o desenvolvimento e evolução do homem e das organizações humanas passaram. De uma outra maneira, poderia pensar em um conceito de saúde reformulado que levasse em consideração sua conexão com a vida cotidiana. Englobando as oscilações da vida, incluindo

os erros, os fracassos, as privações, as opções de vida, os desejos, as angústias existenciais, os desafios e as contradições que constituem a vida de uma pessoa (Gama, Campos, & Ferrer (2014).

Observa-se que o termo saúde designa um conceito de grande interesse científico e filosófico, tanto quanto noções do discurso comum, centrais para o imaginário social contemporâneo. Assim a saúde constitui um objeto complexo, referenciado por meio de conceitos, apreensível empiricamente analisável e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos. Nessa ótica, as várias dimensões ou facetas do conceito saúde, reconhecidos por diversos autores, representativos de distintas escolas de pensamentos, pode ser entendida de várias maneiras. Saúde como fenômeno, saúde como metáfora, saúde como medida, saúde como valor e saúde como práxis. Esta última, objeto de interesse deste estudo refere-se ao conjunto de atos sociais de cuidado e atenção às necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformadas em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operados em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais (Almeida Filho, 2011).

Diante da sua amplitude e pluralidade conceitual, a saúde deve ser compreendida não só em sua totalidade, como grande área, mas principalmente a partir do conjunto das áreas que compõem as Ciências da Saúde, subáreas ou especialidades que configuram o trabalho em saúde. Nessa direção, busca-se, a seguir, focalizar a saúde mental como objeto de contextualização teórica neste projeto de pesquisa.

A saúde mental é um campo de conhecimento e atuação na saúde vigorosamente complexo, plural, intersetorial e com transversalidade de saberes. Isso se deve ao fato, entre outros, de que a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento e muito menos é exercida por apenas um profissional. Quando se refere à saúde mental, amplia-se o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que se encontram dificuldades para delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. (Amarante, 2007). Além disso, a definição de saúde mental ou saúde psíquica se torna ainda mais complicada ao levar em consideração o fato de que além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico, saúde mental envolve a complexa discussão a respeito da loucura e todos os estigmas ligados a ela (Gama, Campos, & Ferrer, 2014).

Dessa maneira, a definição da OMS de que saúde mental seja um estado mental sadio, ou estado normal, ou estado de bem-estar mental, ou de sanidade mental, ou ainda de não existir nenhuma forma de desordem mental, permite a legitimação de estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que é considerado como fora do normal, indesejado ou perigoso. Em outras

palavras, tal conceito sugere que, ao ser considerado um padrão de normalidade, o "anormal" situa-se nas bordas da curva de normalidade (Amarante, 2007; Gama, Campos, & Ferrer, 2014).

É importante assinalar que o campo da saúde mental é constituído por uma complexa rede de saberes que se entrecruzam. Nesse sentido é preciso que comece a se pensar saúde mental de forma diferente, como afirmam Spink e Medrado (2013), não mais com este paradigma da verdade única e definitiva, mas em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de construcionismo, de reflexividade.

3.2 As mudanças paradigmáticas na trajetória da saúde mental

A saúde mental tem passado por diversas fases dentro da história, podendo ser compreendida mediante os acontecimentos e momentos que ocorreram na sua trajetória. No decorrer dos tempos a loucura sempre teve influências de crenças, costumes, rituais, religião e política de cada época, que provocava uma ruptura de um modelo até então prevalente e o surgimento de uma nova forma de atuação dos personagens nela envolvidos (Piccinini, 2005). Assim, as práticas e representações que as sociedades elaboram em torno da loucura são evocadas em sua natureza histórica e transitória.

Nessa ótica, o que se configura como sofrimento mental na atualidade nem sempre foi entendido como algo patológico e passivo de tratamento. Por exemplo, na antiguidade a loucura tinha valor social, considerada, de um modo geral, uma manifestação divina. O louco era uma pessoa valorizada pela sociedade e a expressão da sua fala e seus comportamentos diferentes eram considerados um grande atributo para comunicação com as divindades (Foucault, 2013).

Após o domínio da Igreja na Idade Média como poder absoluto, a loucura ganha novas concepções. Nesse período, em razão da ignorância da época e do fervor religioso, a percepção social da loucura estava associada às questões religiosas, os que infringiam os mandamentos da lei de Deus e os “doentes mentais” propriamente ditos estavam na mesma situação diante da dominação da igreja (Amarante, 1995). Uma das formas de “cura” da loucura na idade medieval era o exorcismo; em casos em que a desordem mental era associada à bruxaria, o louco ou a louca era queimado em fogueiras.

Por conseguinte, na Idade Clássica, período definido por Michel Foucault, que compreende do fim do século XVI ao início do século XVIII, a loucura ocupou um espaço moral de segregação e exclusão associada à vagabundagem. Uma das medidas tomadas para evitar que o louco ficasse vagando pela cidade era transportá-lo para outra cidade. Assim, os insanos viviam em plena condição de peregrinação e perambulavam de cidade em cidade por

meio de embarcações, que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Diante das marcas de uma cultura excludente, a representação da loucura na Idade Clássica advém, como existência nômade, por meio da ‘Nau dos Loucos e dos Insensatos’ (Amarante, 1995; Foucault, 2013).

Nesse período, os indivíduos em sofrimento mental que não eram deportados da cidade eram internados sem as mínimas distinções com os demais cidadãos marginalizados, geralmente em condições extremas de pobreza. Entre esses se encontravam mendigos, alcóolatrás, prostitutas, leprosos entre outros, arbitrariamente diagnosticados como loucos. Observa-se que nos séculos XVII e XVIII não havia margem para tratar a loucura “humanamente”, pois ela é, de pleno direito, inumana (Foucault, 2013).

Assim, o louco que tinha um lugar social reconhecido no universo da verdade, passa a conviver em um lugar de encarceramento, morte e exclusão. Esse movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo do saber teórico/prático (Amarante, 1995). Ao longo de seu tempo de construção como saber, a psiquiatria foi criando padrões de comportamento social, valendo-se de dispositivos legais e padrões normativos. Com isso, a loucura traz um sujeito com novo *status* jurídico, social e civil. Ou seja, o doente mental passa a ser encarado como alienado, juridicamente incapaz e relegado à condição de minoridade (Castel, 1978).

Assim, a psiquiatria como especialidade médica, surge no final do século XVIII como produto das relações hospitalares como esperança de tratamento dos internos dos asilos confinados nos hospitais europeus daquela época. Pinel foi o introdutor do enfoque clínico na psiquiatria e começa a sistematizar a primeira classificação nosográfica da alienação mental (Stockinger, 2007). Nas palavras de Amarante (2007), o princípio do isolamento estaria associado à própria produção de conhecimento no campo do alienismo. Para o referido autor, a partir de então, o hospital pineliano estaria transformado em instituição médica.

Entretanto, nas últimas décadas o paradigma da saúde mental tem evoluído. Com a Reforma psiquiátrica, através da desinstitucionalização, tem se ampliado os conceitos puramente biológicos e passado a considerar fenômenos resultantes da interação complexa entre fatores múltiplos. Ou seja, os transtornos mentais passaram a ser abordados levando em consideração os fatores genéticos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Amarante, 1996).

Nessa nova perspectiva, o olhar e a valorização dos conhecimentos da pessoa em sofrimento mental sobre sua cultura, sentimentos e percepções de seu processo saúde-doença são valorizados. Nessa ótica, compreende-se ainda que o sujeito constrói significados para seu

sofrimento mental de acordo com os sentidos produzidos pela história social de seu tempo (Machado, 2001).

Tal mudança de paradigma apresenta-se como um desafio ao processo da Reforma Psiquiátrica, pois consiste em romper com as práticas psiquiátricas dominantes de assistência à saúde mental, que têm por objeto de intervenção a doença mental e não a pessoa em seu contexto. O que quer dizer, nas palavras de Vieira Filho e Nóbrega (2004), que a resignificação do cuidado em saúde mental privilegia a dinâmica das relações humanas de um sujeito situado numa sociedade, cultura e história, que perpassa a organização sanitária, seu estilo de gestão e as práticas de cuidado.

3.2 Pesquisas em saúde mental em comunidades quilombolas

Apesar do esforço ocorrido nas últimas décadas pela nação brasileira com a finalidade de mitigar a desigualdade e a iniquidade que vive a população negra, em consequência da escravidão, a situação das comunidades quilombolas no Brasil vem-se mostrando notoriamente fragilizada. Isso se deu por ações externas indiscriminadas, caracterizadas por interferências em âmbitos político-sociais, ambientais, educativos, culturais e de saúde (Varejão, Cambuy, Silveira, & Simão, 2006).

O reconhecimento de posse da terra pelos quilombolas a partir de 1988 por ações do governo brasileiro não lhes garantiu infraestrutura e acesso aos serviços de saúde, o que caracteriza sua vulnerabilidade e gera questionamentos sobre sua saúde física e mental. Ou seja, a efetiva proteção e promoção de direitos necessita da diversidade e da aplicação de políticas específicas ou diferencialistas, endereçadas a indivíduos ou a grupos socialmente vulnerabilizados ou alvo preferencial de exclusão (Marques & Gomes, 2013). A ausência da aplicabilidade de políticas específicas tem contribuído para o aumento da vulnerabilidade das comunidades quilombolas rurais.

Estudos têm apontado para as condições de saúde bastante precárias nas comunidades quilombolas, sendo esta população negligenciada nas políticas públicas de saúde específicas (Barroso, Melo, & Guimarães, 2015; Bezerra, Andrade, César, & Caiaffa, 2013; Bezerra et al., 2014; Cavalcante, 2011; Freitas et al., 2011; Oliveira, Silveira, Pereira, & Freitas, 2012; Silva, 2007). Todos esses estudos identificam as condições precárias em que os quilombolas vivem e a necessidade de ações mais categóricas no que tange à saúde deste grupo, demonstrando alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados às precárias condições de vida e moradia, à ausência de saneamento básico e serviços de saúde (Barroso, Melo, & Guimarães, 2014;

Barroso, Melo, & Guimarães, 2015). Tal realidade expressa a vulnerabilidade da população quilombola no Brasil e evidencia a necessidade de estudos representativos que melhor caracterizem a situação de saúde nessas comunidades.

No que se refere ao campo da saúde mental da população negra, a Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN, com a qual propõe, em seu Capítulo III:

- V – 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;
- VI – Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2009, p. 28).

No entanto, os indicadores sociais têm mostrado que a população negra está sempre em desvantagem quando comparada à população branca em relação ao acesso à saúde, sobretudo à saúde mental. Na mesma direção, a comunidade científica ainda caminha a passos lentos no desenvolvimento de pesquisas relacionadas à saúde mental das comunidades quilombolas, sendo poucos os estudos realizados com essa população no Brasil (Barroso, Melo & Guimarães, 2015).

Entre os achados sobre a temática, encontra-se o estudo transversal realizado por Barroso, Melo e Guimarães (2015) que investigou os fatores associados à depressão para homens e mulheres em 764 participantes em 5 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia. Os resultados do referido estudo mostraram que, para os homens, os fatores associados à depressão foram diagnóstico prévio de doença crônica, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e acesso ruim aos serviços de saúde e, para as mulheres, os fatores associados foram diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, histórico de tabagismo e se autodeclarar como não negra.

O consumo de álcool moderado ou excessivo, bem como problemas mentais foram encontrados em estudos com remanescentes quilombolas na região nordeste do país (Silva, 2007; Cardoso, Melo & Cesar, 2015). Um estudo com quilombolas na Bahia aponta que a prevalência de depressão neste grupo era similar à da população geral brasileira, contudo não havia diferenças entre os sexos quanto prevalência e intensidade dos sintomas depressivos (Barroso, Melo, & Guimarães, 2014). Da mesma forma, sintomas depressivos foram encontrados em estudo com idosos quilombolas realizado por Santos et al., (2014), com prevalência de 29,5% de depressão entre os participantes, sendo que 26,2% apresentavam

depressão menor e 3,3%, depressão maior.

Carvalho (2014), ao avaliar a existência e estimar a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes que vivem em uma comunidade rural isolada do grupo quilombola Kalunga, localizada na parte nordeste do estado de Goiás, encontrou diferenças entre os sexos, pois as meninas apresentaram mais transtornos internalizantes do que os meninos. A prevalência de problemas de saúde mental encontrada na presente pesquisa foi elevada em comparação com estudos semelhantes em todo o mundo.

De modo geral, estes estudos sinalizam para a necessidade de um olhar minucioso para a saúde mental nas Comunidades Quilombolas. Contudo, quando se refere à Região Norte poucos, são os estudos realizados sobre as condições de saúde mental nas Comunidades Quilombolas. Em uma busca não sistemática, encontrou-se apenas o estudo realizado por Melo e Silva (2015), com o qual os autores propuseram identificar a prevalência das principais doenças crônicas que acometem um grupo de populações quilombola localizadas no nordeste paraense. Ao relacionar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), a referida pesquisa mostrou que aspectos relacionados à comorbidades como tabagismo, etilismo apontam para a existência de forte relação entre a prevalência das doenças crônicas e os DSS.

Essa escassez acentua-se ainda mais na região amazônica ocidental, compreendida pelos estados de Acre, Amazonas, Roraima e Rondônia. Para Guimarães e Silva (2015), isso se deve, entre outros fatores, em função da grande dificuldade logística de acesso, a certas áreas e comunidades, dado o tamanho continental da região amazônica, onde ainda há, relativamente, poucas pesquisas voltadas à compreensão das complexas relações entre esses grupos e os seus DSS.

Essa escassez acentua-se ainda mais na região amazônica ocidental, compreendida pelos estados de Acre, Amazonas, Roraima e Rondônia. Para Guimarães e Silva (2015), isso se deve, entre outros fatores, em função da grande dificuldade logística de acesso, a certas áreas e comunidades, dado o tamanho continental da região amazônica, onde ainda há, relativamente, poucas pesquisas voltadas à compreensão das complexas relações entre esses grupos e os seus DSS.

Mais especificamente no Estado de Rondônia, as comunidades de remanescentes quilombolas, situadas na Região do Vale do Guaporé na divisa com a Bolívia, sob condições históricas de vida sofrem com o forte impacto da desigualdade social. Assim como em outras comunidades quilombolas do Brasil, os remanescentes de quilombolas guaporeanos sofrem com a discriminação, o preconceito e as situações de descaso e negligência do poder público, especialmente no que diz respeito a prestação de serviço público de atendimento à saúde/saúde

mental de qualidade à essa população. Acrescenta-se ainda, que o pouco atendimento em saúde mental recebido por essas comunidades, do ponto de vista da atenção à saúde pública, ainda são aqueles sustentados por conceitos padronizados e definidos que descaracteriza o indivíduo sobre o seu adoecimento e a sua saúde como um todo, sua cultura, sentimentos e percepções (Machado, 2001).

Por outro lado, pensar que as comunidades quilombolas do Vale do Guaporé sobrevivem em pleno isolamento social a mais de um século em meio à floresta e que seu contato mais frequente ao longo do tempo se deu com as comunidades indígenas e ribeirinhos possibilita o surgimento das seguintes inquietações: como as comunidades lidam com o sofrimento mental? O que essa população compreende por problemas de saúde mental? Quais os sentidos produzidos sobre a doença mental no contexto das comunidades remanescentes quilombolas? Quais os recursos utilizados como práticas de cuidado em saúde mental pelas comunidades quilombolas do Vale do Guaporé? Quais as influências da cultura quilombola na produção de sentidos sobre o adoecimento mental? Como se configuram as redes de cuidado em saúde mental que emergem das necessidades trazidas pelas comunidades? E como esse cuidado é oferecido?

Para responder essas indagações, recorreu-se à Psicologia Social Discursiva, considerando que os pressupostos a serem contemplados no desenvolvimento deste estudo serão aqueles advindos dos discursos produzidos entre os remanescentes quilombolas e a natureza, a sociedade, a cultura, a religião, enfim, todo imaginário e sentidos contidos nos espaços percebidos e vividos por essas comunidades. No âmbito do atendimento público, recorreu-se as práticas discursivas que produzem sentidos sobre o trabalho dos profissionais de saúde nas comunidades quilombolas do Vale do Guaporé.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Este estudo propôs compreender os sentidos produzidos no cotidiano em comunidades de remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé – RO, relacionados à saúde/doença mental, e como se dão as práticas de cuidados em saúde mental realizadas com membros que apresentam algum tipo de sintomas ou diagnóstico de doença mental.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar os sentidos produzidos sobre saúde/doença mental por remanescentes quilombolas construídos a partir das suas experiências com o sofrimento psíquico;
- Compreender como os remanescentes quilombolas produzem os sentidos sobre suas práticas de cuidado em saúde mental e percebem as atividades recebidas pelos serviços de saúde;
- Conhecer o tipo de assistência em saúde mental que as comunidades estão recebendo da Rede de Atenção Básica do município de São Francisco;
- Conhecer como se configuram as redes de cuidado em saúde mental que dão cobertura ao território das comunidades quilombolas e como esse cuidado é oferecido.

5 PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

5.1 O Construcionismo Social

Após as duas grandes guerras mundiais, o pensamento moderno, fundamentado na razão como capacidade de conhecer e dominar todas as coisas por meio do método científico e o homem como um ser autônomo, autossuficiente e universal que atua sobre a natureza e a sociedade, foi questionado. A crise da modernidade, suas implicações e tensões possibilitaram o caminho para a construção de uma nova visão de ciência. O contexto em que se deram tais mudanças pode ser identificado como movimento científico, cultural e artístico que tem sido chamado de pós-modernidade (Moscheta, 2014).

As discussões e reflexões que emergem do pensamento pós-moderno estão pautadas na explicitação da relação entre produção de conhecimento e configuração de mundo social sob as quais se apoia o discurso construcionista social (Guanaes-Lorenzi, 2014). Nesse sentido, o Construcionismo Social surge, no campo das ciências humanas e sociais, em concepções críticas sobre as noções de objetividade, verdade e racionalidade, em oposição aos preceitos gerais das teorias modernas, abrindo possibilidades para novas reflexões no campo científico (Guanaes & Japur, 2008). Enquanto base epistemológica, as ideias construcionistas fazem parte das teorias Pós-Estruturalistas que desenvolveram como uma crítica às ideias estruturalistas que supunham que a realidade podia ser apreendida desde que se conseguisse compreender a lógica e a essência de suas estruturas.

Uma das afiliações teóricas de que se constitui o movimento construcionista é a Sociologia do Conhecimento, que se vincula com o conceito de construção social da realidade (Gergen, 1985). De acordo com a Sociologia do Conhecimento, a realidade é socialmente construída não mais a partir do mundo das ideias, que é de domínio dos homens sábios, mas sim, a partir do senso comum, que é de domínio do povo. Assim, a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles, à medida que forma um mundo coerente que se origina no pensamento e na ação dos comuns, sendo afirmado como real por eles (Berger & Luckmann, 2007).

Para os referidos autores, entre as múltiplas realidades há uma que se apresenta como sendo a realidade por excelência, a realidade da vida cotidiana. E a linguagem usada na vida cotidiana é que determina a ordem em que as objetivações necessárias adquirem sentido para as pessoas. Dessa maneira, a linguagem marca as coordenadas da vida dos indivíduos na sociedade por meio dos objetos dotados de significados. Assim, a realidade apresenta-se às

pessoas como um mundo intersubjetivo, onde a existência dessas só é possível por meio da interação e da comunicação de uns com os outros (Berger & Luckmann, 2007).

Nessa ótica, o construcionismo social, apontando o entrelaçamento entre realidade e discurso, privilegia a compreensão do modo como as pessoas, por meio de sua participação em práticas discursivas, constroem sentidos sobre o mundo e sobre si mesmos, com os quais no momento da interação elas descrevem e dão conta da realidade (Guanaes & Japur, 2008; Spink & Frezza, 2013). As palavras ajudam a manter as formas de vida ao mesmo tempo em que as formas de vida conferem significado às palavras. Concomitantemente, essas formas de vida começam a formar os limites de nossos mundos (Gergen & Gergen, 2010). Assim, o ser humano passa a ser um “produto social” imerso numa dinâmica de conservação e ruptura que moldam a realidade e possibilitam a ressignificação e a transformação social.

Na visão construcionista, a produção de sentidos se configura como uma prática social dialógica que implica o uso da linguagem que, por meio de sua utilização, fornece sustentação às práticas sociais que geram sentidos e procura entender as práticas discursivas (narrativas, argumentações e conversas), assim como aqueles repertórios empregados nestas produções discursivas. Assim, o sentido é uma construção social, interativa, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink & Medrado, 2013).

Na visão construcionista, a produção de sentidos se processa no contexto da ação social. Ela se alia à tradição hermenêutica de processo criativo, mediado pelas expectativas e pressupostos que traz para a situação a tradição interacionista de valorização da presença – real ou imaginada – do outro e a onipresença da linguagem na perspectiva das práticas discursivas. Desse modo, a produção de sentidos como prática social, dialógica, implica o uso da linguagem que, tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico busca entender, tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo) como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (Spink & Medrado, 2013).

Nessa ótica, o construcionismo social está interessado em identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias, nos quais o foco de estudos passa das estruturas sociais e, sobretudo, dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo. Portanto, seu foco são as unidades básicas da comunicação, situando-se no espaço da interpessoalidade, da relação com o outro, esteja ele fisicamente presente ou não (Spink & Medrado, 2013).

As explicações sobre o mundo são resultado da coordenação da ação humana, a partir

dos significados construídos em relacionamentos, no qual o significado das palavras é decorrente do seu uso social, das formas pelas quais são utilizadas nos relacionamentos existentes (Rasera e Japur, 2005). Ou seja, “o relacionamento antecede tudo que é inteligível” (Gergen, 1999).

Dessa maneira, a construção social não é de autoria de um único indivíduo ou grupo, nem tampouco exclusiva e unificada; ela pressupõe um significativo compartilhamento entre diferentes comunidades (Gergen & Gergen, 2010). A construção da realidade através da utilização de determinadas descrições e explicações se dá a partir das condições sócio históricas concretas dos sistemas de significação (Rasera & Japur, 2005).

O construcionismo social também enfatiza a base linguística das práticas humanas. Aqui, novamente se impõe a dimensão de universalidade sobre o que cada ser humano pode produzir em termos de significado, uma vez que, invariavelmente, existirão condições morais e materiais que orientam o uso da linguagem (Rasera, Guanaes & Japur, 2004). Nessa direção, Gergen e Gergen (2010) afirmam que, para o construcionismo social, as ações não são limitadas por qualquer coisa tradicionalmente aceita como verdadeira, racional ou correta. Isso porque existe um amplo espectro de possibilidades, convite infinito à inovação.

5.2 A Psicologia Discursiva

O termo Psicologia Discursiva foi utilizado pela primeira vez por Potter e Wetherell, em 1987, no livro *Discourse and social psychology: beyond attitudes and behavior*, quando defenderam uma psicologia orientada discursivamente, a partir da teoria dos atos da fala, da etnometodologia e da semiologia (Fiorin, 2005). A obra em destaque surgiu como um marco da concretização metodológica dos princípios socioconstrucionistas ao revisar temas clássicos na Psicologia Social (Garay, Iñiguez & Martínez, 2005).

A Psicologia Discursiva se constitui como uma forma de inteligibilidade em Psicologia Social que tem ganhado destaque nos últimos anos e tem privilegiado a Análise do Discurso ao propor novos objetos e métodos de investigação. No campo epistemológico, a Psicologia Discursiva se situa na perspectiva construcionista (Gergen, 1997), mais especificamente em uma elaboração inglesa dessa perspectiva. Ela enfatiza a linguagem construída historicamente e como construtora de realidades. A partir da possibilidade humana de aquisição da linguagem, a Psicologia Discursiva elege como objeto de sua investigação as construções linguísticas e gramaticais, os discursos e narrativas de vários tipos através dos quais as pessoas constroem conjuntamente realidades pessoais e sociais (Gergen, 1997; Rasera, 2013, Rasera, Guanaes &

Japur, 2004).

Enquanto perspectiva teórica, ela utiliza ideias da análise do discurso, retórica, sociologia da ciência, etnometodologia, análise conversacional e pós-estruturalismo (Potter & Edwards, 2001). É definida como o estudo de como conceitos psicológicos do senso comum são usados no cotidiano e nos textos. O seu foco principal é sobre ideias da psicologia popular acerca de estados mentais e de características pessoais usadas na vida cotidiana. Desse modo, a Psicologia Discursiva examina o que as pessoas dizem como ações de desempenho de vários tipos de contextos em que as coisas são ditas, sobretudo, do contexto da conversa circundante (Edwards, 2004).

Uma das principais contribuições da Psicologia Discursiva foi o desenvolvimento de investigações sobre os aspectos comunicativos e construtivos da linguagem na interação social (Flick, 2009; Iñiguez, 2004). Nessa perspectiva, a linguagem é vista como uma forma de ação social e examina o modo como as funções sociais da fala são desempenhadas. Ela é particularmente atenta aos modos pelos quais os relatos factuais e as descrições são concebidos de forma que assim pareçam (Coyles, 2010). Assim, a fala é construída por atores sociais, razão pela qual a ação que se desenvolve na fala e também na escrita passa ser considerada a medula que articula a Psicologia Discursiva (Iñiguez, 2004).

O método a Psicologia Social Discursiva tem como foco enfatizar a natureza retórica do discurso, ou seja, a forma como as pessoas argumentam sobre eventos e fenômenos, sua função, como ação e consequências do discurso e variabilidade (Potter & Wetherell, 1987). Entretanto, cabe ressaltar que na Psicologia Discursiva não há pretensão de estabelecimento de qualquer distinção clara entre teoria, métodos e descobertas. Entende-se que descobertas são produzidas pelo método e elas formam a teoria e são por ela formadas. Assim, descobertas importantes podem tornar-se parte da teoria e do método (Edwards, 2004).

Para Potter e Wetherell (1987), nesta abordagem, o discurso é utilizado numa visão ampla que abrange diversas formas de interação, sejam verbais, escritas, formais ou informais. Para fins de análise, essa perspectiva contempla três temas básicos. O primeiro refere-se à função, a qual diz respeito aos efeitos do discurso, ou seja, como ele posiciona o sujeito que o constrói, os diferentes grupos sociais e como descreve esses grupos. O segundo tema diz respeito a construção que, por sua vez, faz referência às diferentes representações do mundo social que o sujeito faz ao usar os recursos e os repertórios discursivos que a sua cultura lhe oferece. E, por último, a variabilidade, reconhecida pelos pesquisadores como a modificação de sentidos presente nos discursos do indivíduo e de grupos, que ocorre devido à linguagem ser utilizada com a finalidade de cumprir variadas funções (Wetherell & Potter, 1996).

A análise de discurso utilizada na Psicologia Social Discursiva baseia-se em três fundamentos principais. O primeiro compreende que o discurso é orientado à ação ou às ações e práticas que o discurso desempenha. O segundo fundamento é o de que o discurso é situado. Trata-se o discurso como ocasionado na medida em que ocorreu numa sequência de interação. Ou seja, as ações não estão soltas no espaço, mas baseadas em um contexto que a precede e que se segue. E que o discurso é construído. Ou seja, as pessoas usam a linguagem para construir versões do mundo social (Potter e Edwards, 2001).

Nesse fundamento, os eventos são explicados através de uma variedade de recursos linguísticos pré-existentes, o que implica o uso seletivo de termos com o qual alguns aspectos são levados em consideração e outros são omitidos (Potter & Wetherell, 1987). A finalidade de uma análise do discurso fundamentada na Psicologia Social Discursiva é observar a maneira como se constituem e estruturam versões da realidade, a fim de torná-las válidas e verdadeiras e como se desacreditam versões contrárias (Wetherell & Potter, 1992). Dentro dessa compreensão, entendem-se as conversas como espaços interativos em que os falantes constroem e utilizam algumas descrições para alcançar alguns interesses (Oliveira, 2012).

O ponto de partida metodológico da Psicologia Discursiva consiste na análise dos repertórios interpretativos utilizados na construção de versões de eventos específicos da realidade (Flick, 2009). De acordo com Potter e Wetherell (1987), os repertórios interpretativos são termos utilizados constantemente com a finalidade de avaliar ações, eventos e demais fenômenos. Constitui-se de termos e esquemas linguísticos utilizados pelo indivíduo como recursos na construção do discurso e posicionamento ante os fatos. Os conteúdos e os procedimentos são reconstruídos a partir desses discursos, bem como os caminhos nos quais as memórias sociais relativas a certos eventos são construídas e mediadas (Flick, 2009).

Neste sentido, para a Psicologia Social Discursiva, os fenômenos psicológicos deixam de ser descritos como expressões de um mundo mental interior e passam a ser vistos como descrições socialmente contextualizadas, que engendram determinadas práticas sociais e formas de relacionamento. Por esse ponto de vista, a especificidade do ser humano reside na sua capacidade para a linguagem e, assim, o foco de investigação na Psicologia recai sobre os diferentes discursos através dos quais os fenômenos psicológicos são produzidos pelas pessoas em seus relacionamentos. Nesse sentido, a Psicologia Discursiva, propõe que a especificidade do ser humano reside em sua capacidade de produzir sentido sobre si mesmo e sobre o mundo em que vive, isto é, em sua habilidade de produzir explicações discursivas (Rasera, Guanaes, & Japur, 2004).

Dessa maneira, como afirma Edwards (2004), a Psicologia Discursiva busca descobrir como as coisas psicológicas são desenvolvidas e manipuladas como parte das ações que o discurso realiza. Dessa maneira, em todos os tipos de discursos e intervenção social, como as conversações cotidianas, as conversas em ambientes institucionais como escolas e terapia, onde há uma preocupação oficial com as questões da “mente”, as questões psicológicas estão entremeadas devido a relevância geral das intenções, motivos, ideias, planos, memórias, etc. para a explicação da vida

6 MÉTODO

6.1 Delineamento

A construção metodológica dessa Tese utilizou-se da abordagem qualitativa sob a perspectiva da Psicologia Discursiva (Potter & Wetherell, 1987). No método qualitativo, o papel do pesquisador é obter um panorama profundo, intenso e “holístico” do contexto em estudo, interagindo dentro das vidas cotidianas de pessoas, grupos, comunidades e organizações (Gray, 2012).

Considerando os objetivos deste estudo, o método qualitativo parece ser o mais apropriado na compreensão dos sentidos produzidos pelos membros da comunidade quilombola sobre a doença mental, tendo como ponto de partida os significados sociais e subjetivos a ela relacionados. Isso se justifica pelo fato de que, na pesquisa qualitativa sobre doença mental, o pesquisador estuda o conhecimento e as práticas dos participantes e analisa as interações que permeiam a doença mental e “as formas de lidar com ela em um campo específico” como afirma Flick (2009).

6.2 Caracterização do campo

Localizada na Região Norte, Rondônia faz fronteira com os estados do Amazonas (ao norte), Mato Grosso (a leste), uma pequena faixa com o Acre (a oeste), além do país boliviano (a oeste). O território estadual possui dois terços cobertos pela floresta Amazônica. Sua extensão territorial é de 237.590,864 quilômetros quadrados possui 52 municípios. Conforme contagem populacional realizada em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Rondônia totaliza 1.562.409 habitantes, sendo o 3º estado mais populoso da Região Norte. Rondônia comporta sete bacias hidrográficas como mostra a Figura a seguir: 1- Bacia do Guaporé, com 59.339,38 km², é a segunda maior do estado; 2 – Bacia do Mamoré, com 22.790,66 km²; 3 – Bacia Abunã, a menor de todas, com 4.792, 21 km²; 4 – Bacia do Rio Madeira com 31.422, 15 km² é a terceira maior de Rondônia, envolvendo cinco municípios, o principal deles Porto Velho; 5- Bacia do Rio Jamari; 6 – Bacia do rio Machado com 80.630,56 km², é a maior em extensão, abrangendo 33 municípios, e 7 – Bacia do Rio Roosevelt, com 15.538, 19 km².

Todas as comunidades quilombolas do estado de Rondônia estão localizadas na região do Vale do Guaporé.

Comunidade	Município
Comunidade Jesus	São Miguel
Comunidade Santo Antônio	São Francisco
Comunidade Santa Fé	Costa Marques
Comunidade Forte Príncipe da Beira	Costa Marques
Comunidade Pedras Negras	São Francisco
Comunidade Laranjeiras	Seringueiras
Comunidade Rolim de Moura do Guaporé	Alta Floresta
Comunidade Santa Cruz	Seringueiras

Figura 3. Comunidades Quilombolas do Vale do Guaporé, RO. Fundação Cultural Palmares, 2019.

A formação e os limites dessas comunidades se dão nessa única região rondoniense com população quilombola, descendente dos escravos que trabalharam na mineração do ouro entre 1734 e 1835, a partir da antiga capital do Mato Grosso, Vila Bela da Santa Trindade (Teixeira, 2006). A instalação dos negros na região ocorreu em detrimento ao fim das minas, da extração de látex, poaia, etc., quando esses escravos foram abandonados, fato que ocasionou vários processos de territorialização e instalação das comunidades quilombolas no Guaporé.

O estudo foi realizado em três comunidades de remanescentes de quilombolas localizadas nos municípios de São Francisco e São Miguel no vale do Guaporé, região sudoeste do Estado de Rondônia. O município de São Francisco do Guaporé, com área territorial 10.959,767km², está localizado a 366,76 km da capital, Porto Velho, e sua população é estimada em 19.353 habitantes. Já o município de São Miguel do Guaporé possui uma área territorial de 7.460,219 km² e se localiza a 494,8 km da capital com população estimada é-de 24.181 habitantes.

A escolha dessas comunidades como local para desenvolver a pesquisa se deu pelo fato do isolamento geográfico e social dessa população na região do Vale do Guaporé.

6.2.1 Comunidade Pedras Negras

O povoado de Pedras Negras é dos mais antigos núcleos de ocupação colonial do Vale do Guaporé. De origem centenária, a comunidade quilombola Pedras Negras, considerada a mais importante do Vale do Guaporé, foi formada por descendentes dos antigos quilombos Mato-Grossenses.

Os primeiros registros do povoado de Pedras Negras data desde a primeira metade do século XVIII, quando Dom Antônio Rolim de Moura estabeleceu no local uma guarnição militar, a fim de impedir o estabelecimento dos espanhóis em território português. A presença militar promoveu Pedras Negras à categoria de terceiro núcleo de povoamento do Guaporé. Dessa forma, Pedras Negras foi o primeiro núcleo de ocupação colonial das terras que hoje integram o Estado de Rondônia (Cruz, 2012).

Após o abandono pelos militares, Pedras Negras passa a receber escravos fugitivos de Vila Bela da Santíssima Trindade e se transforma no “Quilombo Pedras Negras”. Comunidade que até os dias de hoje sobrevive da coleta de subsistência, como a extração da castanha e outras pequenas atividades agrícolas como plantio de mandioca para o fabrico de farinha e polvilho, e principalmente do turismo (Teixeira, 2004). Visitada por viajantes e exploradores desde o século XVIII até a primeira metade do século XX, a localidade de Pedras Negras tem sido descrita como um ponto remoto e ermo. Localizada na fronteira com a Bolívia, extremo da divisa do município de São Francisco com o município de Alta Floresta, onde vivem 39 famílias totalizando 126 pessoas (Rondônia, 2014).

Um fato que chama atenção entre os quilombolas de pedras negras, segundo Cruz (2012), é a ausência de uma memória do tempo da escravidão. Segundo a autora, os negros de Pedras Negras afirmam que quase não sabem nada desse tempo, pois os pais não lhes contaram. Só os mais jovens já participaram de encontros de quilombolas que falam um pouco sobre isto e a partir do que aprenderam fora da comunidade ou nos livros.

6.2.2 *Comunidade Santo Antônio do Guaporé*

Santo Antônio do Guaporé é uma pequena comunidade de quilombolas situada no município de São Francisco no sudoeste do Estado de Rondônia, na fronteira entre o Brasil e a Bolívia. A comunidade existe desde o século XVIII, quando os governos coloniais, preocupados com a extração do ouro e com a guarda fronteiriça, levaram para a região consideráveis contingentes de negros para trabalhar nas minerações, nas obras públicas como a construção do Forte Príncipe da Beira e da cidade de Vila Bela da Santíssima Trindade (Teixeira, 2004).

A comunidade formou-se por negros que fugiram das obras do Forte Príncipe da Beira, dos remanescentes do Quariterê e de fugitivos diversos de propriedades locais. Além desses, contribuíram para a formação da comunidade os negros que migraram de Vila Bela, Casalvasco e outras localidades em busca de sobrevivência em áreas de mais difícil acesso e,

posteriormente, em uma região de grande prosperidade em função da produção de borracha e de poaia.

Atualmente, vivem na comunidade 10 famílias e 50 pessoas em situação de isolamento, o que coloca a comunidade e plena vulnerabilidade social. O tempo de deslocamento da cidade de São Francisco até a comunidade Santo Antônio, por via terrestre, é de quarenta e cinco minutos mas, por via fluvial, é de três horas (Rondônia, 2014). Entretanto, a comunidade é vista como uma próspera área de produção extrativista.

De acordo com Teixeira, Fonseca e Casseb (2009), dentre os elementos que expressam a identidade dessa comunidade podemos listar:

- a) Sua trajetória histórica que evidencia seus vínculos com o passado escravo e quilombola da sociedade colonial guaporeana;
- b) Sua ancestralidade negra ligada aos escravos aquilombados do Vale do Guaporé;
- c) Seus padrões socioculturais específicos, tais como as formas de fazer e de produzir, as estruturas familiares, as tradições religiosas, seus saberes ambientais, as relações com o mundo natural, as formas de manejo dos recursos naturais e seu universo mítico-religioso; e
- d) A identificação de sua territorialidade específica, como um espaço de vivência, produção, lazer e refúgio da comunidade.

6.2.3 Comunidade Jesus

A Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Jesus constitui-se na mais afastada comunidade de remanescentes quilombolas rondoniense em relação ao Vale do Guaporé. Localizada a 108 km do Município de São Miguel do Guaporé, no coração de Rondônia, suas origens remontam à década de 1940 e os antepassados da família têm suas origens ligadas aos negros de Vila Bela da Santíssima Trindade (Teixeira, 2006).

6.3 Participantes

Os participantes desse estudo foram 18 remanescentes quilombolas, 12 do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idades entre 19 e 61 anos, de duas comunidades. Ainda colaboraram com a pesquisa seis profissionais de saúde que fazem atendimentos em três comunidades quilombolas do Vale do Guaporé: Santo Antônio do Guaporé, Jesus e Pedras Negras. De acordo com Rech (2008), na pesquisa qualitativa, busca-se a seleção dos

entrevistados não visando uma representação estatística, mas sendo esses potencialmente capazes de fornecer informações. Seguindo tais orientações, foi tomada a intencionalidade como princípio para a definição do perfil dos entrevistados. A identificação dos indivíduos, por meio da seleção intencional para o estudo proposto, sustenta-se na ideia de Creswell (2010) de que na pesquisa qualitativa o pesquisador escolherá aqueles que melhor ajudarão a entender o problema e a questão da pesquisa.

Como critério de inclusão, foram aceitos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, membros das comunidades-alvo e descendentes de remanescentes quilombolas. Como critério de exclusão foram considerados membros da comunidade com idade inferior a 18 anos, aqueles que não são descendentes de remanescentes quilombolas e aqueles que se encontraram impossibilitados de participar, por motivos de saúde, no momento da coleta de dados. Os critérios de inclusão utilizados com os integrantes da equipe de saúde foram: fazer parte da equipe e prestar atendimento em pelo menos uma comunidade quilombola por mais de um ano.

6.4 Instrumentos

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, roda de conversas com os membros das comunidades, observação sistemática e Diário de Campo.

a) *Entrevistas semiestruturadas*: a entrevista qualitativa foi empregada para mapear e compreender o mundo vivido pelos participantes. Por meio da entrevista foi possível coletar as informações básicas para a compreensão de crenças, atitudes e valores em relação aos seus contextos sociais (Gaskell, 2014). Esse tipo de entrevista envolve um pequeno número de questões elaboradas, porém com flexibilidade de mudanças de acordo com a demanda dos participantes, que se destinam a suscitar suas concepções e opiniões (Creswell, 2010; Rech, 2008).

b) *Observação e Diário de campo*: durante a pesquisa, foram realizadas observações sobre o comportamento manifesto no conteúdo verbal e não verbal expresso pelos participantes no transcorrer dos encontros previstos nas comunidades e as atividades dos participantes no local da pesquisa. Essas observações foram registradas no diário de Campo de maneira sistemática e tiveram enfoque nas questões referentes ao comportamento dos membros das comunidades (Creswell 2010; Flick, 2009). De acordo com Geertz (2008), o Diário de Campo possibilita a passagem da mera descrição dos fatos e modelos explicativos nativos para a elaboração de uma interpretação do pesquisador. Ao salvar o “dito”, o que se interpreta é a fluidez do discurso social, evitando assim a sua extinção. O sentido atribuído à característica da

descrição autoriza a ressalva de que “interpretações mais amplas e análises mais abstratas” surgem de “um conhecimento muito extensivo de assuntos extremamente pequenos” (Geertz, 2008, p. 15).

Neste estudo, também foi utilizada a observação participante, na qual, segundo Flick (2009), há um interesse especial no pensamento e na interação humana, vistos a partir da perspectiva dos sujeitos em seus ambientes específicos da vida cotidiana.

6.5 Procedimentos para a coleta de dados

Após sua aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica PUC/RS a pesquisa seguiu os seguintes procedimentos:

- a) *Contato com os líderes das comunidades*: inicialmente foi contatado o líder de cada comunidade para apresentação do projeto e solicitação da sua autorização para a realização da pesquisa. Nessa oportunidade, foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o estudo e, após o consentimento, foram discutidos datas e horários para os encontros que aconteceram em momentos seguintes de acordo com a disponibilidade dos participantes.
- b) *Encontros com os membros da comunidade*: de acordo com Edwards (2004), na Psicologia Discursiva a coleta de dados começa com um conjunto de materiais conversacionais que ocorrem naturalmente. Seguindo essas orientações, foram realizados encontros com os moradores das comunidades convocados pelas lideranças a pedido do pesquisador. O objetivo desses encontros foi a apresentação e a explicação dos objetivos da pesquisa, seguida de uma roda de conversa sobre a comunidade e sua relação com a saúde/saúde mental. Dessa maneira, as informações coletadas nesses encontros, além de contribuir com o estabelecimento de acordos com os comunitários sobre as atividades a serem desenvolvidas, foram utilizadas como fonte de dados (Discursos).
- c) *Entrevistas*: foram identificados e convidados os colaboradores que participaram das entrevistas, que ocorreram de forma individual, gravadas por um gravador digital com duração média de 40 minutos. O pesquisador esclareceu os objetivos das entrevistas, procurando sanar todas as dúvidas. Em seguida, foi realizado a leitura e assinatura do TCLE.
- d) *Entrevista com os profissionais de saúde*: a coleta das informações fornecidas pelos

profissionais de saúde participantes desse estudo se deu em locais escolhidos de acordo com a preferência de cada um. Na oportunidade, foi apresentado o objetivo da pesquisa e discutidos datas e horários para a leitura e assinatura do TCLE e a realização das entrevistas, as quais também foram de forma individuais e gravadas em um aparelho eletrônico em sala específica, a fim de manter o sigilo.

- e) *Diário de Campo*: As anotações do caderno de campo e as observações aconteceram durante todas as etapas da pesquisa. De acordo com Gray (2012), as notas de campo são absolutamente essenciais para o sucesso da realização do estudo e incluem tudo o que a pessoa que desenvolve considere importante.

Os documentos, bem como as gravações, serão mantidos na instituição por tempo indeterminado, conforme orientação do Conselho Federal de Psicologia.

6.6 Procedimentos de análise das informações

A análise das informações teve como orientação a proposta de Análise do Discurso influenciada pela perspectiva da Psicologia Discursiva e do construcionismo social (Potter & Wetherell, 1987). As práticas discursivas são consideradas o ponto central de análise na abordagem construcionista, implicando em ações, seleções e escolhas de várias produções sociais e fornecendo caminhos valiosos para o entendimento da produção de sentidos no cotidiano (Spink & Frezza, 2013).

A análise de discurso, nessa perspectiva, enfatiza o processo dialógico e performático da linguagem, considerando os conteúdos do discurso como disponíveis socialmente e utilizados conforme os objetivos específicos da conversação (Rasera & Rocha, 2010). A partir dessa proposta, a análise dos dados coletados seguiu as etapas propostas por Potter e Wetherell (1987) e Rasera (2013). Essas etapas resumem de forma pertinente um conjunto de cuidados e decisões a serem tomados pelo pesquisador. Porém, elas não devem ser consideradas sequenciais, mas como uma forma didática de compreender as várias questões e tarefas comuns ao trabalho de análise (Rasera, 2013).

Primeira etapa: refere-se às questões da pesquisa e suas relações com o discurso, sua construção e sua função. *Etapa dois*: a seleção do material é a etapa dois; na análise do discurso, o tamanho do material analisado depende da questão da pesquisa. *Etapa três*: coleta de registros e documentos. *Etapa quatro*: entrevistas e trocas conversacionais informais. *Etapa cinco*: leitura flutuante e atenta das transcrições das entrevistas. Essa leitura abrangerá os aspectos

voltados à produção de sentidos e práticas de cuidado em saúde mental vividos no cotidiano dos remanescentes quilombolas. Em seguida, as entrevistas serão transcritas e lidas na íntegra. Após a leitura, serão analisados os repertórios interpretativos, os quais, segundo Potter e Wetherell (1987), são “blocos linguísticos” que as pessoas usam para construir suas versões dos fenômenos em que participam. *Etapa seis*: codificação, a qual se refere a uma etapa preliminar da análise propriamente dita e que tem o objetivo pragmático de agregar grandes quantidades de dados, baseado em categorias amplas e inclusivas relacionadas às questões da pesquisa (Rasera, 2013). *Etapa sete*: análise das informações coletadas. Essa etapa envolve uma leitura intensiva e cuidadosa do material, na qual se considerem as nuances e os detalhes do discurso, e o que está dito ou escrito. A análise envolve duas fases: a) a busca do padrão nos dados; e b) a análise das funções e efeitos dos discursos. *Oitava etapa*: validação das interpretações analíticas. *Etapa nove*: refere-se ao relato da pesquisa e a avaliação das interpretações do pesquisador. *Décima etapa*: a aplicação do conhecimento produzido por meio da análise do discurso (Rasera, 2013).

6.7 Procedimentos éticos

A pesquisa seguiu as orientações das Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (1996), e 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (2000), sobre pesquisas com seres humanos. Para a realização deste estudo, o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão Científica da Faculdade de Psicologia e ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A participação na pesquisa foi oficializada através da leitura e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A). Para preservar o anonimato e o sigilo de cada sujeito participante, foram adotados códigos em suas identificações.

Os participantes foram informados de que sua colaboração seria voluntária e poderia ser interrompida a qualquer momento, sem que isso cause qualquer prejuízo. Foi garantido o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas, preservando a identidade dos participantes.

7 ESTUDO I

Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura

Mental health in Brazil's quilombola communities: a systematic review of the literature

La santé mentale dans les communautés quilombola au Brésil: une revue systématique de la littérature

Salud mental en comunidades quilombolas de Brasil: una revisión sistemática de la literatura

Resumo: O objetivo com esta revisão foi identificar estudos sobre saúde mental desenvolvidos nas populações quilombolas. Os artigos foram pesquisados em três bancos de dados: *Lillacs*, *Medline* e *SciELO*, utilizando os seguintes descritores: “quilombola OR quilombo AND mental health OR mental disorders”. Foram selecionados oito estudos que atenderam aos critérios de inclusão. A maioria dos trabalhos apontou os indicadores sociais e econômicos como fatores associados à condição de saúde e saúde mental dos membros das comunidades quilombolas.

Palavras-chave: Saúde mental. Saúde pública. Determinantes sociais de saúde.

Abstract: This review's objective was to verify studies on mental health developed with quilombola populations. The researches were taken from three different databases: *Lillacs*, *Medline* and *SciELO*, using the following describers: “quilombola OR quilombo AND mental health OR mental disorders”. We selected eight studies which met the inclusion criteria. Most of the studies pointed social and economic indicators as factors associated to the health and mental health conditions of members of quilombola communities.

Keywords: Mental health. Public health. Social determinants of health.

Résumé: L'objectif avec cette revue était d'identifier des études sur la santé mentale développées avec des populations de quilombola. Les articles ont été analysés dans trois bases de données: *Lillacs*, *Medline* et *SciELO*, en utilisant les descripteurs suivants: "quilombola OU quilombo ET santé mentale OU troubles mentaux". Huit études répondant aux critères d'inclusion ont été sélectionnées. La plupart des études ont indiqué que les indicateurs sociaux et économiques étaient des facteurs associés à l'état de santé et à la santé mentale des membres des communautés quilombola.

Mots-clés: Santé mentale. Santé publique. Déterminants sociaux de la santé.

Resumen: El objetivo de esta revisión fue identificar estudios sobre salud mental desarrollados en poblaciones quilombolas. Los artículos fueron investigados en tres bancos de datos: *Lillacs*, *Medline* y *SciELO*, utilizando los siguientes descriptores: “quilombola OR quilombo AND mental health OR mental disorders”. Fueron seleccionados ocho estudios que atendieron los criterios de inclusión. La mayor parte de los trabajos apuntó los indicadores sociales y económicos como factores asociados a la condición de salud y salud mental de los miembros de las comunidades quilombolas.

Palabras clave: Salud mental. Salud pública. Determinantes sociales de salud.

1 INTRODUÇÃO

As Comunidades Quilombolas sofrem com o forte impacto da desigualdade social. Por estarem localizadas principalmente nas áreas rurais, longe dos centros urbanos, essas comunidades vivem num relativo grau de isolamento geográfico, em locais de difícil acesso e de desassistência. Além disso, o preconceito e a discriminação sofridos por esse grupo agravam as situações de descaso e negligência do poder público, especialmente no que diz respeito ao acesso à saúde de qualidade (XAVIER, 2012; MONEGO et al., 2010).

Apesar dos avanços, como a certificação por parte da Fundação Cultural Palmares, as populações remanescentes de quilombos ainda sofrem uma diversidade de problemas. À medida que as comunidades quilombolas passaram a contar com um reconhecimento oficial de identidade e cultura, passaram a sofrer consequências diretas na manutenção de sua sobrevivência. De acordo com o Observatório Quilombola, ações externas indiscriminadas caracterizadas por interferências em âmbitos político-sociais, ambientais, educativos, culturais e de saúde têm, notoriamente, fragilizado as comunidades quilombolas no Brasil. Essas ações resultam em ameaça à identidade, à autonomia, ao modo de organização do trabalho e às condições de permanência em seus locais de origem e, conseqüentemente, à saúde (VAREJÃO et al., 2006)

Estudos, sob diversos enfoques, em comunidades quilombolas de várias regiões do Brasil têm apontado para a necessidade de efetivação de ações de políticas públicas voltadas à população negra (BEZERRA et al., 2014; MARQUES et al., 2014; MELO; SILVA, 2015; MONEGO et al., 2010). Esses estudos corroboram dados oficiais do Governo os quais apontam que a população afrodescendente, juntamente com os indígenas, continua sendo uma das mais desfavorecidas, apresentando níveis mais altos de ruralidade, pobreza, desemprego, analfabetismo e migração, associados a menor acesso aos serviços de saúde e saneamento ambiental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), refletindo a vulnerabilidade social em que vivem. No que se refere às condições de saúde nas comunidades quilombolas, a desigualdade social tem efeitos diretos no acesso aos cuidados e no agravamento dos problemas de saúde desse grupo.

Outras pesquisas sugerem a associação entre problemas básicos de saúde das comunidades quilombolas e precárias condições de vida e moradia, ausência de saneamento básico e acesso restrito à educação dessas comunidades (BEZERRA et al., 2014; CAVALCANTE, 2011; FREITAS et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012). A investigação desses marcadores sociais e suas relações com a saúde permite a compreensão do processo saúde-

doença nas comunidades quilombolas, não apenas em seus aspectos biológicos, mas também considerando os determinantes sociais da saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Os determinantes sociais da saúde correspondem às condições de vida, trabalho e moradia dos indivíduos e comunidades, associados aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam no processo de saúde e doença (KIEGER, 2001; FREITAS et al., 2011; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). No entanto, Kieger (2001) afirma que todos esses fatores que produzem as desigualdades em saúde são evitáveis e poderiam ser modificados com ações em diversos níveis.

De forma mais específica, no campo da saúde mental, os determinantes sociais de uma comunidade são particularmente relevantes na compreensão e na construção de novos modos de estar diante da pessoa em adoecimento mental (BOSI et al., 2014). Dimenstein et al. (2017), seguindo o proposto pelo Centro de Estudos em Saúde (Cebes) e pela Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames), propõem uma substituição da expressão “determinantes” por “determinação social”, uma vez que a primeira está relacionada a uma visão linear e que pode ser reducionista em relação ao processo saúde-doença. Desse modo, a noção de determinação social é entendida como forma de apreensão das múltiplas determinações que incidem em uma realidade concreta, destacando os aspectos relacionais e do cotidiano de vida nas comunidades (DIMENSTEIN et al., 2017). Contudo, neste estudo, a utilização do termo “determinantes” se insere em uma compreensão não linear do processo saúde/doença.

Ao estudar a relação entre os marcadores sociais e sua relação com a saúde mental, foi encontrada associação entre maior prevalência de problemas de saúde mental entre pessoas de classe social menos privilegiada, com menores níveis de estudo, imigrantes, com um maior número de doenças crônicas e que referiram pouco apoio social (ROCHA et al., 2015). Nessa mesma direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a distribuição da prevalência de transtornos mentais não ocorre de forma igualitária em toda a população (OMS, 2001). Ou seja, grupos que se encontram em desvantagens decorrentes de relações e interações sociais desiguais, como, por exemplo, a população negra, que traz consigo um conjunto de variáveis individuais e contextuais como componentes ligados ao racismo (iniquidades, segregação e exclusão étnica) e condições socioeconômicas desfavoráveis, podem se tornar mais propensos a desenvolver transtornos mentais, como apontam alguns indicadores de utilização de serviços de saúde a respeito de que as comunidades negras estão sempre em desvantagem quando comparadas à população branca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Desse modo, o conhecimento dos determinantes sociais e das variáveis que produzem

desigualdades em saúde mental e sua influência no adoecimento da população quilombola ganham relevância, à medida que esses elementos sejam integrados na formulação de políticas que orientam as prioridades para a gestão pública em saúde para com essa população (ALVES; RODRIGUES, 2010; FERREIRA; LATORRE, 2012). Porém, Gama, Campos e Ferrer (2014) alertam que as relações entre saúde-doença mental e vulnerabilidade social são muito complexas e que sua compreensão exige reflexões e contextualizações que não reforcem o preconceito e a estigmatização em relação a grupos de classe social menos privilegiada por meio de associação entre sofrimento mental e pobreza. Entretanto, a problematização dessas relações pode sinalizar novos caminhos e boas práticas na área de saúde mental.

Nessa compreensão, a saúde-doença mental deve ser pensada como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (ALVES; RODRIGUES, 2010), considerando o conceito de saúde mental de forma mais ampla, de maneira que este possa refletir a conjuntura social, econômica, política e cultural da sociedade, e que não representa a mesma coisa para todas as pessoas. De outra maneira, a definição de saúde-doença mental dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas (FREITAS et al., 2011).

Nessa direção, a Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009, que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), tem como objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS. Em seu Capítulo III, inciso V, a PNSIPN propõe 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. Ainda no mesmo Capítulo, o inciso VI enfatiza o fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2009).

Diante do que foi referido e considerando a escassez de estudos que investigam os fatores individuais e contextuais associados ao sofrimento mental em populações rurais (DIMENTEIN et al., 2018) e, mais especificamente, em populações quilombolas no Brasil (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015), entende-se que a construção de novos saberes no campo da saúde mental dessa população requer a compreensão dos seus determinantes sociais que se materializam em elementos produtores de desigualdades.

Desse modo, este estudo teve o objetivo de identificar, mediante uma revisão sistemática, estudos sobre saúde mental desenvolvidos nas populações quilombolas. Outro

objetivo nesta revisão foi analisar se esses estudos consideraram os determinantes sociais da saúde para compreender o processo de saúde e doença dessa população.

2 MÉTODO

O presente estudo inspirou-se nas recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*, que visam orientar a elaboração de revisões sistemáticas da literatura e meta-análises na área da saúde humana (MOHER et al., 2009). O primeiro passo foi formular a questão da pesquisa, que consistiu em identificar quais são os fatores associados ao sofrimento mental em membros de comunidades remanescentes quilombolas no Brasil? E como os determinantes sociais da saúde aparecem ou não nessa discussão do processo saúde e doença mental.

No processo de construção dos descritores, foram realizados diversos testes com diferentes descritores a fim de encontrar um que contemplasse o maior número de estudos sobre o assunto. Depois de realizados os testes, foi utilizada a seguinte combinação no SciELO e no LILACS (saúde mental or problemas de saúde mental or transtorno mental or depressão) AND (quilombola or quilombo); na Medline: (saúde mental) OR (problemas de saúde mental) OR (transtorno mental) OR (depressão) AND (quilombola) OR (quilombo).

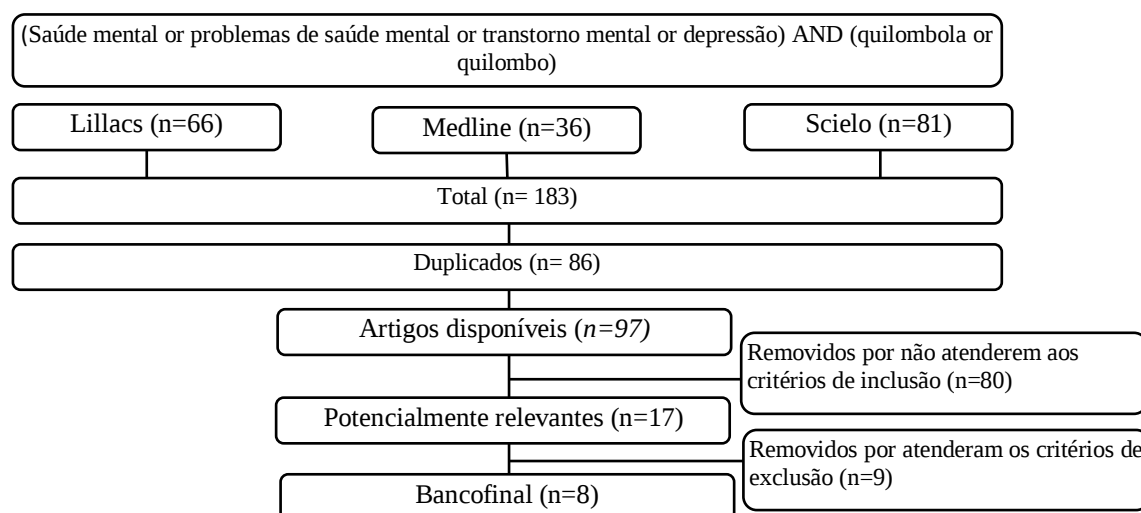
As buscas foram executadas de forma independente por dois juízes, nas bases de dados indexadas na *Lillacs*, *Medline* e *Scielo* em março de 2018. Durante esse processo, não foi delimitado o ano de publicação dos estudos, a fim de construir uma revisão abrangente. A seleção inicial resultou em 183 artigos, sendo 66 na *Lillacs*, 36 na *Medline* e 81 na *Scielo*, conforme indicado na Figura 1. Na base *Lillacs*, foram identificados 12 estudos duplicados e na *Scielo*, 34, na *Medline* não se encontrou duplicação, e entre as bases o número de artigos duplicados somou 40.

Os resumos desses estudos foram analisados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: artigos empíricos realizados no Brasil que abordam os fatores inerentes ao sofrimento mental nas comunidades quilombolas. Um total de 80 artigos não atendeu aos critérios de inclusão. Os 17 artigos restantes foram analisados de acordo com os seguintes critérios de exclusão: a) teses e dissertações; b) resumos de eventos e capítulos de livros. Nove foram excluídos por se enquadrarem nesses critérios. Dados os critérios de inclusão e exclusão, oito artigos foram identificados como relevantes.

Os pesquisadores analisaram, de forma independente, os artigos relevantes e emitiram parecer sobre a inclusão ou não desses na revisão. Depois do processo de seleção dos estudos e

definição daqueles que seriam incluídos na revisão, os pesquisadores fizeram a tabulação dos dados extraídos em uma planilha que incluía título e autores, revista, objetivo, métodos, principais resultados e conclusão do estudo. Essas informações foram tabeladas buscando-se padrões que pudessem organizar os estudos.

Figura 1 – Fluxograma do processo de obtenção de artigos



Fonte: os autores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a finalidade de apresentar as informações dos estudos, apresenta-se no quadro 1, de maneira sintética, a classificação das pesquisas conforme título, periódico, autoria e ano de publicação, objetivo, método, principais resultados e conclusão. A apresentação dos resultados e da discussão está dividida nas seguintes seções: Caracterização geral dos artigos; Categorização das amostras; Indicadores sociais e econômicos das comunidades quilombolas; e Marcadores sociais e fatores associados à condição de saúde mental nas comunidades.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS

Os artigos foram publicados entre 2007 e 2016, sendo sete deles publicados entre 2014 e 2016. Quanto à área de publicação, a maioria foi publicada em periódicos da área da saúde (n=6); um nas ciências sociais e um foi publicado em periódico de psicologia. Houve predominância de estudos realizados na região Nordeste (n=7); apenas um foi realizado no Sudeste. Esse resultado pode ser explicado pela maior concentração de comunidades quilombolas naquela região.

Quadro 1 – Informações sobre os Artigos

Título	Revista	Autores	Objetivo	Métodos	Resultados	Conclusão
Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas	Revista Brasileira de Epidemiologia	Barroso, Melo e Guimarães (2015)	Investigar os fatores associados à depressão para homens e mulheres.	Estudo populacional, transversal, com 764 participantes. Instrumento de avaliação escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9).	Para os homens, os fatores associados à depressão foram diagnóstico prévio de doença crônica, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e acesso ruim aos serviços de saúde. Para as mulheres, os fatores associados foram diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, histórico de tabagismo e se autodeclarar como não negra.	Os fatores associados à depressão diferem entre homens e mulheres e precisam ser considerados nas intervenções para combater a depressão nessa população.
Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados	Revista Pan-americana de Salud Publica	Barroso, Melo e Guimarães (2014)	Estimar a prevalência e fatores associados à triagem positiva para episódio depressivo maior (EDM) em comunidades quilombolas do estado da Bahia, Brasil.	Estudo populacional, transversal com 764 participantes. Instrumento de avaliação escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	A triagem foi positiva para EDM em 12% dos participantes, mas apenas 2,3% das pessoas relataram diagnóstico prévio. A triagem para depressão associou-se à autoavaliação da saúde ruim ou muito ruim, doenças crônicas, sedentarismo e acesso razoável ou ruim aos serviços de saúde.	A prevalência de EDM na população quilombola foi semelhante à da população geral brasileira. A relação entre triagem para EDM e pior acesso aos serviços de saúde indica perda de oportunidade de diagnóstico precoce.
Reflexões sobre o uso de álcool entre jovens quilombolas	Revista Psicologia & Sociedade	Silva e Menezes (2016)	Investigar os significados do uso de álcool entre os/as jovens de duas comunidades quilombolas.	Estudo etnográfico com 20 jovens na faixa etária entre 18 e 24 anos. Instrumento entrevistas semiestruturadas.	Os resultados apontaram para a diversidade de tramas que os marcadores sociais de diferenciação engendram e os efeitos nas significações do uso de álcool.	As poucas atividades de lazer, as relações de gênero, o preconceito sofrido por serem negros/as e/ou quilombolas são situações que, de modo interseccionado, repercutem no uso de álcool

Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba	Saúde e Sociedade	Silva (2007)	Apresentar as condições sanitárias e de saúde humana em uma comunidade remanescente de quilombos e efetuar um levantamento sobre o nível de conhecimento de algumas doenças prevalentes na população negra.	Estudo transversal. Instrumentos: Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB); questionário individual, estruturado e entrevistas não estruturadas.	Dentre os problemas de saúde e agravos observados, destacam-se o consumo de álcool, a hipertensão e os problemas mentais.	As pessoas têm apenas uma ideia aproximada desses problemas, mas desconhecem informações básicas a respeito de doenças e agravos prevalentes na população negra, como anemia falciforme e hipertensão.
Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	Oliveira, Pereira, Guimarães e Caldeira (2015)	Conhecer a autopercepção da saúde (APS) em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais e os fatores associados à percepção negativa da própria saúde.	Estudo transversal com 737 participantes. Instrumento: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL).	A APS mostrou-se associada a dimensões demográficas, socioeconômicas e, especialmente, à morbidade autorreferida.	O conceito de saúde estudado para as comunidades quilombolas parece estar intimamente ligado à ausência de doenças, especialmente as crônicas.
Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	Cardoso, Melo e Cesar (2015)	Analisar o consumo de álcool entre residentes de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA), bem como os fatores associados.	Estudo transversal envolvendo 750 indivíduos. Instrumento: versão adaptada do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde.	Observou-se o consumo entre 41,5% dos participantes, sendo na categoria consumo excessivo 10,7% e na categoria consumo moderado 30,8%. O consumo moderado estava relacionado inversamente com a idade, sendo mais frequente entre indivíduos brancos ou pardos, os mais escolarizados, aqueles em atividade laborativa e entre fumantes.	Existem diferenças segundo as características sociodemográficas dos diversos perfis de consumidores de álcool, e que essas diferenças devem ser consideradas na elaboração de propostas para promoção de hábitos saudáveis.

Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados	Caderno de Saúde Pública	Kochergin, Proietti e César (2014)	Analisar a prevalência da autoavaliação de saúde negativa e fatores associados na população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.	Estudo transversal com 797 adultos; e os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionários.	A prevalência de autoavaliação negativa de saúde foi de 12,5%. Associação à autoavaliação de saúde: cor, escolaridade, consumo satisfatório de frutas e verduras, presença de doença crônica, limitações físicas, apoio social e ao menos uma consulta médica nos últimos 12 meses.	A autoavaliação de saúde foi associada às dimensões: socioeconômica/demográfica, hábitos de vida, suporte social e situação de saúde.
Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas	Revista Latino-americana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud	Silva e Menezes (2016)	Investigar os significados do uso de álcool entre os jovens de duas comunidades quilombolas, Castainho e Estivas, localizadas em Garanhuns/PE.	Estudo transversal com homens e mulheres jovens rurais moradores de duas comunidades quilombolas. Instrumentos: observação participante e entrevistas semiestruturadas.	Os jovens fazem uso de álcool em diferentes momentos e com diversas finalidades: enfrentar situações difíceis, lidar com estados emocionais desagradáveis, divertirem-se, socializarem com os amigos e outras.	Os efeitos dos marcadores sociais de gênero, classe e raça/etnia nas vivências dos jovens repercutem no uso de álcool e a importância de considerar esses fatores nas práticas de prevenção e promoção de saúde em busca de contribuir para a qualidade de vida da juventude.

Fonte: os autores.

Com relação aos objetivos dos estudos, três artigos buscaram investigar o consumo de álcool nas comunidades quilombolas (CARDOSO; MELO; CESAR, 2015; SILVA; MENEZES, 2016a, SILVA; MENEZES, 2016b); destes, dois foram realizados com a mesma população. Outros três objetivaram analisar as condições e autopercepção de saúde entre os quilombolas (SILVA, 2007; KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; OLIVEIRA et al., 2015) e dois avaliaram a depressão e fatores associados (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015; BARROSO, MELO; GUIMARÃES, 2014); esses últimos relatam resultados de uma mesma amostragem.

Quanto à metodologia utilizada, sete pesquisas adotaram como delineamento o estudo transversal (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; SILVA, 2007; OLIVEIRA et al., 2015; CARDOSO; MELO; CESAR, 2015; KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; SILVA; MENEZES, 2016b). De acordo com Rouquayrol (2013), as pesquisas transversais de delineamento amostral, por ser um estudo epidemiológico em que o fator e o efeito são observados em um mesmo momento histórico, atualmente, têm sido as mais empregadas na área de saúde pública.

A maioria dos estudos (cinco) utilizou o método quantitativo como abordagem metodológica. Esse número pode ser explicado pela área a qual está vinculada a maioria dos periódicos em que esses artigos foram publicados. Uma pesquisa utilizou-se do método misto e duas pesquisas do método qualitativo. As pesquisas qualitativas tiveram como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e observação; os estudos quantitativos utilizaram questionários, inquéritos e versão adaptada do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde, *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*. O estudo de método misto utilizou-se do formulário produzido pelo Ministério da Saúde, Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), questionário e entrevista não estruturada.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS

Em relação ao sexo dos participantes, quatro pesquisas apontaram predominância do sexo feminino: 64,2 % (n=485) (OLIVEIRA et al., 2015), 53,5% (n=401) (CARDOSO; MELO; CESAR, 2015), 53,5% (n=409) (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015) e 53,3% (n=398) (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014). Apenas no artigo de Silva (2007), o sexo masculino apresentou-se discretamente superior ao feminino, com 50,19% (n=282). Dois artigos não trouxeram informação precisa sobre o percentual de cada sexo.

A idade entre todos os estudos compreendeu a faixa etária entre 18 e 40 anos. Dois

estudos foram realizados exclusivamente com jovens de idades entre 18 e 24 anos (SILVA; MENEZES, 2016a; SILVA; MENEZES, 2016b). Em relação à cor da pele autorreferida pelos entrevistados, os estudos de Kochergin, Proietti e César (2014) obtiveram como resposta 39,0% (n=291) preto e 44,0% (n=330) pardo. No artigo de Cardoso, Melo e Cesar (2015), a cor preta foi autodeclarada por 41,6% (n=312) e parda 44,0% (n=330). No estudo realizado por Barroso, Melo e Guimarães (2014), o qual apresentava apenas duas opções de respostas “negra” e “não negra”, 84,03% (n=642) dos entrevistados responderam como afirmativa a cor negra. Por outro lado, no estudo de Silva (2007), no qual havia outras opções de respostas, como morena, mulata e parda, apenas 39,19% se declararam de cor negra.

Com base na contribuição dos estudos analisados nesta revisão, duas temáticas foram elaboradas para a discussão dos resultados, visando à realização de uma discussão organizada e relevante: Os indicadores sociais e econômicos das comunidades quilombolas; Marcadores sociais e fatores associados à saúde mental nas comunidades.

3.3 INDICADORES SOCIAIS E ECONÔMICOS DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Compõem este tema os resultados das pesquisas que caracterizavam o contexto em que se encontravam os participantes. Como mencionado anteriormente, grande parte dos estudos foram realizados na região Nordeste do País. Em linhas gerais, os participantes dos estudos analisados apresentaram baixo nível de escolaridade. No estudo de Kochergin, Proietti e César (2014) 32,4% (n=241) dos entrevistados revelaram não ter frequentado a escola, e 28,0% (n=208) frequentaram entre um e três anos; esses mesmos números se assemelham aos resultados encontrados por Cardoso, Melo e Cesar (2015), os quais mostraram que a média de escolaridade dos participantes foi de três anos de estudos, sendo que mais de 95% dos indivíduos não completaram o ensino médio. No artigo de Barroso, Melo e Guimarães (2015), 34,9% (n=124) dos homens e 32,3% (n=132) das mulheres não frequentaram a escola. A escolaridade no artigo de Oliveira et al. (2015) foi de 15,7% (n=119) para aqueles que nunca frequentaram a escola e 44,4% (n=336) que frequentaram entre um e quatro anos. Silva (2007), ao analisar a frequência escolar dos participantes de 0 a 18 anos, verificou que 65,52% (n=44) estavam fora da sala de aula. Dois estudos não apresentaram a escolaridade dos participantes (SILVA; MENEZES, 2016a; SILVA; MENEZES, 2016b).

Esses dados corroboram outros estudos que apontam para o baixo nível de escolaridade nas comunidades quilombolas em várias regiões do país, com um índice significativo de adultos que não sabem ler e nem assinar o próprio nome (PINHO et al., 2015; SANTOS; FÉLIX;

MORAIS, 2012; MARQUES et al., 2014). O baixo índice de escolaridade nas comunidades quilombolas, sobretudo na população adulta, pode contribuir para a manutenção da pobreza e subdesenvolvimento dessas comunidades (PINHO et al., 2015), ampliando a desigualdade socioeconômica entre os grupos que se declaram pretos ou pardos e os brancos.

Essa desigualdade social pode ser observada no exemplo citado pelo IBGE ao analisar a ocupação por atividade econômica e nível de instrução da população brasileira entre os anos de 2012 e 2016. Os dados revelaram que, dentre os trabalhadores pretos ou pardos, 34,7% não tinham instrução ou tinham ensino fundamental incompleto, percentual que era de 21,2% para os trabalhadores brancos. Além disso, entre os trabalhadores pretos ou pardos, apenas 11,0% possuíam nível superior, enquanto entre trabalhadores brancos com o mesmo nível de instrução, esse número é duas vezes maior, chegando a 26,4% (IBGE, 2017).

Nessa revisão, ao analisar a ocupação dos participantes, pode-se observar que o número de pessoas desocupadas apontadas no estudo de Cardoso, Melo e Cesar (2015) totalizou 48,8% (n=366) da amostra investigada. Semelhante a esse resultado, no artigo de Barroso, Melo e Guimarães (2014), o número de participantes que declararam não estar trabalhando foi de 50,4% (n=385). O trabalho informal, dedicado à pequena agricultura, foi apontado como a ocupação de 98,24% dos homens respondentes da pesquisa de Silva (2007). Não possuir nenhuma fonte de renda foi declarado por 28,3% (n=208) dos participantes do estudo de Kochergin, Proietti e César (2014). O crescimento da taxa de desocupação nos últimos anos tem ocorrido em todos os níveis de instrução e grupos populacionais, no entanto, as taxas de desocupação da população preta ou parda foram superiores às da população branca em todos os níveis de instrução, registrando em 2016 o índice 13,2% e 9,1%, respectivamente (IBGE, 2017).

Todas as pesquisas foram realizadas em comunidades quilombolas da área rural, fator este que aumenta o grau de exposição dessa população à desvantagem social ao perpetuarem o acesso desigual aos recursos materiais e de saúde pública oferecidos nos centros urbanos. A localização geográfico-espacial das comunidades quilombolas rurais, sobretudo das regiões Norte e Nordeste, que têm um acesso limitado aos serviços de atenção primária, se comparadas às residentes nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, é um dos fatores que influenciam fortemente as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde (PEREIRA; SILVA; SANTOS, 2015).

A renda familiar foi investigada por apenas quatro estudos, os quais revelaram que a maioria dos entrevistados possuía renda menor que um salário mínimo (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; OLIVEIRA et al., 2015;

BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Tais resultados colocam essas comunidades entre as populações de classe mais baixa do Brasil, chamadas Classe E. Contudo, Ferreira e Latorre (2012) postulam que, embora a maioria dos indicadores sociais utilizados nos estudos epidemiológicos esteja pautada na quantidade de renda e nos bens do indivíduo com base em dados estatísticos, a compreensão do fenômeno da desigualdade social necessita do entendimento da sua gênese e a sua reprodução no tempo. Vale lembrar que, no Brasil pós-abolição, a ideologia do branqueamento posta em prática com o incentivo dado aos imigrantes europeus suprimiu as oportunidades de trabalho para a população negra, sendo estas reservadas ao segmento branco, restando aos negros, posições sociais inferiores ou rejeitadas pelos brancos, consequentemente, com remunerações menores (SANTOS, 2015).

Nesse sentido, os indicadores socioeconômicos apresentados nessa revisão corroboram resultados de outros estudos, os quais apontam as comunidades remanescentes de quilombolas como um grupo populacional que sofre com as iniquidades sociais, as quais afetam predominantemente as populações negras, pobres, rurais, com baixa escolaridade, sem acesso adequado a serviços de saúde e sem saneamento ambiental (MELO; SILVA, 2015; SANTOS; FÉLIX; MORAIS, 2012; PINHO et al., 2015; MONEGO et al., 2010).

3.4 MARCADORES SOCIAIS E FATORES ASSOCIADOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE MENTAL NAS COMUNIDADES

Nessa categoria de análise, discutem-se os marcadores sociais como fatores de vulnerabilidade social que influenciam direta ou indiretamente nas condições de saúde mental da população estudada. Destarte, busca-se analisar o consumo de bebidas alcoólicas e a presença de outros transtornos mentais presentes nas investigações desta revisão.

A presença de consumo abusivo de álcool foi apontada em todos os oito estudos analisados. Dentre estes, em cinco deles, a variável consumo de bebidas alcoólicas foi investigada como categoria sociodemográfica (OLIVEIRA et al., 2015; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; SILVA, 2007; KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014). Nas outras pesquisas, o consumo de álcool foi o objetivo do estudo.

Em seus estudos, Silva & Menezes (2016a) e Silva & Menezes (2016b) buscaram investigar os significados do uso de álcool entre jovens de duas comunidades quilombolas. Os resultados encontrados nesses dois artigos mostraram que o uso de álcool entre os jovens entrevistados estava associado a diversos fatores, como o enfrentamento de situações difíceis,

como o preconceito por serem negros e/ou quilombolas e lidarem com estados emocionais diversos, para suprir a falta de atividades de lazer ou, ainda, para se divertirem e socializarem com os amigos. Esses dados se assemelham aos achados de Soares et al. (2017) sobre os motivos que levaram jovens e adultos a ingerirem bebidas alcoólicas. Na referida pesquisa, destacaram-se respostas como: para interagir com colegas, distrair-se de alguma situação/problema, aliviar tensão/estresse; disseram beber por lazer, expectativa em algo positivo e para aumento de confiança em situações com outras pessoas.

Nos estudos dessa revisão, o consumo de bebidas alcoólicas ganha significados distintos quando analisado sob as perspectivas das relações de gênero. Para os homens, o ato de consumir a bebida é visto como afirmação da sua masculinidade e como algo que faz parte da sua cultura. É compreendido também como compensação pelo trabalho perigoso que executam, além de relaxar e distrair. Já, para as mulheres da comunidade, beber ajuda a lidar com os sentimentos como raiva, paixão etc.; significa esquecer os problemas, inibir sensações negativas, ou seja, o álcool é visto como fonte de liberdade (SILVA; MENEZES, 2016a; SILVA; MENEZES, 2016b).

Esses estudos revelam que o consumo de bebidas alcoólicas como marcadores sociais para esses jovens mostra ser uma prática comum, “normal”, marcada por padrões culturais construídos socialmente por meio da exclusão. As dificuldades de acesso às oportunidades oferecidas nos centros urbanos e a ausência de políticas públicas na criação e efetivação de ações de viabilização de um ensino de qualidade, investimentos em áreas de lazer, esporte e entretenimento nessas comunidades parecem provocar nesses jovens, baixas perspectivas sobre o futuro, e, conseqüentemente, a bebida se torna um refúgio.

Ainda nessa linha de estudo, a investigação de Cardoso, Melo e Cesar (2015) teve por objetivo analisar o consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de uma comunidade quilombola. Nessa pesquisa, os resultados mostraram que 41,5% (n=311) consumiam bebidas alcoólicas, destes 10,7% (n=80) faziam uso excessivo, e 30,8% (n=231) uso moderado, sendo a maioria do sexo masculino e com menos de um ano de estudo, na faixa etária de 25 a 34 anos. Na referida pesquisa, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas estava associado a viver sem companheiro(a); os fumantes mostraram maior propensão ao uso de álcool, especialmente excessivo, e foram encontradas prevalências maiores observadas entre cor da pele preta. Observa-se que esses dados superam o índice nacional divulgado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em que a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consumiam bebida alcoólica uma vez ou mais por semana era de 24,0% (IBGE, 2013).

Outros transtornos mentais foram identificados como fatores associados à condição de saúde da população investigada. No estudo de Kochergin, Proietti e César (2014), 13,5% dos entrevistados afirmaram se sentir deprimidos. Dados semelhantes (13,5%) foram encontrados no estudo de Oliveira et al. (2015). Já, nos estudos de Cardoso, Melo e Cesar (2015), o mesmo transtorno foi relatado por 19,1% dos respondentes. Em tais estudos, observou-se um número superior de indivíduos com relato de depressão em relação ao encontrado nacionalmente, que é de 7,6% na população adulta, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde divulgada pelo IBGE (2013).

Nesta revisão, dois estudos foram selecionados, a saber: Barroso, Melo e Guimarães (2014) e Barroso, Melo e Guimarães (2015), os quais investigaram a depressão nas comunidades quilombolas. O primeiro analisou a prevalência de fatores associados à triagem positiva para Episódio Depressivo Maior (EDM) nas comunidades. Os resultados do estudo sobre EDM mostraram que a triagem foi positiva para 12% dos participantes e se associou à autoavaliação da saúde ruim ou muito ruim, doenças crônicas, sedentarismo e acesso razoável ou ruim aos serviços de saúde.

No segundo estudo, Barroso, Melo e Guimarães (2015) investigaram os fatores associados à depressão para homens e mulheres. Nessa pesquisa, os fatores associados à depressão para os homens foram diagnósticos prévios de doença crônica, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e acesso ruim aos serviços de saúde; e, para as mulheres que se autodeclararam como negras, foram o diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, autoavaliação ruim/muito ruim e histórico de tabagismo. De forma geral, os resultados apontaram para diferenças por sexo, com prevalência de depressão maior para o sexo feminino. Além disso, outros marcadores sociais, como baixa escolaridade, condições de moradia, cor e desemprego, consumo de bebidas alcoólicas, renda familiar associados à depressão revelam que essas comunidades se encontram em situação de alta vulnerabilidade social.

Vale lembrar que o racismo no Brasil afeta diretamente a saúde mental da população não branca (preta e parda), parcela majoritária da população brasileira, ao lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e com a violência, fatores que podem levar essa população ao sofrimento psíquico em formas e intensidades diversas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, buscou-se, mediante uma revisão sistemática das publicações

científicas nacionais, identificar estudos sobre saúde mental desenvolvidos nas populações quilombolas e se esses estudos consideram os determinantes sociais da saúde para compreender o processo de saúde e doença dessa população.

As pesquisas mostraram que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas presente nas comunidades pode ser compreendido como uma prática cultural construída socialmente nessa população como forma de enfrentamento das desigualdades sociais vivenciadas, sobretudo, entre a população mais jovem (SILVA; MENEZES, 2016a; SILVA; MENEZES, 2016b; CARDOSO; MELO; CESAR, 2015). Da mesma forma, os fatores associados aos sintomas depressivos encontrados nesta revisão sugerem a existência de uma relação entre as precárias condições de vida dessas pessoas e o seu sofrimento psíquico (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2015). Contudo, nenhum dos estudos teve por objetivo principal investigar as relações entre os indicadores sociais e a saúde mental dos entrevistados.

Outras limitações foram identificadas ao longo da elaboração do presente artigo, relacionadas principalmente à qualidade de alguns estudos analisados e seus resultados. Como observado na discussão anteriormente exposta, apenas cinco estudos tiveram como objetivo analisar transtornos mentais nas comunidades. Também deve ser considerada a limitação relacionada à falta de estudos sobre determinantes sociais da saúde mental nas comunidades quilombolas. Outra limitação está relacionada à inclusão apenas de artigos resultantes de pesquisas nacionais.

Outra lacuna a ser observada é a escassez de estudos sobre os determinantes sociais da saúde mental da comunidade quilombola publicados em periódicos de psicologia. É com base nessa constatação que se faz indispensável a realização de mais estudos que vão além da investigação epidemiológica dessa população, mas que também tenham como objeto a compreensão desses indicadores sociais que historicamente contribuíram para a manutenção das desigualdades em que se encontra esse grupo. Sugere-se, também, que a realização de estudos com outras comunidades rurais se faz necessária à compreensão da problemática vivida pelas comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.
- BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*,

v. 35, p. 256-263, 2014.

BARROSO, S. M.; MELO, A.; GUIMARÃES, M. D. C. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 503-514, 2015.

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

BOSI, M. L. M. et al. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 126-135, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 maio 2009. Seção 1.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, L. G. V.; MELO, A. P. S.; CESAR, C. C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 809-820, 2015.

DIMENSTEIN, M. et al. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

FERREIRA, M. A. F.; LATORRE, M. D. R. D. D. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2523-2531, 2012.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, v. 13, n. 5, 2011.

IBGE. *Síntese dos Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro, 2013.

IBGE. *Síntese dos Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro, 2017.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Slave-descendent communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: self-rated health and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 7, p. 1487-1501, 2014.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, v. 55, i. 10, p. 693-700, 2001.

MARQUES, A. S. et al. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 365-371, 2014.

MELO, M. F. T.; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da Associação Brasileira de*

Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), v. 7, n. 16, p. 168-189, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Temático Saúde da População Negra/Ministério da Saúde*. Brasília, DF: MEC, 2016.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

OLIVEIRA, S. K. M. et al. Self-perceived health among ‘quilombolas’ in northern Minas Gerais, Brazil. *Ciência&Saúde Coletiva*, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório da Organização Mundial de Saúde*. Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas. 2001.

PEREIRA, L. L.; SILVA, H. P.; SANTOS, L. M. P. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, v. 7, n. 16, p. 28-51, 2015.

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

ROCHA, K. B. et al. Inequalities in Mental Health in the Spanish Autonomous Communities: A Multilevel Study. *The Spanish Journal of Psychology*, n. 18, p. 27-28, 2015.

ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e saúde*. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2013.

SANTOS, M. F. S.; FÉLIX, L. B.; MORAIS, E. R. C. Representações sociais de juventude em uma comunidade quilombola do Agreste Pernambucano. *Psico*, v. 43, n. 4, p. 12, 2012.

SANTOS, R. E. O marxismo e a questão racial no Brasil: reflexões introdutórias. *Lutas Sociais*, v. 19, n. 34, 2015.

SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, v. 14, n. 1, p. 493-504, 2016a.

SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. Reflexões sobre o uso de álcool entre jovens quilombolas. *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 1, p. 84-93, 2016b.

SOARES, F. J. et al. Análise dos Motivos dos Jovens e Adultos consumirem Álcool. *Id on Line Revista de Psicologia*, v. 11, n. 35, p. 554-566, 2017.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde e Sociedade*, v. 22, p. 44-56, 2013.

VAREJÃO, V. A. et al. Fortalecimento da identidade e da autonomia da comunidade: um enfoque na saúde. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, 6, 2006. Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 119-126.

XAVIER, L. C. A visão da feminilidade sobre os cuidados em saúde dos Quilombos Contemporâneos. In: BATISTA, L. E.; WERNEK, J.; LOPES, F. (Org.). *Saúde da População Negra. Brasília*. Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 204-221.

8 ESTUDO II

Comunidades quilombolas do Vale do Guaporé: saúde, preconceito e exclusão social

Resumo: Neste artigo teve-se por objetivo descrever os sentidos produzidos que revelam desigualdade e exclusão social na assistência à saúde em três comunidades quilombolas do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia. O recurso metodológico utilizado foi a abordagem qualitativa. A construção do corpus foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com seis profissionais de saúde e a técnica de análise foi a Análise do Discurso influenciada pela perspectiva do construcionismo social. Os sentidos produzidos pelos profissionais, revelados por meio de suas falas, permitiram a identificação de quatro repertórios interpretativos: 1) a construção social do remanescente quilombola a partir da diferença: cordialidade, atraso e desinteresse; 2) entraves na atenção: distanciamentos teórico-práticos e (i)mobilidades; 3) problemas de saúde mental na comunidade; e 4) aspectos sociais, culturais e simbólicos da comunidade como práticas de cuidado em saúde mental. As reflexões relativas aos discursos ora apresentados apontam para a necessidade de capacitação e formação continuada dos profissionais em saúde da população negra que permitam uma reflexão crítica da realidade e dos condicionantes sociais inerentes à saúde dessa população.

Palavras-chave: Profissional de saúde. Comunidade quilombola. Saúde pública.

Quilombola communities of the Guaporé Valley: health, prejudice and social exclusion

Abstract: In this research we had as objective to describe the senses produced that unveil inequality and social exclusion in the health assistance to three quilombola communities in the Guaporé Valley in the State of Rondônia. The methodological resource used was the qualitative approach and the construction of the corpus was done through semi structured interviews with six health professionals, the analysis technique was the Discourse Analysis, influenced by the perspective of social constructionism. The senses produced by the professionals, shown through their speeches, allowed the identification of four interpretative repertoires: 1) the social construction of the remaining quilombola from the difference: cordiality, delay and disinterest; 2) barriers in attention: theoretical-practical distances and (im)mobility; 3) mental health issues in the community; and 4) social, cultural and symbolic aspects of the community as practices of mental health care. The observations relative to the presented speeches point to the need of capacitation and continuing education of health professionals of the black population that allowed a critical reflection about the reality and the social determinants intrinsic to the health of this population.

Keywords: Health professional. Quilombola community. Public health.

Communautés quilombola de la vallée de Guaporé: santé, préjugés et exclusion sociale

Résumé: L'objectif de cet article était de décrire les significations produites qui révèlent l'inégalité et l'exclusion sociale dans les soins de santé dans trois communautés de quilombola de la vallée de Guaporé dans l'État de Rondônia. La méthodologie utilisée était l'approche qualitative, la construction du corpus a été réalisée à partir d'entretiens semi-structurés avec six professionnels de la santé et la technique d'analyse utilisée était l'analyse du discours influencée par la perspective du constructivisme social. Les sens produits par les professionnels, révélés à travers leurs lignes, ont permis d'identifier quatre répertoires d'interprétation: 1) la construction sociale du quilombola restant à partir de la différence: cordialité, retard et désintérêt; 2) obstacles à l'attention: distances théoriques-pratiques et (i) mobilité; 3) problèmes de santé mentale dans la communauté; et 4) les aspects sociaux, culturels et symboliques de la communauté en tant que pratiques de soins de santé mentale. Les réflexions liées aux discours présentés ici soulignent le besoin de formation et de formation continue des professionnels de la santé de la population noire qui permettent une réflexion critique sur la réalité et les déterminants sociaux inhérents à la santé de cette population.

Mots-clés: professionnel de la santé. Communauté quilombola. Santé publique.

Comunidades quilombolas del Valle del Guaporé: salud, prejuicio y exclusión social

Resumen: Este artículo tiene por objetivo describir los sentidos producidos que revelan desigualdad y exclusión social en la asistencia a la salud en tres comunidades quilombolas del Valle del Guaporé en el Estado de Rondônia. El recurso metodológico utilizado fue el abordaje cualitativo. La construcción del *corpus* fue realizada con base en entrevistas semiestructuradas con seis profesionales de salud y la técnica de análisis fue el Análisis del Discurso influenciada por la perspectiva del construccionismo social. Los sentidos producidos por los profesionales, revelados por medio de sus hablas, permitieron la identificación de cuatro repertorios interpretativos: 1) la construcción social del remanente descendiente a partir de la diferencia: cordialidad, atraso y desinterés; 2) traba en la atención: alejamientos teórico-prácticos e (in)movilidades; 3) problemas de salud mental en la comunidad; y 4) aspectos sociales, culturales y simbólicos de la comunidad como prácticas de cuidado en salud mental. Las reflexiones relativas a los discursos ahora presentados apuntan para la necesidad de capacitación y formación continuada de los profesionales en salud de la población negra que permitan una reflexión crítica de la realidad y de los condicionantes sociales inherentes a la salud de esa población.

Palabras clave: Profesional de la salud. Comunidad quilombola. Salud pública

Introdução

O sistema público de saúde do Brasil, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu a partir de um histórico de lutas do movimento sanitário brasileiro (Carvalho, 2013) com a finalidade de democratizar o atendimento de saúde. Criado mediante a Constituição Federal (CF) de 1988 (Brasil, 1988) como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, o SUS foi consolidado pela Lei n. 8.080, que

sedimenta as suas orientações constitucionais (Brasil, 1990a), e pela Lei n. 8.142. Esta última trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde, criando as conferências e os conselhos de saúde nas esferas municipal, estadual e federal do governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente (Brasil, 1990b).

Esse sistema tem como princípios constitucionais a Universalidade, ou seja, o acesso público e gratuito às ações e serviços de saúde a todo e qualquer cidadão garantido pelo governo municipal, estadual e federal. Também a Integralidade das ações de saúde, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes, e a Equidade, que garante igualdade a todos os cidadãos, como o dever de atender ao direito de cada um, respeitando suas diferenças (Brasil, 2004).

Reconhecido como o sistema público de saúde, o SUS tem como função, portanto, exercer ações públicas, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os campos (Carvalho, 2013). Em decorrência desses princípios e diretrizes, o SUS ganhou destaque e proeminência tanto em saúde pública quanto privada; contudo esse sistema apresenta limitações, como a falha na oferta de um serviço de saúde de qualidade em regiões isoladas.

Estudos realizados no Brasil revelam que os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas e seus determinantes sociais, apontam para o diferencial de acesso, de tratamento e de resultados que populações e grupos específicos enfrentam na relação com o sistema de saúde (Freitas, Caballero, Marques, Hernández, & Antunes, 2011; Chehuen Neto et al., 2015; Gomes, Reis, Guimarães, & Cherchiglia, 2013; Brasil, 2016, 2017). Isso mostra que a construção de um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde requer o reconhecimento das demandas de grupos específicos para atuar na redução do impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Assim, variáveis como raça/cor e etnia são relevantes para atender ao princípio da equidade (Brasil, 2017).

Na tentativa de solucionar essa lacuna, em 2009 o Ministério da Saúde, em conformidade com o ParticipaSUS, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a qual teve por objetivo promover a equidade e a saúde integral da população negra, reduzir as desigualdades étnico-raciais e combater o racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços do SUS como determinantes sociais das condições de saúde (Brasil, 2017). Nessa perspectiva, a PNSIPN tem por finalidade visar aos aspectos na promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças, vistas em detrimento transitivo e intransitivo, abrangendo com maior índice de prevalência populacional (Chehuen Neto et al.,

2015), incluindo as comunidades quilombolas, as quais foram tomadas como objeto de estudo nesta pesquisa.

De acordo com o Decreto n. 4.887/2003, quilombolas são 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). Por comunidades quilombolas se compreendem os grupos sociais e tradicionais negros que resistiram ao regime escravista, os quais formaram territórios independentes constituídos por meio da sua cultura, trabalho, resistência e oposição ao regime de trabalho escravo (Brasil, 2016).

Estima-se que existam no Brasil mais de quatro mil comunidades; a maioria está localizada no meio rural e/ou isolada na floresta, vivendo em situação de vulnerabilidade social (Melo & Silva, 2015). Em razão do processo histórico de escravização, ao qual foi submetida essa população, foram acarretadas a ela diversas diferenças sociais e de saúde, menor acesso a bens e serviços, o que pode ocasionar, também, maior dificuldade de utilização de serviços de saúde (Gomes et al., 2013). Tal condição foi revelada pelo Plano Nacional de Saúde, documento basilar de orientação das políticas e ações do SUS, 2012-2015, como necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde e o enfrentamento da iniquidade e da vulnerabilidade relacionadas à população quilombola (Brasil, 2016).

Diante dessa problemática, várias ações têm sido viabilizadas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de promover melhor assistência à saúde da população quilombola. Uma dessas políticas é a PNSIPN, que traz entre seus objetivos a garantia e a ampliação do acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde, bem como o estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde dessas populações (Brasil, 2017). Além disso, o art. 4º da Resolução n. 16, de 30 de março de 2017, que reza sobre a elaboração dos projetos e ações de saúde voltados à população negra, propõe como estratégia a qualificação e o fortalecimento do acesso das comunidades quilombolas e tradicionais aos serviços de saúde da atenção básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2017).

Embora essas políticas tenham contribuído para a redução das desigualdades no Brasil, elas parecem ainda não ter sido suficientes para assegurar, na prática, uma assistência em saúde equitativa às comunidades de remanescentes de quilombos que se encontra profundamente agravada (Melo & Silva, 2015). Estudos têm apontado que são vários os condicionantes sociais associados aos problemas de saúde nas comunidades quilombolas. Fatores como desemprego (Santos, 2018; Santos & Silva, 2014), baixa escolaridade (Chehuen Neto *et al.*, 2015; Melo &

Silva, 2015), criminalidade, intolerância religiosa (Santos, 2018), péssimas condições de moradia, falta de lazer, dificuldade de acesso a bens e serviços (Cardoso, Melo, & Freitas, 2018; Teixeira & Xavier, 2018) têm sido fortemente apontados como potencializadores dos problemas de saúde nessas comunidades. Como comorbidades, esses condicionantes apresentam forte relação com a prevalência de doenças crônicas (Melo & Silva, 2015), problemas de saúde mental, como depressão, e consumo de álcool e outras drogas (Barroso, Melo, & Guimarães, 2014; Santos et al., 2016; Cardoso, Melo, & Cesar, 2015; Viera & Monteiro, 2013; Silva & Menezes, 2016).

Além desses condicionantes, as pesquisas têm apontado para a precariedade dos serviços de saúde oferecidos, como escassez de profissionais, número reduzido de unidades que prestam atendimentos nas comunidades, competindo aos agentes de saúde o acompanhamento das famílias quilombolas (Viera & Monteiro, 2013). Acrescenta-se que, em razão do grau de isolamento em que se encontra a maioria das comunidades, a rotatividade de profissionais é acentuada, comprometendo o tratamento contínuo (Santos & Silva, 2014). Assim como em outras comunidades rurais, esses fatores contribuem para um modelo de assistência em saúde e à saúde mental marcado pela tecnificação, objetificação, biologicismo, mecanicismo, hospitalocentrismo, curativismo e especialismo (Costa Neto & Dimenstein, 2017).

No que se refere às comunidades quilombolas do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia, suas condições não são muito diferentes em relação aos aspectos socioeconômico-ambientais de outras comunidades da região Norte do País (Oliveira, Rodrigues, Corrêa, Tavares, & Monteiro, 2011; Guimarães & Silva, 2015; Melo & Silva, 2015) marcadas por acentuado grau de isolamento e exclusão social. Com relação às condições e ao acesso à assistência em saúde das comunidades remanescentes de quilombos do Vale do Guaporé, não foram encontradas pesquisas específicas sobre a temática. No entanto, os estudos que trazem essa problemática como viés de suas discussões revelam que as condições precárias de saúde afetam a vida daqueles que vivem nessas comunidades (Teixeira & Xavier, 2018; Farias Junior, 2011). Tais condições vêm sendo, muitas vezes, responsáveis pelo êxodo de muitos familiares, que diante da complexidade da doença mudam da comunidade para assegurar melhor tratamento em áreas urbanas (Teixeira & Xavier, 2018).

Tendo em vista as questões problematizadoras expostas, este texto apoia-se numa perspectiva construcionista, a qual compreende que a construção da realidade ocorre em meio aos coletivos por intermédio da cultura e dos modos que as pessoas elegem para vivenciar uma dada realidade (Cadoná & Scarparo, 2015). A partir de uma postura crítica e reflexiva o construcionismo social privilegia as interações sociais e considera a linguagem uma forma de

ação social na construção ativa do mundo (Gergen, 1997; Raserá & Japur, 2005). Desse modo, conhecer como ocorre a construção social das práticas de serviços de saúde oferecidos nas comunidades quilombolas do Vale do Guaporé se torna de grande relevância no processo de desenvolvimento de ações efetivas que dialogam com os princípios do SUS. Dessa maneira, neste estudo teve-se como ponto de partida as seguintes questões norteadoras: quais são os sentidos produzidos sobre as práticas em saúde/saúde mental exercidas pelos profissionais de saúde pública com a população quilombola do Vale do Guaporé, RO? Como essas práticas podem revelar a desigualdade, o preconceito e a exclusão social sofridos pela comunidade através do viés do sistema de saúde pública? Refletir sobre os sentidos que essas práticas produzem no cotidiano de trabalho desses profissionais é de fundamental importância para a melhoria da qualidade do serviço de saúde pública oferecido nessas comunidades.

Para dar mais visibilidade à problemática, neste artigo teve-se por objetivo descrever os sentidos que revelam desigualdade e exclusão social nos serviços de assistência à saúde em três comunidades quilombolas do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia.

Método

Para a realização da pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa, orientada pela perspectiva Construcionista Social (Gergen, 1997). A abordagem metodológica ora assumida compreende os sentidos que as pessoas constroem sobre si mesmas e sobre o mundo como um empreendimento coletivo e interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com os fenômenos a sua volta (Spink & Medrado, 2004).

Este estudo foi delineado na busca de descrever os serviços de saúde/saúde mental vistos como uma prática social dentro de um contexto histórico e cultural, cujos sentidos são construídos pelas interações entre os profissionais de saúde e a comunidade quilombola por meio das suas práticas discursivas no cotidiano (Spink & Medrado, 2004). De acordo com Iñiguez (2004), são inúmeros os procedimentos analíticos, e podem ser realizados em diferentes níveis dentro da teoria de análise do discurso. Neste estudo, enquanto procedimento analítico, optou-se pela utilização dos repertórios interpretativos, conceito introduzido por Potter e Wetherell (1987), os quais são marcados por termos, metáforas, sinais, figuras de linguagem e imagens que são utilizadas na conversação. Ainda de acordo com os autores, os repertórios interpretativos estão locados num nível individual, mas são compartilhados e estão disponíveis como um recurso social. As pessoas os utilizam para justificar alguma versão particular de um

evento, para validar ou questionar os próprios comportamentos e para manter sua credibilidade na interação (Potter & Wetherell, 1987).

Participaram do estudo seis profissionais de saúde de ambos os sexos, com faixa etária entre 23 e 47 anos, integrantes de duas equipes de saúde de dois municípios do Estado de Rondônia que atendem três comunidades quilombolas do Vale do Guaporé (Santo Antônio, Pedras Negras e Jesus). Quanto à formação dos entrevistados, eram uma psicóloga, duas assistentes sociais, um médico clínico geral, uma técnica de enfermagem e uma auxiliar da secretaria de saúde, vinculados a três unidades de saúde. Destes, quatro atendiam em duas comunidades, Santo Antônio e Pedras Negras, e dois na Comunidade Jesus. Os participantes foram selecionados por meio de uma amostragem intencional (Patton, 2014), a qual consiste em uma amostra não probabilística que busca entender determinadas práticas que existem em local, contexto e tempo específicos e identificar casos ricos em informações que, então, poderão ser estudados em profundidade. Como critérios para inclusão no estudo foram observados os seguintes: 1) profissionais que faziam parte da equipe de saúde que atendia pelo menos uma comunidade quilombola em loco; e 2) disponibilidade de horário.

Tomando como base o enfoque teórico construcionista na perspectiva da Psicologia Discursiva, que tem como premissa o desenvolvimento de investigação sobre os aspectos construtivos da linguagem na interação social como forma de produção de sentidos (Potter & Wetherell, 1987), foi elaborado um roteiro de entrevistas semiestruturadas com questões que buscavam explorar os sentidos produzidos sobre o cuidado em saúde mental/doença mental pelos profissionais de saúde. As questões foram divididas em quatro blocos temáticos: atuação profissional, conhecimento sobre saúde/doença mental, identificação de doença mental na comunidade e políticas públicas em saúde mental. Além da entrevista utilizou-se um formulário com o qual se objetivou coletar dados demográficos: nome, idade, formação, tempo de atuação nas comunidades e capacitação em saúde mental.

O primeiro contato para a realização da pesquisa foi com a direção de cada unidade, ocasião em que foi solicitada a autorização do responsável para a realização do estudo. Com o nome de cada possível colaborador e horário de atividades exercidas por ele na unidade, foi realizado o contato com cada um, no qual foram apresentados os objetivos da pesquisa e feito o convite à participação. Nas datas e horários acordados realizaram-se as entrevistas individuais com cada profissional em sua respectiva sala de atendimento, após o encerramento da sua jornada diária de trabalho. As entrevistas foram audiogravadas, perfazendo um total de seis horas de gravação. Antes de serem iniciadas as entrevistas, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O caminho escolhido para analisar o corpus se baseou na proposta de análise do discurso influenciada pelo Construcionismo Social (Potter & Wheterell, 1987; Rasera & Japur, 2007; Spink & Medrado, 2004). A partir dessa proposta, foi realizada a transcrição, a leitura flutuante e atenta das entrevistas, a seleção do tópico grupal e a identificação dos repertórios interpretativos (Potter & Wheterell, 1987).

O projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o parecer n. 2.410.908 e CAAE n. 79939417.7.0000.5336. Ressalta-se que para preservar o sigilo dos participantes os nomes foram substituídos pela palavra Entrevistado seguida de um número referente à ordem em que foi realizada a entrevista.

Resultados e Discussão

Ao analisar os discursos dos profissionais buscou-se compreendê-los a partir da relação entre as descrições dos relatos e as características psicológicas das pessoas envolvidas (Potter & Wheterell, 1987). A partir dos discursos dos profissionais foram construídos os seguintes repertórios interpretativos: 1) *a construção social do remanescente quilombola a partir da diferença: cordialidade, atraso e desinteresse*; 2) *entraves na atenção: distanciamentos teórico-práticos e (i)mobilidades*; 3) *problemas de saúde mental na comunidade e fatores associados*; e 4) *aspectos sociais, culturais e simbólicos da comunidade como práticas de cuidado em saúde mental*. Essas construções interpretativas foram fundamentais para o entendimento e a compreensão das relações que envolviam a construção dos sentidos sobre as práticas em saúde mental desempenhadas pelos profissionais nas comunidades quilombolas do Vale do Guaporé.

A construção social do remanescente quilombola a partir da diferença: cordialidade, atraso e desinteresse

Nesse repertório buscou-se através das práticas discursivas dos entrevistados compreender os sentidos sobre a construção identitária do quilombola do Vale do Guaporé. Os discursos revelaram que ao mesmo tempo que a relação desse profissional com a comunidade amplia sua produção de saberes sobre essa população, ela também contribui para a construção social desse sujeito, ao lhe atribuir características específicas, as quais produzem um novo sujeito, culturalmente diferenciado da sociedade.

As falas dos profissionais sobre os aspectos gerais dos membros das comunidades revelaram diferentes definições para essa população. A contextualização diante da questão *como você define a população quilombola?* produziu concepções distintas entre os entrevistados, ganhando conotações de afetividade: “[...] eles possuem um vínculo afetivo muito grande e, assim, que é diferente da tradição e da cultura de São Francisco.” (Entrevistado 1), de pessoas gratas, acolhedoras e humildes, como mostram os trechos a seguir.

As pessoas lá (quilombolas) a maioria são bem gratas. Quando a gente vai, tratam a gente bem, ficam feliz porque a gente ajuda eles, de um certo modo, levando uma qualidade de vida para eles (Entrevistado 3).
A população quilombola, elas são muito acolhedoras. Elas recepcionam bem as pessoas que vão até lá ajudá-las, e é uma comunidade bem humilde, onde eles não têm certos costumes como se tem na cidade. Então eles são bem receptivos, diferenciando de alguns daqui da cidade. Eles (os quilombolas) são mais abertos ao tratamento que a gente faz a eles, tratamentos preventivos (Entrevistado 6).

A análise discursiva das falas anteriores revela que a construção social identitária dessas pessoas é marcada pela diferença, ou seja, é afirmada por meio da negação. Assim, o profissional reconhece-o pelo que ele não é, como mostram os trechos: “é diferente da tradição e da cultura de São Francisco”, também, “eles não têm certos costumes como se tem na cidade” “eles são bem receptivos, diferenciando de alguns daqui da cidade.” De acordo com Silva (2014), a identidade marcada pela diferença ocorre tanto por meio de sistemas simbólicos de representação quanto por meio de exclusão social. Já as características apontadas, como pessoas “acolhedores”, “afetivas” e “gratas”, podem ser compreendidas como uma forma de comportamento “adestrado” do remanescente, visto como positivo para esses profissionais, considerando que não há contestação ao que lhes é oferecido. Em outros momentos da entrevista fica clara essa interpretação quando um entrevistado afirma que “[...] a maioria deles (quilombolas) entra mudo e sai calado do atendimento. Pega a medicação e vai embora sem falar uma palavra” (Entrevistado 6), ou seja, aceita o que lhe é oferecido sem contestação.

Outro fato que chamou a atenção foi o desconhecimento da história dos remanescentes quilombolas ao serem associados aos negros do período da escravidão brasileira. “Nas minhas palavras quilombolas são pessoas bem antigas, que são escravos, porque quilombo são escravos, né, a palavra [...] de quilombos, né, por ser a história deles.” (Entrevistado 4). Por outro lado, essa fala remete à análise anterior, uma vez que a palavra escravo se associa à servidão, à submissão, entre outras.

Já na construção a seguir atribui-se o sentido de “povo atrasado” ao se definir a população quilombola. “[...] eles estão anos luz atrasados em relação à sociedade.”

(Entrevistado 5). Observa-se que esse entrevistado usa como referência a sociedade “civilizada” para justificar a “inferioridade” dos remanescentes. Esses estereótipos e generalizações revelam uma relação entre profissional e comunidade hierarquizada, perpetuando uma visão distorcida desta como inferior, em que o preconceito tem a função de justificar e validar a condição subalterna dessa população na sociedade perpetuando desigualdades entre negros e brancos. Nesse caso, a discriminação racial é sustentada de forma velada por meio dos discursos; ora se explica a desigualdade em razão de uma inferioridade negra, apoiada num imaginário no qual o negro aparece como feio, maléfico ou incompetente, ora ela é explicada como herança negra do período escravocrata (Bento, 2014).

Outra construção a ser destacada é a de um povo necessitado, dependente do poder público. Nos comentários a seguir, o apoio às comunidades é percebido como privilégio, algo que está além do seu merecimento.

O dia das crianças a ação social vai lá e dá presente para as crianças, dia de Natal, ação social vai lá e dá presente pra eles leva cesta básica. Nessas festividades os quilombolas não ficam de fora. Nós temos uma casa aqui exclusiva pra eles, onde tem televisão, onde tem cama, onde tem fogão e, ainda, tem comida. Quando eles vêm pra cá, eles ficam nessa casa, e até alimentação tem pra eles (Entrevistado 4).

[...] assim, ó, eles, assim, como tem alguns instruídos, que se interessam que estão fazendo faculdade de pedagogia [...] que se interessam em buscar, em estudar, a fazer um curso de aperfeiçoamento alguma coisa. Como a gente vê aquelas pessoas que não têm interesse algum, isso nas duas comunidades (Entrevistado 2).

Essas falas levam à análise do sofrimento ético-político dessa população como formas sutis de espoliação humana por trás da aparência da integração social, a partir do entendimento da exclusão e da inclusão como as duas faces do mesmo problema: a desigualdade social e a exploração (Sawaia, 2014). Além disso, essas construções discursivas permitem interpretações de que as práticas discriminatórias que emergem nessas falas podem refletir na relação entre profissional e comunidade, configurando um fator excludente que pode impedir a oferta de um serviço de saúde de qualidade. Essa reflexão se apoia na afirmativa de Santos (2018), o qual ressalta que o imaginário social de que o negro é sujo, preguiçoso e indesejável é um dos condicionantes de saúde, o que, na atualidade, é destruidor de sua subjetividade.

[...] tem interesse que só a ação social mantenha eles, entendeu? Sabemos que a vida deles é uma vida sofrida, a gente entende, mas mesmo assim eles querem muito que a ação social dê, e a gente vê que a maioria não dá algo em troca, de se qualificar de fazer alguma coisa (Entrevistado 2).

Eles são muito assim, se o senhor dá tudo, se a gente fizer o 100% eles não aceitam, eles reclamam, eu acho, que atoa, sem necessidade nenhuma, porque pelo menos a saúde deles é 100% (Entrevistado 4).

Vejo eles (os quilombolas) como os “beradeiros” (pessoas que moram às margens do rio), preguiçosos. Aqueles ali só sabem beber e pescar, são muito preguiçosos (risos) (Diário de campo).

A análise em contexto mostra como esses estereótipos como modalidade processual de exclusão podem afetar a saúde mental dessa população. Para Lages, Tavares, Santos, Carvalho e Maciel (2014), os preconceitos e o desmerecimento das identidades culturais afetam o sujeito psíquico, provocando, entre outros sintomas, a depressão, a desmotivação e a baixa autoestima.

Por outro lado, é possível inferir que os discursos de componentes negativos que emergiram nas entrevistas ora apresentadas podem estar relacionados a construções sociais fundadas no desconhecimento do processo de formação sócio-histórico e cultural dessas comunidades e no despreparo teórico e prático das equipes de saúde. De acordo com Oliveira, Gellacic, Zerbinatti, Souza e Aragão (2012), em uma revisão de literatura sobre preconceito no SUS, concluíram que o preconceito no campo dos serviços de saúde é evidenciado, sobretudo, pelo déficit no preparo e conhecimento profissional acerca das políticas de saúde que integram o SUS.

Entraves na atenção: distanciamentos teórico-práticos e (i)mobilidades

Nesse repertório buscou-se analisar as práticas discursivas que descreviam os desafios e dificuldades enfrentadas na prática de assistência à saúde às comunidades quilombolas. Por meio das falas, elegeram-se dois eixos de análise: a ausência de capacitação em saúde da população negra e as dificuldades de mobilidade para o desenvolvimento do atendimento em loco.

Para que a implementação de políticas de saúde da população negra seja eficiente, é necessário que vários atores que compõem esse campo, como gestores, movimentos sociais, conselheiros e, sobretudo, os profissionais do SUS, trabalhem em prol da melhoria das condições de saúde dessa população. Nessa direção é imprescindível que os profissionais sejam capazes de compreender as condições de vulnerabilidades das comunidades e de reconhecer os seus determinantes sociais em saúde. A PNSIPN traz em uma de suas diretrizes a inclusão dos temas *racismo e saúde da população negra* nos processos de formação e educação permanentes (Brasil, 2017). Quando interrogados sobre formação continuada, apenas um entrevistado afirmou ter realizado um curso de capacitação de longa duração.

[...] a última capacitação, acho, que veio como um presente pra mim que foi o curso de terapia comunitária. Foram três anos de curso aprendendo a fazer rodas de terapia comunitária, e assim me abriu um leque muito

grande. [...] esse curso foi realizado pelo estado, pela SEPAES (Entrevistado 1).

Em outros momentos da entrevista um profissional revela ter participado de uma palestra sobre epilepsia: “A gente teve uma palestra sobre epilepsia, foi esse ano há uns três meses” (Entrevistado 2) e outro, de um curso: “[...] já, nós tivemos aqui um pessoal de Porto Velho e um pessoal de Brasília, que por sinal foi muito bom. Foram dois dias de curso sobre isso, é, sobre epilepsia.” (Entrevistado 4). Ambos associaram a epilepsia a um transtorno mental.

A ausência de políticas públicas de formação dos profissionais repercute nas suas práticas, como no desenvolvimento de estratégias e ações na prática de ações afirmativas para se ter o alcance da igualdade em saúde entre outras modalidades preventivas nas comunidades. “[...] ainda não, porque, como só tem um ano que eu me formei, aí eu ainda não participei de nenhuma, até porque aqui em São Francisco quase não tem, né, eu teria que ir para fora.” (Entrevistado 3).

Nesse discurso o entrevistado relaciona a falta de qualificação com a distância do município dos grandes centros. Em outro momento os profissionais não só reafirmam a ausência de capacitação, como manifestam sua necessidade: “[...] ainda não, nunca teve... Seria bom se tivesse” (Entrevistado 5), atribuindo ao poder público a responsabilidade: “[...] não, nenhuma. Seria importante uma capacitação, mas o município ainda não ofereceu.” (Entrevistado 6). Essas falas registram a necessidade de melhor qualificação e o anseio desses profissionais pelo apoio de políticas voltadas à formação específica em saúde da população negra.

A análise dos discursos produzidos evidencia uma hegemonia quanto ao fato de que os profissionais ainda não possuem nenhuma formação em saúde mental. Segundo esses profissionais, as poucas informações seriam obtidas principalmente por meio da internet e/ou contato com o tema apenas durante o curso de formação como disciplina, conforme afirma um colaborador: “eu estudei sobre saúde mental só um pouquinho durante minha graduação numa disciplina de 40 horas.” (Entrevistado 3).

A ausência de capacitação em saúde mental desses profissionais implica o desenvolvimento de ações preventivas no enfrentamento dos inúmeros condicionantes sociais que marcam a saúde física e mental da população negra. Além disso o conhecimento dessa política configura-se como importante recurso no processo de superação do paradigma colonizador médico-psiquiátrico, para uma abordagem sócio-histórica da saúde mental capaz de atender às necessidades dessa população (Brasil, 2017). Para Santos (2018), essa política

desenvolve uma concepção de saúde fomentada no reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, sobretudo os saberes de matrizes africanas, e destaca a transversalidade como princípio organizativo das estratégias de saúde numa visão integral de sujeito, em conformidade com os princípios do SUS.

Outro tema analisado nesse repertório refere-se às dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde em decorrência do isolamento das comunidades quilombolas do Vale do Guaporé.

Tem, o fator distância, assim, os meios de locomoção, porque eles vêm uma vez por mês só. E aí fica difícil o atendimento justamente por causa disso, né, a distância. Mas se tivesse veículo e se eles pudessem ficar na cidade e serem atendidos, eles ficariam (Entrevistado 1).

Eu acho que uma coisa que dificulta mais é a distância. É muito longe! Às vezes a gente tem como ir, às vezes não tem. [...] demora de cinco a seis horas para chegar lá. [...] a dificuldade é com o rio, é muito difícil pra você chegar lá (Entrevistado 2).

Nessas falas, fica claro que não se trata apenas do fator distância, mas do meio de transporte. Nesse caso o barco, utilizado como único meio de locomoção de algumas comunidades, também é um fator que dificulta o acesso das comunidades aos serviços de saúde: “A distância e ter que ir de barco.” (Entrevistado 3). A construção desses discursos mostra que ainda existem lacunas no funcionamento das ações de serviços prestados pelo sistema de saúde pública e retificam a necessidade de efetivação das políticas públicas empregadas pelo SUS no enfrentamento das dificuldades e desigualdades que ainda persistem no processo assistencial de saúde, incluindo-se discrepâncias entre as regiões urbanas e rurais (Coelho, 2010; Marques, Freitas, Leão, Oliveira, Pereira, & Caldeira, 2014).

Então, eu acho que uma das coisas que prejudica muito é a distância e também a questão de eles virem até a unidade no momento em que nós não estamos presentes lá. Por exemplo, nós vamos fazer visita lá de período em período (Entrevistado 6).

A falta de profissionais, então, eu acho que lá não vai psicólogo para lá, essas coisas, vai um médico, enfermeiro, um técnico e dentista é o que vai. Vejo que muitos lá na comunidade, eu acho que tinham uma necessidade de ter um diálogo com o psicólogo também, porque muitos se sentem lá meio que sozinho, como é distante de tudo, aí às vezes está longe dos familiares... Apesar das comunidades serem bem unidas (Entrevistado 3).

Mediante as falas múltiplas, os profissionais estabelecem uma relação entre desassistência em saúde e isolamento da comunidade. De acordo com o Painel de Indicadores do SUS a população afrodescendente, juntamente com os indígenas, continua sendo uma das mais desfavorecidas, apresentando níveis mais altos de ruralidade, pobreza, desemprego,

analfabetismo e migração, associados com menor acesso aos serviços de saúde e saneamento ambiental (Brasil, 2016). Estudos corroboram as informações anteriores ao afirmar que os problemas de deslocamento decorrentes das grandes distâncias em que se encontra a maioria das comunidades quilombolas são fatores que explicam, pelo menos parcialmente, a menor prevalência de utilização de serviços de saúde (Gomes et al., 2013; Freitas et al., 2011; Santos, 2014). Contudo, a assistência à saúde no território onde as populações vivem possibilita melhor reconhecimento das necessidades de saúde e dos processos de determinação social da saúde (Costa Neto & Dimenstein, 2017). Consequentemente contribui no enfrentamento das iniquidades em saúde, das vulnerabilidades sociais e ambientais, do preconceito e exclusão social historicamente vivenciados por essa população.

Problemas de saúde mental na comunidade

Por viverem em plena desvantagem em relação a outras populações, as comunidades quilombolas possuem maior vulnerabilidade a transtornos mentais. Condicionantes sociais como discriminação, violência institucional cotidiana, exclusão social, preconceito, baixa autoestima, pobreza, abuso do álcool e de drogas são fatores que podem “levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas.” (Brasil, 2016). Nesse repertório buscou-se focalizar o contexto de produção de sentidos sobre os problemas de saúde mental presentes nas comunidades percebidos pelos profissionais durante suas práticas cotidianas.

Com relação à saúde mental dos membros das comunidades, os sintomas depressivos foram os principais problemas apontados pelos entrevistados. “[...] lá (Comunidade Jesus) já teve umas três pessoas que teve depressão.” (Entrevistado 5). Na fala a seguir, a colaboradora aponta para o crescimento dos diagnósticos: “[...] o número de pessoas com depressão vem aumentando nas comunidades. Atendi já alguns casos de depressão.” (Entrevistado 6).

Essas falas sugerem que o aumento de casos de depressão pode estar associado às condições sociais desfavoráveis da comunidade. De acordo com Oliveira, Pereira, Guimarães e Caldeira (2015), as comunidades quilombolas passam por várias limitações sociais, que podem contribuir para o aumento da depressão, pois o indivíduo que se sente deprimido, muitas vezes, sente-se excluído socialmente. Em outra fala, o profissional remete aos conteúdos inconscientes para explicar a manifestação dos sintomas depressivos: “[...] eles trazem muito material, assim, inconsciente, assim, lembranças do seu passado; eles vêm carregados de muita emoção.” (Entrevistada 1). Por outro lado, essas emoções parecem refletir as desigualdades e a

exclusão social que provocam uma série de sofrimentos psíquicos nesses sujeitos (Lages *et al.*, 2014) que acabam, por muitas vezes, despotencializando-os para ações de resistência e luta no sentido de superar as situações de subalternidade (Sawaia, 2014).

A relação do adoecimento psíquico com a perda de um familiar também foi observada por um entrevistado, como mostra o trecho a seguir:

Geralmente os casos de depressão eram em pessoas que perderam alguém, um ente querido. A depressão não estava associada há outros fatores, mas, sim, à perda de um ente querido. Em todos os casos que eu atendi, todos foram a perda de um ente querido. Lá não, a depressão está ligada à perda de um ente querido. Todos os casos que eu atendi foi porque houve a morte de alguém (Entrevistada 1).

Nesse caso, o adoecimento pode ser explicado pela incapacidade de lidar com a angústia após o rompimento de um vínculo afetivo entre os membros: “Eles são muito apegados uns aos outros. Eles estão todos sempre juntos.” (Entrevistado 1). Esses resultados corroboram outros estudos nacionais que têm apontado para a presença de sintomas depressivos nas comunidades quilombolas (Barroso, Melo, & Guimarães, 2014; Oliveira, Pereira, Guimarães, & Caldeira, 2015). Além da depressão, um caso de esquizofrenia foi relatado por um profissional “[...] esquizofrenia teve um caso em (Comunidade) Santo Antônio [...]” (Entrevistado 6).

Esses dados tornam-se relevantes para a discussão, uma vez que favorece novas formas de compreensão e produção de sentidos da realidade desses profissionais no campo da saúde mental no contexto sócio-histórico-cultural em que se inserem essas comunidades. Assim, a construção do diálogo entre o saber científico e os saberes populares presentes nesses espaços podem direcionar a um fazer comprometido e articulado com novas formas compartilhadas de se pensar a saúde mental.

A respeito do consumo de bebidas alcoólicas a análise da produção discursiva evidencia um discurso hegemônico entre os profissionais, em que o consumo de álcool nas comunidades é compreendido como parte da cultura: “[...] o consumo de álcool faz parte da própria cultura deles. Não como um vício, mas, sim, como uma parte da cultura” (Entrevistado 6) ou como tradição dos quilombolas: “[...] o alcoolismo deles vem junto com a tradição deles.” (Entrevistado 2). Essas informações alinham-se a outros estudos, os quais encontraram em seus resultados consumo excessivo de bebidas alcoólicas em comunidades quilombolas (Cardoso, Melo, & Cesar, 2015; Silva & Menezes, 2016). A consumo contínuo de bebidas alcoólicas também foi associado às festividades que acontecem nas comunidades, como as festas religiosas e as comemorações de aniversários, as quais são sempre prolongadas como mostram as falas a seguir:

[...] todas as comunidades ingerem muito álcool, todas as festividades têm a questão do álcool. Geralmente quando eles ingerem bebida são dois, três dias seguidos; se é aniversário de alguém são dois, três dias seguidos ingerindo álcool (Entrevistado 3).

[...] assim, não é só aquele dia. Por exemplo se vai comemorar o aniversário de um membro, aí começa a beber hoje, aí amanhã continua, depois de amanhã continua. Então, assim, é um índice muito grande também de alcoolismo (Entrevistado 1).

[...] eu acredito que tem bastante pessoas que fazem uso da bebida alcoólica, principalmente nas festas, que agora é época de festas. (Entrevistado 2).

O consumo de álcool nas comunidades gera conflitos entre os membros há uns três meses: “[...] teve uma briga muito grande que um esfaqueou o outro, mas graças a Deus não morreu, né. Às vezes há entre eles essas desavenças (conflitos).” (Entrevistado 4). O uso excessivo de bebida alcoólica já apresenta consequências: “Já, nós já tivemos casos de alcoolismo lá (na comunidade).” (Entrevistado 5). “A gente vê muito alcoolismo, um índice muito grande de alcoolismo, onde a gente também já fez algumas intervenções, palestras, né.” (Entrevistado 5). Embora os profissionais reconheçam os efeitos negativos do consumo excessivo de bebidas alcoólicas nas comunidades e até mencionem a realização de intervenções, não foram apresentados os resultados dessas atividades, ou mesmo se elas foram desconsideradas.

Os entrevistados, ainda, destacam as influências do colonialismo da região como marco principal da inserção de bebidas nas comunidades: “Acredito que sim, que seja presente em qualquer região onde tenha fazenda, peão, por exemplo, aqueles peões de fazenda, eles são muito adeptos a bebidas alcoólicas, né, pinga, por exemplo, e tudo mais” (Entrevistado 6) ou, ainda, sugere que o consumo de bebidas está relacionado à religião: “[...] a gente também pensa assim: bom, comunidade africana que eles são muito adeptos ao álcool por causa dos rituais que eles faziam, bebiam e não sei o que...” (Entrevistado 6).

Além do alcoolismo a dependência química aparece também em uma fala: “[...] já teve também uns dois casos de dependência química também.” (Entrevistado 6).

Aspectos sociais, culturais e simbólicos como práticas de cuidado em saúde mental

Os saberes das comunidades remanescentes de quilombolas, em suas várias manifestações, compreendem um conjunto de práticas cotidianas, agrícolas e ecológicas, ligadas à biodiversidade e às expressões artísticas e religiosas, preservando uma herança

cultural e material de valor inestimável (Silva Filho & Lisboa, 2012). Nesse repertório buscou-se identificar como os profissionais de saúde percebem os saberes tradicionais e culturais presentes no cotidiano das comunidades quilombolas e como esses recursos são utilizados no enfrentamento de possíveis manifestações de sintomas de transtorno mental. Os trechos a seguir mostram que as práticas religiosas representadas nas figuras da benzedeira e do curandeiro e o uso de ervas e plantas são evidenciados como elementos que mantêm a relação das comunidades com a tradição e o espaço natural.

Quanto à percepção do uso de práticas religiosas presentes nas comunidades como forma de tratamento, os entrevistados foram unânimes em suas respostas: “lá existem alguns curandeiros, sim.” (Entrevistado 3). Essa fala mostra como a religião demarca os valores culturais e religiosos dessas comunidades.

Sim, eles utilizam bastante (de práticas religiosas). Eles acreditam também, quando alguém está ruim (enfermo), se alguém falar para eles que foi trabalho, foi macumba, eles acreditam e não tem nada que faça mudar essa ideia da cabeça deles, e aí eles vão e procuram benzedoras, procuram mãe de santo para tirar aquele trabalho que foi feito (Entrevistado 5).

[...] eles trazem com eles também a tradição negra, né, as religiosidades matrizes africanas, no caso é a questão da religião afro mesmo. Eles acreditam em trabalho feito, e não conseguem tirar isso deles. [...] inclusive esses dias eu estava conversando com outro (quilombola) que acredita fortemente em curandeirismo... (Entrevistado 6).

Esses discursos reafirmam a força da tradição mantida por essa população, mesmo após um longo período de influências de outras culturas. Os benzedores e “pais de santos” eram figuras respeitadas pelos escravos e temidas pelos senhores; a eles eram atribuídos poderes místicos e desconhecidos (Souza, 2012). Por outro lado, as falas a seguir revelam a forte influência que a religião católica exerce sobre a comunidade.

[...] aí eu perguntei: vocês têm antecedentes, antepassados que batiam em tambor ou vocês ainda batem? E eles foram me explicando que eles ainda fazem isso, mas fazem um pouco mais retraído porque a igreja católica está lá (Entrevistado 6).

[...] eles têm fé no divino espírito santo. Eles fazem a festa todos os anos do divino espírito santo. Eles fazem a festa da Nossa Senhora da Conceição. [...] Eles fazem uso de terço, orações; eles cantam o pai-nosso (Entrevistado 3).

Lá predomina o catolicismo e o afro. Eles têm a festa do divino, eles fazem a festa de São João com as festas juninas, conforme eram anos atrás, fogueira, banho de santo, tocar o sino da igreja. Então, assim, todas essas tradições católicas eles fazem (Entrevistado 1)

[...] eles tiveram influência de uma outra religião, a divisão entre o cristianismo. Lá a prática deles é a católica, porque, assim, o padre sempre, a igreja católica sempre manteve a questão de ajuda, construção, essas coisas sempre ajudaram (Entrevistado 5).

[...] é uma coisa que eles levam a sério; eles comemoram mesmo. Eles são muito religiosos, muito apegados aos santos deles. Nossa, é uma coisa linda essa tradição deles, eles são muito apegados à religião mesmo (Entrevistado 2).

Diante dessas falas, percebe-se que a construção da religiosidade dos quilombolas em questão parece ser em um misto de religião católica e dos cultos de origem africana. Tal fato pode ser compreendido através do sincretismo religioso de matriz africana, com significado fornecido pelos santos católicos e arquétipos nativos, como argumenta Souza (2012). No entanto, nem sempre o uso das práticas religiosas nas comunidades parece ser percebido como elemento positivo pelos profissionais. Ao serem indagados em que medida as práticas religiosas contribuem no tratamento e para amenizar o sofrimento mental nas comunidades, deram a seguinte resposta:

Eles trazem... Já está arraigada a questão da macumba, que se alguém está ruim, ah, foi macumba que jogou em mim. Eu tive fazendo visita várias vezes na casa de uma pessoa da comunidade, ela botou na cabeça que era macumba e já sabia até o nome da pessoa que tinha colocado a macumba. Então isso daí atrapalhou muito (Entrevistado 6).

O trecho apresentado revela que os saberes populares e culturais da comunidade são vistos pelo profissional como impedimento ao tratamento. No entanto, tal concepção parece desconsiderar que esses valores preservados são civilizatórios e podem ajudar no conhecimento e no entendimento de outras formas e olhares sobre como cada comunidade produz sentidos a respeito do mundo ao seu redor, e como estes dialogam com as relações que constroem entre si e o ambiente que a cerca e, conseqüentemente, suas práticas cotidianas com a saúde (Freitas et al., 2011). Nesse sentido, a desconstrução dessa visão envolve, entre outras coisas, o desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (Brasil, 2017).

Ainda nesse repertório, buscou-se analisar a influência da cultura indígena e ribeirinha na vida das pessoas das comunidades quilombolas do Vale do Guaporé. Além da religiosidade o uso de ervas medicinais retiradas da floresta foi percebido pelos profissionais de saúde como forte aliada dos quilombolas do Vale do Guaporé no enfrentamento das doenças. Nesse sentido, os saberes tradicionais e o respeito às noções de saúde que essas comunidades possuem são

necessários, pois, além de possuírem sua própria eficácia, eles rompem com os paradigmas da medicina ocidental (Freitas, Caballero, Marques, Hernández, & Antunes, 2011) que regem o cuidado em saúde, sobretudo em saúde mental.

Em algumas falas, observa-se uma junção das duas práticas, comuns nas aldeias indígenas, o que é desenvolvido pelo Pajé, que, além de curandeiro espiritual da tribo, utiliza ervas e plantas medicinais no tratamento, como apontam as falas a seguir.

Eles acreditam fortemente em chás medicinais guiados por um guia espiritual, e isso, aquilo e tal (Entrevistado 6).

[...] acredito que o uso de ervas para tratamento, eles usam muito (Entrevistado 3).

E a gente chega lá e conversa com ela e ela diz: ó, fulano de tal teve um problema aí eu fiz umas ervas e fiz uns negócios, fiz umas rezas aí e tal e ele melhorou. Então, a gente também não desrespeita a crença, né, a gente fala tudo bem, só que, assim, além de você fazer esse tratamento que eu acho muito importante, acho muito importante você fazer isso, porque é uma cultura que você deve manter, né (Entrevistado 6).

Como se pode observar nesses depoimentos, essas comunidades, além da manutenção da cultura de matriz africana, agregaram práticas de outras comunidades ali existentes. Esses novos conhecimentos, como artesanato, caça e pesca e, sobretudo, o uso de ervas medicinais retiradas da floresta para o tratamento de certas doenças. Nesse sentido, pensar em saúde mental nessas comunidades requer o reconhecimento de que o cuidado em saúde mental não pode se resumir à abordagem psiquiátrica.

De modo geral, a análise da construção discursiva dos profissionais revela que as comunidades assistidas pela equipe, assim como outras comunidades quilombolas de outras regiões, diante dos déficits da saúde pública, encontram meios de prevenção e cura. Valendo-se de recursos decorrentes da própria cultura na qual estão inseridos, essa população utiliza formas variadas de saberes advindos de práticas religiosas, bem como plantas e ervas medicinais como forma de tratamento. Como afirmam Silva, Dimenstein e Leite (2013), as práticas de cuidado advindas dos saberes populares, por serem as primeiras iniciativas tomadas por essas pessoas no enfrentamento ao adoecimento, devem ser potencializadas e consideradas como elemento primordial para os profissionais que atuam nesses contextos.

Considerações Finais

Neste estudo objetivou-se descrever os sentidos produzidos acerca da assistência em

saúde/saúde mental em comunidades quilombolas do Vale do Guaporé por profissionais de saúde. A análise das práticas discursivas dos profissionais aponta que as comunidades em questão são vistas como acolhedoras, receptivas formadas por pessoas humildes, mas também passivas, submissas, desinteressadas e sem iniciativas.

O estudo também revelou que o isolamento geográfico e o distanciamento teórico-prático da equipe em relação à saúde mental da população negra, além de elementos geradores de exclusão social e construções estereotipadas, repercutem como condicionantes sociais que impactam negativamente na assistência à saúde nessas comunidades.

Dentre os problemas de saúde mental presentes nas comunidades, destacam-se a depressão e o uso excessivo de bebidas alcoólicas. O primeiro está associado à perda de um ente querido e o segundo, a fatores culturais da comunidade. Os resultados também evidenciaram a influência da relação das comunidades com o espaço natural. Nessa conjuntura, as práticas religiosas e o uso de ervas e plantas medicinais retiradas da floresta são utilizados como forma de cuidado em saúde/saúde mental pelos remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé.

A construção do conhecimento com base nas reflexões dos discursos ora apresentados aponta para a necessidade de efetivar um processo educativo em saúde mental envolvendo os profissionais que compõem a equipe de saúde por meio de capacitação e formação continuada em saúde da população negra que permita uma reflexão crítica da realidade e dos determinantes sociais que são inerentes a essa população. Dessa forma, faz-se necessária a viabilização de ações de políticas públicas que melhorem a infraestrutura de acesso às comunidades. Além disso, a implementação de programas de capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo em saúde da população quilombola, deve ser prioritária para uma assistência em saúde que atenda aos princípios do SUS e que sirva de instrumento no enfrentamento dos estigmas e preconceitos que geram desigualdade e exclusão social dessas comunidades.

Por fim, espera-se que este estudo possa contribuir como incentivo às reflexões sobre as práticas em saúde nas comunidades quilombolas, bem como em relação aos sentidos produzidos acerca do papel que os profissionais assumem nessa relação.

O estudo apresenta algumas limitações que precisam ser destacadas, especialmente quanto ao número reduzido de profissionais de cada equipe de saúde que participaram da investigação. No entanto, as informações obtidas por intermédio deles foram significantes para responder aos objetivos propostos.

Referências

- Barroso, S. M., Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2014). Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 256-263. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/256-263/pt>
- Bento, M. A. S. (2014). Branqueamento e branquitude no Brasil. In I. Carone, & M. A. S. Bento (Orgs.). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil (1988). *Constituição*. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal.
- Brasil (1990a). Lei n. 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*, Brasília, DF, 20 set.
- Brasil (1990b). *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado de <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.htm>
- Brasil (2003). *Decreto n. 4.887, de 20 de novembro de 2003*. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Temático Saúde da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Cadoná, E., & Scarparo, H. (2015). Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2721-2730. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.13552014>
- Cardoso, C. S., de Melo, L. O., & Freitas, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Journal of Nursing UFPE on line*, 12(4), 1037-1045. <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2007.v16n2/111-124/pt>
- Cardoso, L. G. V., Melo, A. P. S., & Cesar, C. C. (2015). Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 809-820. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>

- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*, 27(78), 7-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>
- Chehuen Neto, J. A., Fonseca, G. M., Brum, I. V., Santos, J. L. C. T. D., Rodrigues, T. C. G. F., Paulino, K. R., & Ferreira, R. E. (2015). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1909-1916. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>
- Coelho, I. B. (2010). Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 171-183. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n1/171-183/pt>
- Farias Junior, E. D. A. (2011). Negros do Guaporé o sistema escravista e as territorialidades específicas. *RURIS-Revista do Centro de Estudos Rurais-UNICAMP*, 5(2), 85-116. <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ruris/article/view/1467/984>
- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Marques, A. S., Hernández, C. I. V., & Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, 13(5). <https://www.redalyc.org/html/1693/169321136011/>
- Freitas, D. A., Silveira, J. C. S., Ferreira, L. A., Zucchi, P., & Marques, A. S. (2011). Mulheres quilombolas: profissionais na estratégia de saúde da família. *Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná*, 12(2), 56-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2011v12n2p56>
- Gergen, K. J. (1997). *Relation and relationships: soundings in social construction*. Cambridge/London: Harvard University Press.
- Gomes, K. D. O., Reis, E. A., Guimarães, M. D. C., & Cherchiglia, M. L. (2013). Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1829-1842. <https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n9/1829-1842/pt>
- Iñiguez, L. (2004). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Lages, S. R. C., de Oliveira Tavares, N., dos Santos, S. V., Carvalho, M. A. S., & Maciel, L. F. R. (2017). Pesquisas em Psicologia Social no Campo da Saúde da População Negra no Brasil. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(1), 1-10. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/verpsico/v13n1/a01.pdf>
- Marques, A. S., Freitas, D. A., Leão, C. D. A., Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., & Caldeira, A. P. (2014). Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 365-371. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013>
- Melo, M. F. T., & Silva, H. P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 7(16), 168-189. <http://abpnrevista.org.br/r>

evista/index.php/revistaabpn1/article/view/103

- Oliveira, A. S. J., Rodrigues, F. E. N., Corrêia, L. S. S., Tavares, M. E., & Monteiro, T. L. (2011). *Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo*. Assis: Triunfal Gráfica e Editora.
- Oliveira, R. A., Gellacic, A. S., Zerbinatti, A. S., de Souza, F. E., & Aragão, J. A. (2012). Equidade só no papel? Formas de preconceito no Sistema Único de Saúde e o princípio de equidade. *Revista Psicologia para América Latina*, 23, 47-64. <http://ulapsi.org/portal/wp-content/uploads/2013/01/23-3.-Equidade-so-no-papel.pdf>
- Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., Guimarães, A. L. S., & Caldeira, A. P. (2015). Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2879-2890. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-8123.2015.209.20342014>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage Publications.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology*. London: Sage Publications.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social*. São Paulo: Vetor.
- Santos, A. O. (2018). Saúde mental da população negra: uma perspectiva não institucional. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 10(24), 241-259. <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/583>
- Santos, R. C. D., & Silva, M. S. (2014). Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde e Sociedade*, 23, 1049-1063. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>
- Santos, V. C., Nagib Boery, E., Pereira, R., de Oliveira Santa Rosa, D., Alves Vilela, A. B., Ferraz dos Anjos, K., & Silva de Oliveira Boery, R. N. (2016). Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2), 1-9. <https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n9/1829-1842/pt/>
- Sawaia, B. (2014). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes.
- Silva Filho, J. B. S. & Lisboa, A. (2012). *Quilombolas: resistência, história e cultura*. São Paulo: IBEP.
- Silva, R. A., & Menezes, J. A. (2016). Reflexões sobre o uso de álcool entre jovens quilombolas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 84-93. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310.2015.v28n1p084>
- Silva, T. T. (2014). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes.

- Silva, V. H F., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n19/a08v10n19.pdf>
- Souza, L. O. C. (2012). *Quilombos: identidade e história*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P Spink. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 41-61.
- Teixeira, M. A. D., & Xavier, D. F. B. (2018). Santo Antônio do Guaporé: direitos humanos, conflitos e resistência socioambiental *Revista Direito e Práxis*, 9(1), 351-371. DOI: 10.1590/2179-8966/2018/32718
- Vieira, A. B. D., & Monteiro, P. S. (2013). Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde em Debate*, 37, 610-618. <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2013.v37n99/610-618/pt>

9 ESTUDO III

Sentidos e práticas em saúde mental em Comunidades Quilombolas no Estado de Rondônia

Resumo: O objetivo deste estudo foi compreender como os remanescentes quilombolas de duas comunidades do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia produzem sentidos sobre saúde mental. A partir de uma abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas abertas e rodas de conversas com 18 participantes de ambos os sexos. A análise do material empírico foi realizada de acordo com as propostas de análise do discurso, sob a perspectiva da Psicologia Discursiva. Por meio do recurso teórico-analítico foram identificados três repertórios interpretativos sobre saúde mental: construção do sofrimento mental; reconhecimento e formas de lidar com os sintomas psiquiátricos; recursos utilizados pelos moradores da comunidade no cuidado em saúde mental; e consumo excessivo de bebidas alcoólicas como problema de saúde mental. Esses sentidos apontam para a necessidade de construção e implementação de intervenções e políticas públicas de saúde direcionadas a essa população que levem em consideração seus aspectos sócio-históricos e culturais.

Palavras-chave: Saúde mental. Comunidade quilombola. Produção de sentidos.

Senses and Practices in Mental Health in Quilombola Communities in the State of Rondônia

Abstract: The objective of this study was to understand the meanings related to mental health by remnants of two communities in the Guaporé Valley in the State of Rondônia. This is a qualitative study using interviews and conversation groups with 18 participants of both sexes.

The analysis of empirical material was carried out according to the discourse analysis proposals, from the perspective of the Discursive Psychology. Through the theoretical-analytical resource were identified three interpretive repertoires on mental health: 1) Construction of mental suffering; recognition and ways of dealing with psychiatric symptoms; 2) Resources used by community residents in mental health care; and 3) Excessive consumption of alcoholic beverages as a mental health problem. These meanings point to the need for the construction and implementation of interventions and public health policies directed to this population that take into account their socio-historical and cultural aspects.

Keywords: Mental health; Quilombola community; Production of meanings.

Rondônia Sentidos y Prácticas en Salud Mental en Comunidades Quilombolas en el Estado de Rondônia

Resumém: El objetivo del estudio fue comprender como los remanentes quilombolas de dos comunidades del Valle del Guaporé en el Estado de Rondônia producen sentidos sobre salud mental. A partir de un enfoque cualitativo se realizaron entrevistas abiertas y ruedas de conversación con 18 participantes de ambos sexos. El análisis del material empírico se realizó a partir del análisis del discurso, desde la perspectiva de la Psicología Discursiva. Por medio del recurso teórico-analítico se identificaron três repertorios interpretativos sobre salud mental: 1) construcción del sufrimiento mental: reconocimiento y formas de afrontamiento de los síntomas psiquiátricos; 2) estrategias utilizados por los habitantes de la comunidad en el cuidado de la salud mental; y 3) consumo excesivo de bebidas alcohólicas como problema de salud mental. Estos sentidos apuntan a la necesidad de construcción e implementación de intervenciones y políticas públicas de salud dirigidas a esa población que tenga en cuenta sus aspectos socio-históricos y culturales.

Palabras clave: Salud mental. Comunidad quilombola. Producción de sentidos.

Introdução

Definidas como grupos populacionais remanescentes de antigos quilombos, segundo a metodologia utilizada pelo Ministério da Saúde, as comunidades quilombolas enquadram-se como um grupo minoritário dentro da população negra, constituindo uma representação da resistência dos negros brasileiros (Freitas, Caballero, Marques, Hernández, & Antunes 2011). Seus costumes, tradições, condição social, cultural e econômica peculiares mantêm as semelhanças entre seus membros, distinguindo-os de outros setores da coletividade nacional, formando, assim, sua “identidade social” (Deschamps & Moliner, 2013).

As comunidades quilombolas no Brasil são múltiplas e variadas e se encontram distribuídas em todo o território nacional. Há comunidades que se localizam no campo e outras na cidade, sendo estas também denominadas de quilombos urbanos. Por meio de fortes laços

de parentesco e herança familiar, essas comunidades se constituem e se afirmam desde o passado na luta pela liberdade (Furtado, Pedroza, & Alves, 2014). Já as comunidades que estão localizadas fisicamente nas áreas rurais, notadamente em todas as regiões do Brasil, vivem em um relativo grau de isolamento geográfico e social. Como forma de subsistência, as comunidades quilombolas rurais, ao longo do tempo, implementaram e desenvolveram atividades produtivas e extrativas, seguindo a trajetória das atividades econômicas de cada região; contudo, o distanciamento espacial entre essas comunidades e a sociedade urbana também implicou desigualdades sociais e de assistência à saúde (Silva Filho, 2012; Oliveira, Pereira, Guimarães, & Caldeira, 2015). Esses condicionantes sociais afetam ainda mais as comunidades que se encontram em isolamentos extremos, como, por exemplo, aquelas que se fixaram na região Amazônica, em decorrência, principalmente, da escassa infraestrutura e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Melo & Silva, 2015).

As comunidades remanescentes quilombolas que vivem no contexto amazônico, embora possuam algumas características semelhantes às comunidades quilombolas de outras regiões do País, possuem algumas características próprias. Com o fim do poder dos jesuítas sobre os índios, intensificou-se o tráfico de africanos para a região, e a partir de então muitos mocambos foram formados por índios e negros. A partir desse período as comunidades quilombolas da região Amazônica mantiveram forte relação como as populações indígenas (Marin, 2009). Com isso, muitas residências quilombolas se fixaram em áreas de floresta bastante preservada.

Para os agentes em pauta, a floresta consiste em uma das formas de refúgio, fornecendo alimentos, matérias-primas para a construção de moradias e de embarcações. Os rios transformam-se em caminhos e forneceram alimentos, como peixes e quelônios. Nesses espaços, os quilombolas cultivam e desenvolvem técnicas sustentáveis de extração, pesca e agricultura condizentes com as especificidades da Amazônia (Cruz, 2012; Marin, 2009).

No que se refere às comunidades localizadas no Estado de Rondônia, a chegada foi via o Rio Guaporé, que percorre quase todo o Estado na fronteira com a Bolívia, na região do Vale do Guaporé. Por meio desses processos de formação da povoação, iniciou-se a resistência da escravidão, uma vez que os escravizados entraram nas matas, subiram os afluentes do Rio Guaporé e formaram os quilombos em diversas localidades (Cruz, 2012). Assim como outras comunidades da região Norte, as comunidades quilombolas guaporeanas passam, então, a se relacionar com as comunidades indígenas, caboclas, ribeirinhas e bolivianas no processo de criação e reprodução do seu modo de vida. Nesse entrecruzamento humano as culturas são intercambiadas, mesclam-se, superpõem-se, renascem, revigoram-se e administram suas atividades econômicas, segundo um conjunto de conhecimentos transmitido de geração em

geração. Assim, as comunidades do Vale do Guaporé apresentam características muito particulares em termos de localização das moradias e trabalho, hábitos e costumes, que, em geral, seguem uma tradição e refletem o cenário socioambiental e econômico onde vivem e trabalham.

Nesse contexto, os saberes tradicionais foram fundamentais para a sobrevivência dessas comunidades, contribuindo para o desenvolvimento de formas próprias de se relacionar com o ambiente. Dessa maneira os quilombolas guaporeanos mantêm viva sua cultura, sua forma de lidar com a vida e a morte, com a saúde e com a doença, demonstrando possuir um profundo conhecimento prático dos aspectos da natureza que se relacionam com o seu bem-estar (Geertz, 2013). Por outro lado, essas comunidades ainda padecem de problemas crônicos e elementares, como a falta de serviços básicos, moradia, educação e, sobretudo, de acesso à saúde (Teixeira & Xavier, 2018), conforme outras comunidades rurais do País. Além disso, a localização em espaços de difícil acesso e as péssimas condições de infraestrutura dessas comunidades reverberam como desafios para o sistema público de saúde, pois dificultam a efetivação das ações e, conseqüentemente, impedem uma oferta qualificada dos serviços, especialmente na atenção primária e saúde mental (Silva, Dimenstein, & Leite, 2013; Kochergin, Proietti, & César, 2014; Freitas et al., 2011).

Diante do que foi exposto e da escassez de publicações que apontem e tornem conhecidas as condições de saúde mental da população quilombola, sobretudo daquelas que estão inseridas na região Amazônica, este estudo teve por objetivo compreender os sentidos produzidos sobre saúde mental pelos remanescentes de quilombolas de duas comunidades do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia, considerando o contexto social, cultural e histórico.

Método

Como abordagem metodológica, este estudo utilizou a pesquisa qualitativa sob a perspectiva da Psicologia Discursiva (Potter & Wetherell, 1987). Constituída como uma forma de inteligibilidade em Psicologia Social e situada no campo epistemológico do construcionismo social (Gergen, 1997), a Psicologia Discursiva enfatiza a linguagem construída historicamente e como construtora de realidades. A partir da possibilidade humana de aquisição da linguagem, essa perspectiva elege como objeto de sua investigação as construções linguísticas e gramaticais, os discursos e as narrativas de vários tipos mediante os quais as pessoas constroem conjuntamente realidades pessoais e sociais (Gergen, 1997; Rasera, 2013).

Dessa maneira, a Psicologia Discursiva busca compreender como o discurso realiza

práticas sociais, ou seja, como as conversas e os textos são entendidos como partes de práticas sociais (Rasera, 2013). Ela estuda como as pessoas constroem, montam, solapam, etc., relatos e descrevem e invocam estados e características psicológicas por meio das ações que o discurso realiza (Edwards, 2004).

A pesquisa foi realizada entre junho e dezembro de 2017 na Comunidade Santo Antônio do Guaporé, no Município de São Francisco do Guaporé, e na Comunidade Jesus, localizada no Município de São Miguel do Guaporé. Santo Antônio do Guaporé é uma comunidade formada por pretos de origem quilombola situada na área de confluência dos Rios São Miguel e Guaporé, no Sudoeste de Rondônia, à margem direita do Rio Guaporé, porção Sudoeste do Município de São Francisco, na fronteira entre o Brasil e a Bolívia (Teixeira & Xavier, 2018). Vive na comunidade 10 famílias com pouco mais de 50 pessoas, em situação de isolamento, o que as colocam em situação de vulnerabilidade social.

A Comunidade de Remanescentes Quilombolas Jesus constitui-se na mais afastada comunidade de remanescentes quilombolas rondoniense em relação ao Vale do Guaporé. Localizada a 108 km do Município de São Miguel do Guaporé, no coração de Rondônia, suas origens remontam à década de 1940, e os antepassados da família têm suas origens ligadas aos negros de Vila Bela da Santíssima Trindade.

Participaram do estudo 18 remanescentes quilombolas, 12 do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idades entre 19 e 61 anos. Quanto à comunidade vinculada, 10 participantes eram membros da Comunidade Santo Antônio do Guaporé e oito da Comunidade Jesus. Destes, nove afirmaram ser casados, um afirmou ser separado e oito, solteiros. Quanto à escolaridade, cinco se declararam analfabetos, quatro concluíram apenas as séries iniciais do ensino fundamental, três possuíam o ensino fundamental incompleto, dois, o ensino médio incompleto, dois, o ensino médio completo, um, o ensino superior incompleto e um possuía curso de especialização em educação. A seleção dos participantes foi realizada de forma intencional. De acordo com Creswell (2010), na pesquisa qualitativa o pesquisador escolhe aqueles que melhor ajudarão a entender o problema e a questão da pesquisa.

Como critérios para inclusão no estudo foram observados os seguintes: 1) ser descendente de remanescentes quilombolas; 2) morar na comunidade; e 3) ter idade igual ou superior a 18 anos. Os entrevistados serão apresentados com E1, E2, respectivamente.

Para a realização da pesquisa foram realizados três encontros em cada comunidade. O primeiro encontro foi com o líder da comunidade para apresentar o projeto e solicitar a autorização para a realização da pesquisa. O segundo foi realizado com os membros das comunidades convocados pelas lideranças para apresentação e explicação dos objetivos da

pesquisa, seguidas de uma roda de conversa sobre a comunidade e sua relação com a saúde/saúde mental. Foram realizadas duas rodas de conversas em cada comunidade, sendo uma privilegiando os participantes mais jovens e outra com os demais participantes. De acordo com Edwards (2004), na Psicologia Discursiva a coleta de dados começa com um conjunto de materiais conversacionais que ocorrem naturalmente. O terceiro encontro teve como finalidade a realização das entrevistas individuais com aqueles que concordaram em colaborar com informações mais específicas sobre a temática proposta. Foram utilizados, ainda, a observação sistemática e o diário de campo como instrumentos de coleta de informações.

A análise das informações neste estudo teve como orientação a proposta de Análise do Discurso influenciada pela perspectiva da Psicologia Discursiva, privilegiando o conceito de repertório interpretativo, compreendido como “o conjunto de elementos que os falantes utilizam para construir versões das ações, processos cognitivos e outros fenômenos” (Potter & Wheterell, 1987, p. 149). O uso do conceito de repertórios interpretativos neste estudo apoia-se nas referências da Psicologia Discursiva, que enfatiza o aspecto do conteúdo no processo de produção de sentido (Rasera, 2013). Sob esse enfoque, o sentido é compreendido como uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink & Medrado, 2013). A partir dessa proposta, a análise das informações coletadas seguiu as seguintes etapas: a) leitura flutuante; b) transcrição na íntegra das entrevistas; c) leitura atenta do material construído e do caderno de campo; e d) análise dos repertórios interpretativos identificados nas informações colhidas (Potter & Wheterell, 1987).

O projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), sob o Parecer n. 2.410.908 e CAAE n. 79939417.7.0000.5336. Ressalta-se que para preservar o sigilo dos participantes os nomes foram substituídos pela palavra Entrevistado seguida do número referente à ordem em que foi realizada a entrevista.

Resultados e Discussão

A análise do material coletado possibilitou a compreensão de que os sentidos produzidos por eles sobre doença mental são plurais e são construídos a partir das experiências e vivências cotidianas e da sua relação com a natureza e a cultura. Desse modo, a leitura e a interpretação das entrevistas possibilitaram a organização de três repertórios interpretativos: 1) A construção

do sofrimento mental: reconhecimento e formas de lidar com os sintomas psiquiátricos; 2) Recursos utilizados pelos moradores da comunidade no cuidado em saúde mental: ervas e plantas medicinais e práticas religiosas; e 3) O consumo excessivo de bebidas alcoólicas como problema de saúde mental.

A construção social do sofrimento mental: reconhecimento e formas de lidar com os sintomas psiquiátricos

Neste eixo foi analisado o processo de construção de uma categoria discursiva que revela os sentidos produzidos acerca do conhecimento sobre a doença mental pelos remanescentes de quilombolas do Vale do Guaporé. Ainda, analisa como os membros das comunidades lidam com as pessoas que apresentam algum tipo de problema de saúde mental. A partir da pergunta: o que você entende por doença mental? Obtiveram-se respostas variadas, desde as de conteúdos técnicos e/ou com explicação clara dos sintomas até aquelas de conhecimento do senso comum como “problemas da cabeça”, “uma pessoa doidona”, “perturbada da cabeça”, “zonzeira”, entre outras.

Durante os encontros foi possível identificar o uso de repertórios presente nos discursos da área da saúde. A análise das conversas a seguir revelou um conhecimento cotidiano permeado por saberes médicos, no qual a doença mental é percebida, entre outras coisas, como uma desordem emocional.

Eu acho que doença mental é quando a pessoa se encontra em desequilíbrio emocional, com ansiedade ou com algum tipo de transtorno, estresse, pânico, fobias. Acho que é isso. (E 6).

Pessoa com um desequilíbrio emocional, fora da realidade. Na verdade, acho que problema mental é tudo que atrapalha a gente pensar racionalmente (E 12).

Acho que é a pessoa depressiva, que fica triste, mais no canto dela, que não fala com ninguém. Também pessoas mais estressadas, mais agitadas, mais agoniadas (E 5).

Essas falas mostram que as elaborações sobre doença mental constituídas por esses informantes parecem ser apropriações do conhecimento adquirido na sociedade e pelo contato com os serviços médicos.

No entanto, a maioria dos informantes deram respostas relacionadas às concepções do senso comum, oriundas das vivências e experiências cotidianas com a doença mental. Para essas pessoas o transtorno mental é compreendido como qualquer transtorno da cabeça associado a múltiplas variantes, como “pessoa desequilibrada”, “meio atordoada”, “perturbada da cabeça”,

“pessoa maluca”, “meio doidona”, conforme as falas a seguir:

A pessoa que tem algum problema na cabeça, essas coisas assim (E 12).

Penso que doença mental é uma doença que deixa a pessoa desequilibrada, meio atordoadada, assim perturbada da cabeça, não fala coisa com coisa. Como as pessoas dizem, uma pessoa maluca, meio doidona (risos) (E 7).

Ah, estresse, com perturbação na cabeça, que não tem sossego, com zonzeira, acho que é isso (E 18).

Ah, sei lá. Uma pessoa com problema de cabeça? Assim perturbada da cabeça? Acho que é isso (E 13).

Esses depoimentos sugerem que os sintomas de transtornos mentais reconhecidos pelos entrevistados representam os modelos culturais de doença da comunidade, mas que também convergem com a forma com que pessoas de outros grupos percebem a doença mental. Um estudo realizado por Clemente, Loyola Filho e Firmo (2011) com idosos, em Minas Gerais, observou que a maioria dos entrevistados compreendia o transtorno mental como um problema de origem na cabeça, mente, cérebro ou ainda, como debilidade ou lesão.

No entanto, a análise das conversas, associada ao que se preconiza na literatura da área da saúde mental, possibilitou a compreensão de que os sentidos produzidos pelos informantes caracterizam uma pessoa fora da realidade, evidenciando a descrição de sintomas de transtorno psicótico.

Sei lá, uma pessoa maluca das ideias? Assim meio perturbado? (E 10).

Pessoa, assim, louca. Que fala sozinha, meio doida (risos) (E 9).

Coisa que não é verdadeiro, medo, tristeza. Fica com a cabeça perturbada não consegue pensar em nada direito. Também acho que é pessoa que fica falando sozinha por aí. Sei lá, acho que é isso (risos) (E 15).

Pra mim é pessoa que perde o sentido (silêncio), assim, não tudo, mas um pouco do sentido. Pessoa que tem problema de cabeça, sabe, assim, meio perturbada. Pra mim é isso; é isso mesmo? (E 17).

A percepção do próprio adoecimento também aparece nas narrativas em termos de sensações vividas na dimensão corporal ou mental, como aquelas referidas na região da cabeça, como manifestação de um quadro patológico. “Eu... Pensei, né, mim mesma (risos). Assim, eu fico ruim da cabeça, né, me dá aquela zonzeira, fico meio perdida no tempo. Então eu acho que eu tenho esse problema da mente. Fico agitada também” (E 16).

Em outro momento procurou-se averiguar sobre o quanto os informantes seriam capazes de reconhecer e descrever uma pessoa que apresentasse algum tipo de problema mental.

Então, eu nunca tinha parado pra pensar nisso (risos), mas agora o senhor falando... Aqui já teve um caso em que um rapaz, tinha vez que ficava muito agitado, agressivo, saía gritando (E 1).

Às vezes alguns aqui já ficaram, assim, um pouco perturbado (risos), mas não era doido não. Ficava assim meio que sem saber o que fazer, meio andando de um lado para o outro, mas depois passava (risos). Mais que eu lembro foi só um rapaz aqui da comunidade uma vez, já faz tempo (E 11).

Ela (sobrinha) não podia ver sangue que saía gritando o que tivesse na frente ela chutava, podia machucar ela que ela não ligava, ela subia em cima das casas de assoalho e pulava lá de cima. Ela corria e vinha se pegava com a gente, aí falava que só ficava bem perto de mim [...] (E 17).

Rapaz, a gente tinha uma prima que ela não ficava sozinha. Acho que é síndrome do pânico, né, tinha perturbações (E 15).

[...] ficar muito tempo dentro de casa, não sai. Senti medo, fica com a cabeça perturbada... É isso (E 18).

Por meio dos discursos apresentados é possível observar que os sistemas explicativos do quadro patológico pelos informantes não são homogêneos. O uso da combinação de vários elementos, como “agitação”, “agressividade”, “desorientação”, “fobia”, entre outros, foi verificado na descrição e na caracterização de um quadro de transtorno mental.

As conversas cotidianas também evidenciaram a variabilidade de sentidos que os informantes produzem sobre a sintomatologia de um quadro depressivo. Para alguns, a pessoa com depressão é vista como incapaz, enfraquecida, sem forças, lenta, cansada, com as suas capacidades de raciocínio e decisão diminuídas, com as suas possibilidades de vida comprometidas: “[...] a pessoa ficar sem querer fazer nada, ficar pelo canto e tal” (E 12) ou “[...] (ela) ficava agoniada, chorava, ficava muito triste. Num comia, num queria ver e nem conversar com ninguém e só ficava dentro do quarto” (E 13).

Algo bastante interessante foi a utilização do termo “banzú” ou “landú” para descrever as pessoas com sintomas depressivos. A utilização dessas palavras parece ser uma variação do termo “banzo” utilizado para definir uma enfermidade mental, uma variante do estado de tristeza e de depressão psicológica causado pela desculturação, nostalgia e saudade da África relatados pelos escravos após o desembarque no Brasil (Oda, 2013). Algumas falas ilustram essa concepção:

Tem umas pessoas que você percebe que elas estão quase querendo se isolar, né. Tem uma senhora mesmo que eu já percebi ela bem abatida mesmo. O outro é um tio nosso que tem aqui. Ele de uns tempos pra cá tem ficado bem isolado, e pra começar ele já mora só, a convivência dele é ele e a filha dele, e ele tem se isolado. [...] a gente percebe que ele fica meio desorientado. Aí você percebe que ele tá entrando em depressão. Aqui na comunidade a gente chama isso de landú (E 7).

[...] de vez em quando uns fica assim, não querendo falar nada com ninguém, meio triste, num canto meio banzú, mas depois passa e volta a ficar normal (E 11).

[...] inclusive eu sou assim, eu não ando muito, muito bem. Ultimamente só quero ficar dentro de casa, não quero ver ninguém. Se pudesse eu ficava isolado de todo mundo, meio banzú. (Entrevistado 4).

Diante das conversas que descrevem os sintomas da enfermidade, pode-se notar como essa ressignificação do Banzo está inserida no contexto atual dessa população. Como afirma Oda (2013, p. 108), “atualmente o Banzo continua sendo uma entidade presente no imaginário brasileiro sobre os sofrimentos dos escravos”. Tal explicação pode ser compreendida por meio da forte manutenção dos valores simbólicos e afetivos presentes nas comunidades. De acordo com Furtado et al. (2014), a cultura quilombola, enquanto esfera social, permite aos indivíduos expressarem seus valores e princípios e vincularem-se de forma simbólica e afetiva ao grupo.

A patologia também foi interpretada como sintomas passageiros que oscilam alternando o estado de humor da pessoa: “É assim, hoje o cara tá bom, aí quando é amanhã, fica uns dois, três dias assim, banzú, sem motivo. Se isola não quer conversar com ninguém, muda da água pro vinho. [...] tipo, hoje ele conversa com o senhor, aí no outro dia já tá de cara fechada.” (E 7) ou como algo normal: “Olha, às vezes uns fica meio triste, mas acho que é normal, né? Toda pessoa fica triste de vez em quando” (E 2).

Para alguns informantes o isolamento social e a tristeza estão associados à perda de familiares e amigos. Por viverem por muito tempo em meio à floresta, com pouco contato social, os quilombolas do Vale do Guaporé construíram fortes laços afetivos entre os familiares. Portanto, a perda de um ente parece causar forte impacto emocional em alguns moradores das comunidades, como mostram os trechos a seguir:

Assim, tem algumas pessoas que são sem motivo, outras quando acontece alguma coisa, como, por exemplo, a morte de um parente, geralmente as pessoas fica de banzú (E 6).

Olha, isso acontece muito quando a gente perde um parente, né. Aqui sempre que morre um parente, tem gente que fica assim por muito tempo. [...] já teve caso da pessoa ficar foi um ano assim (E 3).

Nesse caso, o Banzo, apresentado como enfermidade causada pela exacerbação do sentimento de saudades ou outra paixão triste (Oda, 2013), parece explicar o sofrimento e o comportamento dessas pessoas diante da perda. Para Furtado et al. (2014), a comunidade quilombola, por ser um espaço de trocas e compartilhamento de conteúdo simbólico-afetivo, permite aos sujeitos se sentirem pertencentes a esse universo particular e se apropriarem de valores e conteúdos inerentes à realidade em questão.

Outros sintomas de doença mental reconhecidos pelos informantes foram os relacionados ao estresse e ao transtorno do humor. A descrição das pessoas que apresentam esses sintomas ganhava adjetivos como “nervosinhos” e “estressadinhos” dos informantes:

“Olha, rapaz, tem... Às vezes tem uns meio nervosinhos (risos)” (E 2). Alguns até apresentavam as características da pessoa:

Ah, fica enjoado, né. A gente fala uma coisa com ele e responde mal, e daí em diante já fica estressadinho (risos) (E 2).

[...] que ficam muito estressado, não pensa pra falar. Fala bobagem. Pessoa que não tem sossego (E 18).

Tenho percebido também umas pessoas um pouco estressadas, não são muitas, mas tem. [...] E não era assim, como o senhô viu aqui as pessoas são assim, mais tranquilas, falam pouco, mas ultimamente tem uns ficando um pouco estressadinhos (risos) (E 12).

Outro fato interessante refere-se à forma de a comunidade lidar com as pessoas em momentos de crises. Sobre quais procedimentos eram tomados em relação às pessoas que apresentassem algum tipo de “perturbação na cabeça”, muitos consideravam esses quadros como temporários e transitórios, não havendo a necessidade de nenhum tipo de intervenção: “Nada (risos)” (E 1) ou “[...] não tem muito que fazer. É deixar a pessoa quieta até melhorar” (E 3) ou, ainda, que os sintomas são passageiros: “Ah, é só deixar eles pra lá que passa (risos)” (E 2); “Rapaz, nesse caso a gente não faz nada não, porque isso é só uns dias depois passa” (E 11). Este último até exemplifica: “[...] já vi outros aqui que estava assim e passou. Daqui um pouco tá bom também (risos)”. Embora essas conversas possam produzir sentidos de descaso, abandono ou negligência por parte da comunidade com os que se encontram em sofrimento mental, vale lembrar que a população negra tem seu próprio conceito de cuidado em saúde mental (Santos, 2017). Tal compreensão pode ser identificada nos relatos que descrevem o costume de algumas pessoas das comunidades, durante as crises de um transtorno mental, de se refugiarem em meio à floresta. Nas falas a seguir fica evidente que, independente da patologia, o isolamento no meio da mata parece ser uma forma encontrada de aliviar o sofrimento.

Tem uma sobrinha minha aí que corria [...] pegava essa estrada aí e se mandava correndo. Às vezes pra dentro do mato e demorava voltar (E 17).

[...] uma tia minha, acho que depois que meu avô morreu, ela ficou com depressão. Ela ficava assim nos cantos, não falava nada. Muito quieta, ficava sentada na beira da mata (E 12).

[...] ela (prima) não tinha vontade de sair, não tinha alegria, às vezes ficava quieta lá na beira do mato sentada em um tronco de árvore por muito tempo de cabeça baixa. Acho que foi depois que meu vô morreu... Ela ficou muito tempo assim. Até hoje ela ainda é um pouco assim (E 18).

Eu lembro de um rapaz, sobrinho nosso, que ficou perturbado da cabeça. Ficava andando de um lado para o outro assim meio tonto, né (risos), meio sem rumo (risos). Às vezes ele ia pras bera do mato, ficava mais calmo e depois voltava (risos) (E 3).

Essas falas revelam que esse momento de retirada é um tempo necessário que essas pessoas permitem para sua recuperação, que o indivíduo em sofrimento mental que vive na sociedade produzida pela lógica capitalista não consegue ter. Por outro lado, esse comportamento também pode ser explicado pela relação estabelecida entre as comunidades guaporeanas e a natureza. Como afirmam Teixeira e Xavier (2018), as matas foram o elemento principal de continuidade da vida após a escravidão, percebidas pelas comunidades negras como uma extensão da própria casa, e os vínculos existentes entre os membros das comunidades guaporeanas com o espaço natural florestal e fluvial são profundos.

Recursos utilizados pelos moradores da comunidade no cuidado em saúde mental

Os remanescentes de quilombolas do Vale do Guaporé integram o complexo sociocultural da Amazônia brasileira, representado também por indígenas, ribeirinhos e caboclos, os quais tiveram uma forte influência sobre os saberes e fazeres desses grupos (Pereira & Coelho-Ferreira, 2017), sobretudo no tratamento de doenças diante das dificuldades de acesso à saúde. Sob esse prisma, esse repertório procurou analisar o discurso produzido em relação ao uso de ervas e plantas medicinais como recurso de tratamento das doenças enfrentadas pelos remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé.

Durante as entrevistas e rodas de conversas observou-se que o uso de chás de ervas e plantas medicinais ainda é muito comum nas comunidades em questão. Essa prática foi justificada pelos informantes pela tradição e aspectos culturais passados de geração em geração, mas também para suprir a falta de assistência à saúde pelo poder público. Ao ser interrogados se ainda existe o costume do uso de chás para o cuidado em saúde, referiram:

Sim. Até mesmo porque, como o senhor viu, aqui é muito longe da cidade, então nem sempre tem remédio pra tudo. Agora o senhor imagina como era antigamente. Então, as mulheres aprendem desde de pequeninhas a fazer chás. Os chás é muito importante pra comunidade. Aqui as pessoas usam chá pra tudo (risos) (E 1).

[...] de primeiro usava bastante por causa do conhecimento que tinha sobre as plantas e também porque a embarcação que tinha aqui não facilitava muito, aí era mais viável você fazer um chá. (E 7).

De acordo com Amorim, Tomazi, Silva, Souza Gestinari e Figueiredo (2013), as práticas relacionadas ao uso popular de plantas medicinais são alternativas que muitas comunidades têm como viável para o tratamento de doenças ou manutenção da saúde. Nas comunidades do Vale do Guaporé essas práticas de cuidado fazem parte da tradição das

comunidades e são repassadas para as gerações mais novas.

O tratamento com chás nas comunidades quilombolas faz parte da nossa cultura. Isso se deve ao fato de que quando os mais antigos chegaram aqui nessa região não havia outras formas de tratamento, era só através de chás ou por meio de rezas, simpatias, benção. E essa prática foi passando de geração em geração. Então, sempre que alguém tem algum tipo de doenças menos graves ainda se trata com chás, mesmo nos dias de hoje (E 6).

A reprodução dessas práticas de cuidado deixadas pelos antepassados dos remanescentes revela-se como um saber local que está sendo repassado para as novas gerações (Geertz, 2013). Dessa forma, a cultura mantida nessas comunidades deve ser compreendida a partir de uma teia de significados criados pelo próprio homem em um contexto de particularidades histórico-culturais permeado por um imaginário social que remete aos tempos de escravidão, com histórias de resistência e luta (Furtado et al., 2014).

As análises das conversas cotidianas na comunidade também revelaram o quanto a continuidade dessa tradição parece estar comprometida, como afirmam os participantes: “Antigamente fazia mais, mas ainda tem gente que faz” (E 2) e que agora vem diminuindo, embora ainda esteja presente na cultura quilombola: “[...] quem sabe mais é os de antigamente, né, mas ainda tem” (E 10). “Rapaz, ainda faz, mas também não é mais como era antes. Hoje é poucos que tratam com ervas” (E 11). Em outro momento o entrevistado refere-se às pessoas mais idosas e às mulheres, principalmente as mães, como agentes principais na realização dos chás: “As pessoas mais velhas, principalmente as mulheres, as mães faz chá para curar algum tipo de doença, tipo gripe, essas coisas. Acho que todos nós já tomamos algum tipo de chá” (E 8). Tal constatação pode ser compreendida pelo fato de que as pessoas mais velhas, sobretudo as mulheres da comunidade, possuem reconhecidos saberes acumulados representados por um conhecimento amplo e diversificado sobre plantas medicinais das florestas guaporeanas. Estudo realizado por Pereira e Coelho-Ferreira (2017) na comunidade Tauerá-Açú, inserida no Território Quilombola Ilhas de Abaetetuba, no Estado do Pará, concluiu que as plantas medicinais foram indicadas para 57 problemas de saúde.

Com o atendimento em saúde oferecido pelo poder público (mesmo que escasso), o uso de chás para o tratamento de várias doenças foi substituído por terapias medicamentosas. No entanto, o tratamento com plantas e ervas medicinais é visto de forma muito positiva pelos moradores das comunidades, como mostram as falas a seguir:

[...] isso aí ninguém não deixa, né. Todo lugar tem. Eu, vichi maria, eu tive que ir no hospital uma vez nessa idade que eu tenho, só uma vez. Sempre era tratado com ervas (E 4).

Pra mim ajudou, né, porque se eu ficasse em pé parecia que eu ia cair. Depois que tomei os chás melhorei muito (E 16).

Quando meu irmão não tava bom do fígado o que curou ele foi os setes pedaços de raiz de lima com raiz de picão. Os chás sou sempre eu que faço, né (E 17).

É interessante lembrar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) dialoga com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), instituída em 2007. Essa última tem como objetivo a promoção da saúde por meio de prestação de um cuidado culturalmente seguro e eficaz. Nesse sentido, o reconhecimento de que esses saberes são constituídos e constituintes nas e pelas relações culturais e sociais dessas comunidades é fundamental para a produção de conhecimento que viabilize as estratégias de atendimento à saúde dessa população.

Outro aspecto bastante interessante é a força exercida pelas práticas religiosas como recurso de cuidado em saúde, especialmente em saúde mental, na concepção dos moradores das duas comunidades investigadas. A partir dos discursos dos informantes pode-se perceber o quanto a religiosidade nas comunidades impera uma cultura de saber e poder entre os remanescentes de modos diferenciados, reproduzindo costumes e crenças que se fazem presentes há anos na população negra. Nas comunidades guaporeanas a religiosidade popular responde pelas tradições culturais locais (Teixeira, 2013).

A cura de doenças por meio das práticas religiosas revela a importância da presença do benzedor, o qual é figura marcante nesse grupo. Em toda família já teve algum membro que foi ao benzedor.

Ah, às vezes a gente vai num rezador (E 15).

Já fui, porque quando está assim com problema sai atrás de onde tem ajuda, né? (E 14).

[...] já levei ela (filha) e minha irmã lá embaixo também sempre vai (E 13).

A religião liga as pessoas ao plano do sagrado e a uma divindade que opera cuidados e cura (Silva, Dimenstein, & Leite, 2013). Os relatos revelaram o quanto a religiosidade é uma força usada nas comunidades na resolução de problemas relacionados à saúde de seus membros e como estes acreditam na eficácia do cuidado à luz de suas tradições religiosas.

Ir no benzedor e rezar é bom. Dessa vez eu fui, e ele me falou que eu tava com a espinhela caída; aí ele rezou, e foi bom, sarou. Mês passado mesmo, eu estava aperreada e fui no rezadô e melhorei (E 13).

[...] acho que benzer ajuda muito. Acho que é importante o rezador na comunidade, ajuda muito, né, tratar das pessoas. Acho que tem que ter. Tem hora que não tem como ir no médico, no hospital, né. Também acho que tem coisa que é só benzer mesmo, não precisa ir no médico (E 14).

Compreender a força expressiva da religiosidade presente no cotidiano dessas pessoas é considerar suas expressões por meio de seus elementos sócio-históricos e culturais devidamente contextualizados onde essas comunidades se inserem. Nas palavras de Bourdieu (2015), a religiosidade é apresentada com papel preponderante, pois as relações simbólicas manifestadas e desenvolvidas pelas comunidades constituem um sistema estruturado de percepções e conceitos sobre o mundo, fazendo, assim, um sistema de “estrutura estruturante”, sendo objeto de conhecimento e construção do mundo dos objetos, como formas simbólicas.

Outro fato relevante é a constatação de uma reverência aos benzedores antigos da comunidade pelos informantes do estudo. Nos trechos a seguir os entrevistados utilizam da memória para construir seus discursos sobre as práticas religiosas utilizadas como recurso de cuidado em saúde na comunidade. De acordo com Meneghel e Iñiguez (2007), a memória ajuda a compor uma narração, estabelece uma conversação com o passado, mostra qual a chave para interpretá-lo e quais as credenciais que avaliam sua verossimilhança.

Já teve mais; meus pais era tudo rezadô, salvaram várias vidas, meu pai e a minha mãe, mas depois que eles morreram os rezadores foram diminuindo, uns foram embora (E 4).

Antigamente tinha mais, mas agora quase não tem rezador aqui. A minha vó era rezadora, ela rezava, e as pessoas melhoravam. (E 15).

Os mais velhos já falavam que bem antigamente tinha, mas eu não sei muito sobre isso, não senhor (E 4).

[...] quando meu pai era vivo rezava mais, depois que ele faleceu ninguém reza quase (E 16).

Se não fosse os rezadores de antigamente muitas pessoas tinham morrido aqui. Rezadores e os chás, né? Porque não tinha atendimento de saúde, então, né, todo mundo se tratava ou era com chá ou com reza. Por isso tinha os benzedores, e tratavam, sim. Muitas pessoas foram curadas (E 8).

Esses discursos reafirmam as práticas religiosas por meio das rezas e os chás como as únicas possibilidades de tratamento nas comunidades ao longo do tempo. A pouca assistência em saúde continua sendo um problema que afeta a vida dessa população. A falta de atendimento médico exige constantes deslocamentos dos que permanecem na comunidade. As doenças mais graves exigem que o paciente e, não raro, seus familiares se mudem da comunidade para assegurar algum tipo de tratamento prolongado em áreas urbanas (Teixeira & Xavier, 2018).

Rezadô é mais difícil ainda, mas tem. Inclusive eu tenho um primo que é bom rezador, ele mora em Costa Marques em outra comunidade (E 11).

Já teve mais, mas hoje, assim, tem aqueles que benzem, mas não assim como aqueles rezador típico, acredito que não tem mais. Mas já teve, sim (E 5).

[...] sempre tem. Ultimamente a minha tia é que é a rezadora. Antigamente era meu avô (E 12).

Nessas falas, as práticas religiosas são percebidas como costume passado pelas gerações mais velhas. Para Santos (2017), a oralidade como pedagogia que privilegia o encontro entre o mais velho e o mais novo é um modo de transmissão do saber não mediado nem conduzido pelo livro, mas pela aproximação entre experiências de gerações distintas. O depoimento a seguir corrobora tal afirmativa: “Os costumes que nós temos aqui é desde o meu avô que deixou pra nós, mais de origem africana. Eles aprenderam com os pais ou avós deles e foram passando para as gerações mais novas” (E 12).

Ao comparar a eficácia do cuidado em saúde mental realizado por um profissional de saúde especializado e um rezador, esta entrevistada foi enfática ao atribuir à reza a melhora do quadro clínico de um familiar.

Nós levamos ela na psicóloga, mas ela não falava nada. Aí a gente parou de levar. Aí levamos ela mais no rezador, e as simpatias que eu fiz também, creio que foi isso que melhorou ela, porque depois ela ficou boa. Então, eu penso que essas coisas resolvem melhor com rezador (E 17).

Nas análises feitas percebe-se o quanto a religiosidade no contexto discursivo deu sentido para as curas realizadas por meio de benzimentos. Também como essas práticas articulam com o cotidiano dessas pessoas, presentes nos mais diversos cenários da cultura das comunidades guaporeanas. Nos depoimentos a seguir a fé é materializada nas curas de diversas doenças, na concepção desses entrevistados:

Olha, eu acredito. Como lhe falei meus pais curaram muitas pessoas aqui, de todo tipo de doença (E 4). [...] esse filho da minha tia, ele rezava também pra quebrante, dente caído, porque isso são doenças que só curam com reza. Tratava, vamos supor, se a pessoa levava um corte e dava uma doença chamada vermelha, ficava tudo vermelho ao redor ali, aí isso era curado com reza. (E 11).

Quebrante, espinhela caída. Meu pai benzia tudo, dor de dente, dor de ouvido, rezava e melhorava (E 16). Ah, mais quando tinha perturbação, né. Rapaz, assim, pessoa perturbada da cabeça, né, aqui muitos acreditam que pode ser trabalho feito, né, pra essa pessoa. Daí só reza mesmo para curar ele (E 12).

As conversas revelaram que as práticas religiosas, sobretudo as de matrizes africanas, não são bem compreendidas pela comunidade não negra, gerando certo desconforto em alguns membros da comunidade, o que pode explicar a negação da prática entre alguns dos informantes: “Num sei falar, não, sinhô” (E 13) ou, ainda: “Aí nem sei. E essas coisas não pode contar, não, sinhô” (E 17). “Não, senhor, aqui não tenho conhecimento” (E 4) ou, ainda: “[...] Isso é comum nas comunidades, embora as pessoas não falam muito (risos) ” (E 12). Esse informante justifica sua resposta:

Eu acho que é por causa que as pessoas de fora da comunidade não entendem direito sobre isso. [...] a maioria das pessoas não negro não compreende essas rezas ou benzimentos como prática de tratamento como outro qualquer. Sei lá eles acham que é trabalhos feitos, macumba, esses tipos de coisas, mas na verdade não é (E 12).

Essa fala parece evidenciar que a omissão ou o fato de esconder a prática religiosa de matriz africana ainda é muito comum nas comunidades negras. Por essas práticas serem encaradas de maneira negativa pela sociedade não negra, muitas vezes eles “precisam silenciar e omitir sua pertença religiosa para se protegerem das situações de preconceito, discriminação e intolerância religiosa” (Caputo, 2012, p. 20).

Essa interpretação pode explicar o fato de que apenas uma pessoa que exerce a função de rezador nas comunidades fale de suas práticas, mesmo demonstrando certa preocupação: “[...] não é que a gente gosta dessas coisas, mas a família, né, nós somos descendentes dessas ‘coisas’ (religião africana), a família toda” (E 17). Para essa informante, ser rezador não é uma questão de escolha: “A gente quer escapar, mas não dá. Meu irmão fala que não gosta, mas daqui a pouco tá lá na benzedeira.” Contudo, ela faz algumas ressalvas: “[...] mas agora tem que tomar mais cuidado [...], porque sempre tem um que apunhala pelas costas, né” (E 17). Ao ser questionada sobre “apunhalar pelas costas”, a entrevistada deu a seguinte explicação: “Pessoas que falam que a gente só faz o mal, tipo trabalhos para os outros, essa coisa de macumba” (E 17). Essa fala revela que o preconceito com as práticas religiosas de matriz africana ainda está presente na sociedade. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) destaca em seu texto o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, sobretudo os saberes de matrizes africanas. Geertz (2008) concebe a cultura como um universo de símbolos e significados que permite a um grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações. Para o referido autor, a cultura fornece o vínculo entre o que os homens são intrinsecamente capazes de se tornar e o que eles realmente se tornam.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas como problema de saúde mental

Neste repertório o caráter dialógico e participativo de uma conversa com conteúdo sobre o consumo de álcool na comunidade permitiu que os discursos revelassem os marcadores sociais associados ao consumo de bebidas e a influência da tradição e da cultura na perpetuação do hábito. Em conversas com quatro jovens sobre consumo de bebidas alcoólicas, o assunto foi abordado com muito humor, evidenciado por meio de risadas, metáforas e ironia entre os

entrevistados como estratégia na construção das respostas. Ao ser interrogados se na comunidade as pessoas tinham esse hábito, a primeira manifestação foi não verbal: “*todos se olharam e deram muita risada*” (Diário de Campo), em seguida respondem que sim, “Bebem, de vez em quando tomam (risos)” (E 4); “*de vez em quando a gente bebe*” (Entrevistado 3), outros utilizavam de figura de linguagem para relatar a quantidade do consumo: “*Rapaz, a turma gosta um pouquinho (risos)*” (E 2) ou, ainda: “Bebem, e não é pouco não (risos).” (E 11). A conversa ganha sustentação quando um jovem aponta para um lado e diz: “É só olhar ali (várias latinhas de cerveja vazias) (risos)” (E 14). De acordo com Meneghel e Iñiguez (2007), a ironia é uma ferramenta poderosa que se concretiza dando um significado oposto à literalidade das palavras. É um recurso que questiona e solapa os discursos dominantes.

O tipo de bebida consumida na comunidade parece ter sofrido mudanças ao longo do tempo, como mostram os seguintes depoimentos: “[...] de primeiro aqui não tinha cerveja, né, era só na cachaça, cachaça e álcool, que é álcool de farmácia e um que vinha da Bolívia” (E 6). Agora as bebidas comumente consumidas nas comunidades são a cerveja e a aguardente: “Cerveja e Velho Barreiro (aguardante), né” (E 9).

Quando questionados se na comunidade não havia restrições quanto à idade para consumir bebidas alcoólicas, um dos entrevistados responde nas entrelinhas: “Rapaz, aqui todo mundo gosta um pouquinho (risos)” (E 2). Ao dizer “todos”, revelou que os mais jovens também consumiam. Quando a pergunta foi feita de forma direta: “Os adolescentes também bebem?”, o mesmo participante dá uma resposta afirmativa, porém amenizada e de forma mais séria: “Não assim igual os mais velhos, mais bebe um pouco.” (E 2). Outro confirma ressaltando que apenas os adolescentes do sexo masculino bebem: “Os homens sim, [...] até os mais novos” (E 15), ainda que independentemente da idade, o consumo associa-se ao costume da comunidade: “[...] tanto os mais velhos quanto os mais novos, acho que já é costume mesmo” (E 14). Ao ampliar a pergunta se crianças também bebiam, obteve-se uma resposta negativa: “Adolescentes bebem, crianças não” (E 6). Em nenhum momento as mulheres foram mencionadas sobre o uso de álcool nas comunidades. A faixa etária demarcada como iniciação ao consumo de bebidas alcoólicas foi a partir dos 14 anos: “Ah, dos 14 pra frente já começa. Aí começam na cerveja e depois o que tiver eles bebem” (E 7). Foi bem interessante esse discurso porque revela que nas comunidades quilombolas as pessoas que fazem uso de álcool passam por um processo de transição aprendido por meio das relações interpessoais construídas e estabelecidas socialmente entre os pares.

Quando interrogados sobre a frequência em que as pessoas bebem álcool na comunidade um participante respondeu: “Quando tem (risos)” (E 9), outro completou a frase: “(Risos) se

tiver, (bebe) todo dia (risos), aqui é normal beber [...]” (E 14), *e todos riram muito* (Diário de Campo). Outro participante faz uma ironia à pergunta afirmando ser mais fácil dizer a não frequência do consumo: “Rapaz, a juventude hoje, se tiver eles bebem à vontade, e aqui a não frequência é a falta de álcool (risos)” (E 5).

Essas afirmativas foram reafirmadas em outros momentos e locais da pesquisa.

Rapaz, quando chega a bebida geralmente bebe o tempo todo (risos) até acabar ou cair (risos). (E 2).

Uma vez por semana ou quando tem vontade (risos). Quando acaba vão lá na rua e pegam cerveja e trazem pra beber (risos). (E 4).

Se tem bebida as pessoas se reúnem e vão beber e conversar até aguentar, né (risos). (Entrevistado 8).

A gente bebe mais é quando tem algum tipo de festa, tipo de aniversário de alguém, daí vai na cidade e traz a bebida, e a gente bebe até acabar (risos) (E 10).

Nessas falas o consumo de álcool tem forte conotação cultural e de sociabilidade nas comunidades. Ou seja, a presença da bebida alcoólica atua como mediadora dos encontros entre as pessoas. Para alguns dos entrevistados o consumo excessivo de bebida pode estar associado aos costumes das comunidades: “Olha, aqui bebe mais é nas festas, mas sempre que alguém vai na cidade traz bebidas, faz parte dos costumes da comunidade beber” (E 2). É visto como tradição: “É coisa, assim, que já faz parte da tradição. Se tem festa tem bebida, e aí todos bebem” (E 11). Visto que o hábito de consumir bebida alcoólica nas comunidades quilombolas se perpetua de geração em geração, acaba sendo culturalmente e socialmente aceito (Partelli, 2016).

Uma concepção bastante interessante sobre o consumo excessivo de bebidas alcoólicas na comunidade foi sua atribuição à falta de lazer e entretenimento na comunidade. Para alguns informantes, principalmente os mais jovens, beber é a única forma de diversão nesses espaços.

Sempre foi assim. Todo mundo bebe. Mas, também, não tem diversão aqui! (E 14).

Rapaz, aqui é costume, acho que faz parte do povo daqui. Também penso que as pessoas bebem porque não tem outra coisa pra fazer aqui. Então, eu acho que beber é uma diversão. (E 8).

Aqui na comunidade bebe todo mundo (risos), mas também a única diversão aqui é as festas. Então, quando não tem festa não tem nada pra fazer, daí se tem bebida eles vão beber. (E 11).

Esses discursos mostram que a falta de investimento em esporte e lazer nas comunidades refletem negativamente na constituição desses jovens enquanto sujeitos sociais. Um estudo realizado por Silva e Menezes (2016) concluiu que as poucas atividades de lazer, somadas a outros marcadores sociais, como as relações de gênero, o preconceito sofrido por serem negros e/ou quilombolas, são situações que, de modo interseccionado, repercutem no uso de álcool

entre os jovens investigados.

Outro aspecto importante que alguns participantes levantaram é a atribuição às mudanças ocorridas, como o acesso à cidade e as infraestruturas que têm chegado à comunidade, como facilitadoras do consumo de bebidas alcoólicas.

Esse eu vejo como um grande problema na nossa comunidade. Porque, assim, sempre as pessoas da comunidade gostaram de beber, acho que isso faz parte do nosso costume, da nossa cultura. Mas antigamente era assim, quando alguém ia na cidade trazia a bebida, geralmente era pinga ou vinho. Daí sempre, assim, nos finais de semana ou nos fins de tardes os homens reuniam e bebiam, mas mesmo era quando tinha festa na comunidade. Agora que a gente tem acesso com facilidade de ir na cidade, a bebida faz parte do dia a dia das pessoas aqui. Bebem todos os dias. Se vai na cidade e traz três caixas de cervejas, porque agora eles tomam mais é cerveja, né, daí vai bebendo até acabar, sem parar, não importa se é segunda ou terça, é qualquer dia (risos). Além disso outra coisa que facilitou é agora termos energia; então, todos têm geladeira para gelar a cerveja (risos). (E 12).

Agora que temos energia as pessoas assistem televisão, mas é só isso. Então, se reúne para beber. (E 14).

Essas conversas mostram que as interações entre o tradicional e o moderno, bem como o rural e o urbano como processo vivido pelos remanescentes do Vale do Guaporé podem ser compreendidas por meio do conceito antropológico de hibridação, o qual é utilizado para designar as misturas interculturais propriamente modernas, entre outras, aquelas geradas pelas integrações dos Estados nacionais, os populismos políticos e as indústrias culturais (Canclini, 2013). Nesse caso, as comunidades rurais quilombolas interagem com a cultura urbana por meio das novas tecnologias e hábitos até então desconhecidos por essa população. Ou seja, ao lado de todo procedimento de transformação dos espaços naturais produziu-se uma grande transformação dos padrões culturais das populações tradicionais guaporeanas (Teixeira & Xavier, 2018).

A preocupação com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas foi mencionada por um informante ao defender a necessidade de tratamento de alguns membros da comunidade considerados por ele como alcoolistas: “[...] acredito que vários deveriam passar com um especialista, mas duvido muito que eles irão (risos). Na verdade, ninguém aqui vê a bebida como um problema de saúde” (E 12). Essa fala reflete a realidade dessas e de outras comunidades quilombolas do País. Pesquisas realizadas no Brasil têm reforçado que o consumo excessivo de álcool em comunidades quilombolas é visto como problema e agravo de saúde (Cardoso, Melo, & Cesar, 2015; Marques, Freitas, Leão, Oliveira, Pereira & Caldeira, 2014; Melo & Silva, 2015). Esse cenário aponta para a necessidade de implementação e efetivação de políticas públicas que tenham como meta a orientação e a prevenção do alcoolismo nessas

comunidades.

Considerações finais

Neste estudo buscou-se descrever os sentidos produzidos sobre a saúde mental por remanescentes de duas comunidades quilombolas. Além disso, esta pesquisa analisou as práticas de cuidado em saúde mental levando em consideração os aspectos culturais e religiosos dessas comunidades.

Os sentidos apresentados por meio das práticas discursivas dos moradores das duas comunidades quilombolas são produzidos no cotidiano das comunidades com base no senso comum. Os principais sintomas de doença mental reconhecidos foram os relativos ao transtorno psicótico, este descrito como agitação da pessoa e/ou comportamentos atípicos, como andar de um lado para o outro, correr, gritar, adentrar a floresta; sintomas depressivos, como tristeza, isolamento, apresentados como banzú; o estresse ganhou conotação de pessoa nervosa, além de quadros fóbicos.

O estudo mostrou, ainda, que a comunidade mantém viva sua cultura e tradição sendo estas passadas de geração em geração. As práticas religiosas e o tratamento com ervas e plantas naturais são exemplos dos costumes dos quilombolas guaporeanos, apontados como principais formas de enfrentamento ao adoecimento das pessoas que vivem nas comunidades. Contudo, o interesse por essas práticas vem diminuindo nos últimos anos.

O consumo excessivo de bebida alcoólica é compreendido como costume que faz parte da tradição dessas comunidades, e a iniciação ao uso de álcool parece acontecer bem cedo entre os adolescentes e é mais comum entre os homens. As mudanças ocorridas nos últimos anos, como a facilidade do acesso aos centros urbanos, bem como a chegada da energia elétrica nas comunidades, foram apontadas como um fator facilitador ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Embora os resultados obtidos respondam aos objetivos propostos, existem lacunas neste estudo que precisam ser evidenciadas. Uma dessas limitações se refere ao fato de a pesquisa ter ocorrido em apenas duas das cinco comunidades quilombolas do Vale do Guaporé, no Estado de Rondônia, impossibilitando o conhecimento da realidade de outras especificidades de outras comunidades. Além disso, a realização de outros estudos com delineamentos variados com essa população poderá dar visibilidade a outras análises e problematizações não contempladas no presente estudo.

Por fim, espera-se que esses resultados possam colaborar para a construção e

implementação de políticas públicas que contribuam no enfrentamento das desigualdades e na redução da vulnerabilidade social dessas comunidades.

Referências

- Amorim, M. M., Tomazi, L., Silva, R. A. A., Gestinari, R. S., & Figueiredo, T. B. (2013). Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Bioscience Journal*, 29(4). <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencjournal/article/view/17308/12929>
- Bourdieu, P. (2015). *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva. Brasil (1988). *Constituição*. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal.
- Canclini, N. G. (2013). *Culturas híbridas*. São Paulo: EdUSP.
- Caputo, S. G. (2012). *Educação nos terreiros: e como a escola se relaciona com crianças de candomblé*. Rio de Janeiro: Pallas.
- Cardoso, L. G. V., Melo, A. P. S., & Cesar, C. C. (2015). Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 809-820. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>
- Clemente, A. S., Loyola Filho, A. I., & Firmo, J. O. A. (2011). Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 555-564. <https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n3/555-564/pt>
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.
- Cruz, T. A. (2012). *Um Estudo comparado das relações ambientais de mulheres da floresta do Vale do Guaporé (Brasil) e do Mayombe (Angola)-1980-2010*. (Tese de Doutorado), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
- Deschamps, J. C., & Moliner, P. (2013). *A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Edwards, D. (2004). Psicologia Discursiva: unindo teoria e método como exemplo. In L. Iñiguez (Org.). *Manual de análise do discurso em ciências sociais* (pp. 181-205). Petrópolis: Vozes.
- Furtado, M. B., Pedroza, R. L. S., & Alves, C. B. (2014). Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 13. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100012>

- Geertz, C. (2008). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Geertz, C. (2013). *O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes.
- Kochergin, C. N., Proietti, F. A., & César, C. C. (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>
- Gergen, K. J. (1997). *Relation and relationships: soundings in social construction*. Cambridge/London: Harvard University Press.
- Marin, R. A. (2009). Quilombolas na Ilha de Marajó: território e organização política. In E. P. Godoi, M. A. Menezes, & R. A. Marin (Orgs.). *Diversidade do campesinato: expressões e categorias* (pp. 229-250). São Paulo: Ed. Unesp.
- Marques, A. S., Freitas, D. A., Leão, C. D. A., Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., & Caldeira, A. P. (2014). Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 365-371. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.02992013>
- Melo, M. F. T., & Silva, H. P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 7(16), 168-189. <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>
- Meneghel, S. N., & Iñiguez Rueda, L. (2007). Contadores de histórias: práticas discursivas e violência de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1815-1824.
- Oda, A. M. G. R. (2013). Escravidão e nostalgia no Brasil: o Banzo. In Y. N. Monteiro, & M. L. T. Carneiro (Orgs.). *As doenças e os medos sociais* (pp. 105-132). São Pulo: Fap-Unifesp.
- Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., Guimarães, A. L. S., & Caldeira, A. P. (2015). Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2879-2890. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>
- Partelli, A. N. M. (2016). *Histórias sobre álcool de uma comunidade quilombola contadas por adolescentes em um material educativo* (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Pereira, M. G. S., & Coelho-Ferreira, M. (2017). Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental, Abaetetuba, Pará. *Biota Amazônia (Biote Amazonie, Biota Amazonia, Amazonian Biota)*, 7(3), 57-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.18561/2179-5746/biotaamazonia.v7n3p57-68>
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology*. London: Sage Publications.
- Rasera, E. F. (2013). A Psicologia Discursiva nos estudos em Psicologia Social e Saúde.

Estudos e Pesquisas em Psicologia, 13(3), 815-834. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v13n3/v13n3a02.pdf>

- Santos, A. O. (2017). Saúde mental da população negra: uma perspectiva não institucional. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 10(24), 241-259. <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/583>
- Silva, N. B., Del Fino, A., Esquibel, M., Santos, J., & de Almeida, M. (2012). Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II–Bahia, Brasil. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 11(5). <https://www.redalyc.org/html/856/85624131006/>
- Silva, R. A. D., & Menezes, J. D. A. (2016). Reflexões sobre o uso de álcool entre jovens quilombolas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 84-93. <http://submission.scielo.br/index.php/psoc/article/view/145916/9458>
- Silva, V. H F., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2013). O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*, 10(19), 267-285. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n19/a08v10n19.pdf>
- Silva Filho, J. B. (2012). *Quilombolas: resistência, história e cultura*. São Paulo: IBEP.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2013). Uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Ed.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 22-41). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Teixeira, R. S., & Pinto, A. S. (2013). Metáforas na fala de remanescentes de quilombos do Vale do Guaporé: um estudo Semântico-Lexical. *Revista de Estudos de Literatura, Cultura e Alteridade-Igarapé*, 2(1), 137-162. <http://www.periodicos.unir.br/index.php/igarape/article/view/745>
- Teixeira, M. A. D., & Xavier, D. F. B. (2018). Santo Antônio do Guaporé: direitos humanos, conflitos e resistência socioambiental. *Revista Direito e Práxis*, 9(1), 351-371. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/32718/23464>

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever sobre as comunidades quilombolas do Vale do Guaporé é se aventurar em um tema abrangente e complexo, imbricado com questões sociais, étnicas, culturais, políticas, religiosas, identitárias, entre outras, que se entrecruzam e se complementam a todo momento. É romper com as barreiras espaço-temporais na busca de compreender os seus costumes e tradições que ainda são mantidos vivos nessas comunidades; onde o passado e o presente se encontram numa pluralidade cultural, que se funde numa singularidade que as distingue de outras comunidades quilombolas do Brasil.

Qualquer tentativa de investigação acadêmica/científica das comunidades quilombolas do Vale do Guaporé, obrigatoriamente, deverá passar pelo crivo da sua formação histórica, marcada por lutas, abandono e desassistências que perduram até os dias atuais. Da mesma forma, faz-se necessário compreender as dimensões políticas envolvidas na luta territorial pela demarcação de suas terras, que, muitas vezes, aconteceu em meio a ameaças e violência psicológica. Todos esses fatores não são indissociáveis à saúde, sobretudo à saúde mental. Assim, os achados dos estudos da presente Tese não devem ser interpretados de modo alheio a essas questões.

De outra maneira, é pouco provável que os fatores ora apresentados passem despercebidos aos olhos de um pesquisador atento que busca compreender os sentidos produzidos no cotidiano nessas comunidades sobre o binômio saúde-doença mental. A cada encontro novas cortinas iam se abrindo, e, ao mesmo tempo, novos sentidos estavam sendo construídos sobre as condições social, histórica, cultural e política dessas comunidades.

O primeiro contato em cada comunidade foi marcado pelas conversas com os líderes, sempre carregadas de orgulho de serem remanescentes de quilombolas. Não faltaram relatos sobre a formação histórica de cada comunidade, sua relação com a floresta, com os rios e com os animais como fonte de sobrevivência. A reverência aos patriarcas como referência aos costumes e tradição estava sempre em destaque nas conversas. Mas também não faltaram menções sobre as lutas de resistências a posse da terra e o sofrimento vivido em razão da desassistência social e, principalmente, de saúde nas comunidades.

Debaixo de um arvoredor próximo ao rio, sempre muito ventilado, essas conversas eram regadas a um bom café regional servido em um bule tradicional da família. O interesse em saber detalhadamente *O que eu queria mesmo saber da comunidade?*, pergunta feita repetidas vezes, mostrava o cuidado que cada líder tinha com a preservação da cultura da comunidade. A todo momento eram evidenciados a tradição e os costumes das comunidades como valores

inquestionáveis, como, por exemplo, *O nosso jeito de viver é esse que o senhor está vendo. Então, nós não vai mudar. Mas as pessoas que vem aqui não entende*. Observa-se que a descrição da tradição da comunidade é carregada pelos seus próprios valores. Numa perspectiva construcionista, Gergen e Gergen (2010) afirmam que não existem descrições isentas de valores, e se alguém permanecer exclusivamente no âmbito de uma tradição, outras tradições de valor serão consideradas irrelevantes ou serão reprimidas.

Fato bastante interessante é que, nesse encontro com os líderes, em nenhum momento houve aproximação de outros membros das comunidades. No entanto, eram perceptíveis os olhares a distância que transmitiam um misto de curiosidade como também de estranhamento a minha presença. Nos encontros subsequentes foi necessário, inicialmente, um esforço maior para estabelecer um diálogo com os membros da comunidade. Muitos apenas respondiam, de forma afirmativa ou negativa, com movimentos da cabeça, mas aos poucos foram se encorajando, principalmente os mais jovens, e as conversas ganhavam um tom de seriedade, sobretudo sobre o momento atual das comunidades, em seus variados contextos e as perspectivas futuras. A provocação dessas temáticas favoreceu novas formas de diálogos no grupo, as quais possibilitaram a construção de sentidos sobre novas realidades e novos valores (Gergen & Gergen, 2010).

As discussões iniciais sobre saúde/saúde mental na comunidade quilombola, tema deste estudo, me provocaram a conhecer um pouco mais sobre a realidade de outras comunidades no Brasil no âmbito dessas questões. Por meio de uma revisão sistemática, o primeiro estudo que compõe essa Tese buscou identificar estudos sobre saúde mental desenvolvidos nas populações quilombolas no Brasil. De modo geral, o interesse com esse estudo era me apropriar de informações que apontassem os indicadores sociais associados aos problemas de saúde mental da população quilombola em outras regiões.

O que mais chamou atenção nessa revisão foi o número reduzido de pesquisas que investigaram a saúde mental nas comunidades quilombolas, sobretudo a associação entre os indicadores sociais e os problemas de saúde mental como objetivo principal do estudo, essa aparecendo apenas como viés da pesquisa. Quando aparece tal associação, esta aparece como viés da pesquisa, não como objetivo principal do estudo. Mesmo assim, os resultados encontrados nos respectivos estudos mostraram que, de maneira geral, os indicadores sociais e econômicos são fatores associados à condição de saúde e saúde mental dos membros das comunidades quilombolas. Ou seja, as precárias condições de vida das pessoas que moram nessas comunidades podem estar relacionadas ao seu sofrimento psíquico. O consumo abusivo de bebidas alcóolicas é apontado como um dos principais entre os problemas de saúde mental

nas comunidades. De acordo com os estudos, o consumo excessivo de álcool pode ser compreendido como uma prática cultural construída socialmente nessa população como forma de enfrentamento das desigualdades sociais vivenciadas, sobretudo entre a população mais jovem.

Outro fator que merece atenção no referido estudo são as poucas investigações sobre a temática realizadas por psicólogos, o que deixa clara a invisibilidade das questões relacionadas à saúde mental da população negra para a psicologia quando comparada ao volume de produções que abordam outras temáticas psicológicas, ainda que realizadas com a mesma população. Como afirma Silva (2009), é imperativo que a psicologia enquanto ciência e profissão se aproprie de um esforço de discriminação e de identificação das questões e temáticas que se constituem como fronteiras nas quais se expressam as principais contradições da nossa sociedade.

Também se destacam, nesse estudo de revisão, as dificuldades de acesso à saúde, bem como a oferta de serviços de atendimento de má qualidade oferecido pelo sistema público de saúde às comunidades quilombolas. Essas informações contribuíram para a construção de um dos objetivos específicos dessa pesquisa que foi conhecer como se configuram as redes de cuidado em saúde mental que dão cobertura ao território das comunidades quilombolas pela equipe de saúde e como esse cuidado é oferecido. Para responder esse objetivo foi realizado com os profissionais de saúde que faz atendimentos às comunidades quilombolas do Vale do Guaporé o segundo estudo que compõe esta Tese.

A partir dos discursos dos profissionais constatou-se que entre os condicionantes que influenciam no atendimento de saúde deficitário às comunidades quilombolas estão o isolamento geográfico e o distanciamento teórico-prático da equipe com relação à saúde mental da população negra. O primeiro evidenciado não só pela distância espacial, com média de 100 km entre o município de atuação e a comunidade, mas também pela péssima infraestrutura das estradas, principalmente em períodos chuvosos. Além disso, por estar fixadas às margens do rio Guaporé, o acesso à maioria das comunidades se dá por meio de transporte terrestre e fluvial. O segundo refere-se à falta de capacitação dos profissionais em saúde mental e saúde da população negra. O distanciamento teórico, sobretudo dos aspectos sociocultural e religioso da população quilombola interfere como fator negativo na qualidade do atendimento. Em outras palavras, a construção de um discurso predominantemente médico-técnico-científico dos profissionais aparece como “verdade absoluta” enquanto prática de cuidado que invalida ou mesmo despreza o conhecimento popular e religioso presente na história dessas comunidades quilombolas. No entanto ao analisar esses entendimentos como construções sociais, tais

posicionamentos não merecem espanto, já que o uso de afirmações relativas à verdade científica para desacreditar as afirmações das tradições espirituais ou religiosas vem sendo reproduzido durante muitos séculos. No entanto, a perspectiva construcionista nos convida a romper com esse antagonismo, pois “[...] tanto a tradição científica quanto a religiosa/espiritual têm suas próprias maneiras de construir o mundo; cada uma delas encerra determinados valores e aprova determinadas formas de vida.” (Gergen & Gergen, 2010, p. 32).

Por outro lado, essas informações apontam para a necessidade da construção de um serviço de atendimento comum entre equipe de saúde e comunidade. A troca de experiência possibilitará novas formas de saberes e fazeres em saúde/saúde mental no âmbito das comunidades quilombolas. Nesse caso, a discussão de práticas de cuidados mais assertivas entre equipe de saúde e comunidade, que leva em consideração os sentidos, até então tidas como exclusivas de cada grupo, pode descobrir a existência de aspectos em comum, decorrentes das próprias condições sociais de vida (Lane, 2006).

Nesse estudo também chamou atenção os sentidos produzidos sobre a construção social dos quilombolas pelos profissionais de saúde entrevistados. Durante os encontros foi possível observar falas carregadas de elementos geradores de exclusão social e construções estereotipadas. Adjetivos pejorativos atribuídos aos quilombolas como “beradeiros”, preguiçosos, desinteressados, entre outros, aparecem como forma de exclusão moral. De acordo com Bento (2014, p. 29), uma das características da exclusão moral é a “[...] desvalorização do outro como pessoa e no limite como ser humano. Os excluídos moralmente são considerados sem valor, indignos e, portanto, passíveis de serem explorados.”

Nessa direção entendemos que se faz necessária a efetivação de um processo educativo em saúde mental que envolva esses profissionais, por meio de capacitação que leve em consideração os aspectos sociocultural e religioso da população negra. Sugere-se, ainda, uma formação continuada em temas como racismo, racismo institucional,⁴ preconceito, exclusão social, estigmas e tantos outros ainda não superados na relação negros e não negros na sociedade atual. Sem uma reflexão crítica acerca desses temas e sua relação com a prática profissional é improvável que aconteça o compromisso político com o sofrimento do outro.

Compreender os sentidos produzidos sobre saúde mental pelos membros de duas

⁴ O racismo institucional é entendido como “o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.” (GELEDES, 2013, p. 11).

comunidades do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia foi o objetivo do terceiro estudo desta Tese de doutoramento. No terceiro artigo foi observado que os sentidos apresentados por meio das práticas discursivas dos moradores das duas comunidades quilombolas são aqueles produzidos no cotidiano das comunidades com base no senso comum. Esses sentidos refletem nas práticas de cuidado em saúde/saúde mental por meio das práticas religiosas. Embora as crenças e os rituais façam parte da tradição das comunidades sendo repassados de geração em geração, muitos resistiram em comentar sobre essas práticas ou até mesmo procuraram negá-las. A explicação para esse comportamento pode ser encontrada em algumas falas que denunciaram o preconceito sofrido da comunidade não negra, como mostra esse trecho: “[...] a maioria das pessoas não negro não compreende essas rezas. Sei lá, eles acham que é trabalhos feitos, macumba.” A exclusão religiosa como forma de discriminação praticada contra grupos afrodescendentes fundamenta a ideia de “superioridade” de outros grupos religiosos pautada em seus valores. Dessa forma, a imagem que esses últimos têm de seus grupos os induz a defenderem os seus valores. Ou seja, protegem o “seu grupo” e excluem aqueles que não pertencem a ele (Bento, 2014). Numa perspectiva construcionista, isso significa que as afirmações de verdade (religiosa) se encontram invariavelmente vinculadas às tradições de valor (Gergen & Gergen, 2010).

Ainda, como prática de cuidado em saúde mental, o tratamento com ervas e plantas naturais também foi apontado como um dos recursos de enfrentamento ao adoecimento das pessoas que vivem nas comunidades. O consumo excessivo de bebida alcoólica é percebido como costume, que faz parte da tradição dessas comunidades, não sendo considerado por muitos como um problema de saúde.

Em síntese esses estudos mostraram a necessidade de viabilização de ações políticas públicas que melhorem a infraestrutura de acesso às comunidades quilombolas do Vale do Guaporé. Além disso, a implementação de programas de capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo em saúde da população quilombola, deve ser prioritária para uma assistência em saúde que atenda aos princípios do SUS e que sirva de instrumento no enfrentamento dos estigmas e preconceitos que geram desigualdade e exclusão social dessas comunidades.

Porém cabe ressaltar que apenas conhecer as políticas não é suficiente para uma mudança de paradigmas no atendimento de saúde à população negra, em especial as comunidades quilombolas em questão. É preciso compreender a formação discursiva em torno da população negra, uma vez que o sistema colonial escravocrata implantou uma matriz racista que se constitui elemento-chave na produção de subjetividade brasileira e se atualiza muito fortemente no contexto atual. Refletir na busca de uma compreensão de como as imbricações

das relações socioculturais presentificam-se na constituição das subjetividades construídas por meio das várias práticas sociais é fundamental, uma vez que tais constituições não se fazem ao acaso (André, 2007).

Todos esses fatores provocam questionamentos que instigam o debate sobre esse tema tão complexo e contraditório. Nessa direção, este estudo traz contribuições importantes para o entendimento da relação entre saúde mental e os aspectos socioculturais das comunidades quilombolas do Vale do Guaporé na grande região Amazônica. No entanto, por ser o primeiro estudo sobre essa temática realizado nessas comunidades, algumas lacunas não foram contempladas. Enquanto limitações metodológicas, o desenho transversal utilizado para a coleta de dados impossibilita estabelecer a natureza da relação entre práticas tradicionais de tratamento e qualidade da saúde mental. Outra limitação refere-se à autorreferência sobre o uso das práticas religiosas nas comunidades que pode ter sido subestimada, principalmente quanto à existência de terreiros e/ou outros espaços específicos para os cultos de matrizes africanas, na medida em que há restrição social a esse comportamento.

Nesse sentido, sugere-se a realização de novos estudos de abordagens diversas e principalmente de desenho longitudinal que possam contemplar, além das limitações citadas, outros aspectos importantes relacionados à saúde das comunidades do Vale do Guaporé, sobretudo à saúde mental.

Referências

- Amaral, N. F. G. (2009). *Multiculturalismo na Amazônia: o singular e o plural em reflexões e ações*. Curitiba: CRV.
- André, M. C. (2007). Processos de subjetivação em afro-brasileiros: anotações para um estudo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 159-168.
- Almeida Filho, N. (2011). *O que é saúde?* Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Andrade, E. C. D., Leite, I. C. G., Vieira, M. D. T., Abramo, C., Tibiriçá, S. H. C., & Silva, P. L. (2011). Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 20(3), 337-344.
- Barroso, S. M., Melo, A. P., & Guimarães, M. D. C. (2015). Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2), 503-514.
- Barroso, S. M., Melo, A. P. S., & Guimarães, M. D. C. (2014). Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica*, 35(4):256-63.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2007). *A construção social da realidade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bezerra, V. M., Andrade, A. C. D. S., César, C. C., & Caiaffa, W. T. (2013). Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad. saúde pública*, 29(9), 1889-1902.

- Bezerra, V. M., Medeiros, D. S. D., Gomes, K. D. O., Souza, R., Giatti, L., Steffens, A. P., ... & Santos, L. R. C. S. (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.
- Brasil. (2003). *Casa Civil. Decreto nº4.887, de 20 de novembro de 2003*. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art.68 do Ato das Disposições constitucionais Transitórias.
- Brasil. (1988). *Constituição Federal da República, 1988*. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, artigo 68: Ministério da Justiça.
- Brasil. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução 466/2012*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.
- Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção à Igualdade Racial (SEPPIR) (2012a). *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Cultura. (2011). *Fundação Cultural Palmares. Comunidades Quilombolas*.
- Brasil. Ministério da Cultura. (2019). *Fundação Cultural Palmares. Certificação Quilombola*. Recuperado em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551#
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Portaria MS n. 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.
- Calheiros, F. P.; Stadtler, H. H. C. (2010). Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. *Rev. Katálisis*, 13(1), 133-139.
- Cardoso, L. G. V., Melo, A. P. S., & Cesar, C. C. (2015). Prevalência do consumo moderado e

excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 809-820.

Carvalho, K. C. N. D. (2014). *Prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes da comunidade quilombola Kalunga*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2014.

Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.

Cavalcante, I. M. D. S. (2011). Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia Paraense: um olhar antropológico.

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed.

Coyles, A. (2010). Análise do discurso. In G. M. Breakwell, C. Fife-Schaw, S. Hammond, & J. A. Smith. *Métodos de pesquisa em psicologia*. (pp. 362-381). Porto Alegre, Artmed.

CPISP, Comissão Pró-Índio São Paulo. Disponível em <<http://www.cpispp.org.br/>> Acesso em: 16 de dez. 2016.

Cruz, T. A. (2012). *Um Estudo comparado das relações ambientais de mulheres da floresta do Vale do Guaporé (Brasil) e do Mayombe (Angola)-1980-2010*. (Tese de Doutorado), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Deschamps, J. C., & Moliner, P. (2013). *A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais*. Petrópolis: Vozes.

Edwards, D. (2004). Psicologia Discursiva: unindo teoria e método como exemplo. In L. Iñiguez. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. (pp. 181-205). Petrópolis, RJ: Vozes.

Fiorin, J. L. (2005). *Linguagem e ideologia*. São Paulo: Ática.

Flick, U. (2009). *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Foucault, M. (2013). *História da Loucura na Idade Clássica*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva.

- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Marques, A. S., Hernández, C. I. V., & Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, 13(5), 937-943.
- Furtado, M. B., Pedroza, R. L. S., & Alves, C. B. (2014). Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia & Sociedade*, 26(1), 13.
- Gama, C. A. P. D., Campos, R. T. O., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam*, 17(1), 69-84.
- Gaskell, G. (2014). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Garay, A., Iñiguez, L., & Martínez, L. M. (2005). La perspectiva discursiva en psicología social. *Subj. procesos cogn*, (7), 105-130.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (2010). *Construcionismo social: um convite ao diálogo* Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Gergen, K. J. (1997). *Realities and relationships*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (1985). *The social constructionist movement in modern psychology*. *American Psychology*, 40 (3), p. 266-275.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. Londres: Sage.
- Geertz, C. (2008). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Gonçalves, F. V. (2009). *Identificação e Análise de alguns vocábulos básicos dos falares dos quilombolas do Vale do Guaporé*. (Dissertação de Mestrado), Programa de Mestrado em Ciências da Linguagem, Fundação Universidade Federal de Rondônia, Guajará-Mirim, Rondônia.
- Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no mundo real*. Porto Alegre: Penso.
- Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Construcionismo social: tensões e possibilidades de um movimento em permanente construção. In c. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M.

Corradi-Webster, & L. V. Souza (editores). *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.

Guimarães, R. C. R., & Silva, H. P. (2015). Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do estado do Pará. *Amazônica-Revista de Antropologia*, 7(1), 186-209.

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, Brasília, 2015.

Iñiguez, L. (2004). A análise do discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In L. Iñiguez. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. (pp. 105-160). Petrópolis, RJ: Vozes.

Lane, S. T. M. (2006). *O que é psicologia social*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Leal, M. C.; Gama, S. G. N.; Cunha, C. B. (2005). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, 9(1), 100-107. doi:

Leite, I. B. (2000). Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, 4(2), 333-354.

Machado, A. L. (2001). *Espaço de representação da loucura: religião e psiquiatria*. Campinas, SP: Papirus.

Marques, A. S., Freitas, D. A., Leão, C. D. A., Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., & Caldeira, A. P. (2014). Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola, *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):365-371.

Marques, C. E., & Gomes, L. (2013). A Constituição de 1988 e a resignificação dos quilombos contemporâneos. Limites e potencialidades. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28(81), 137-255.

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

Monego, E. T., Peixoto, M. D. R. G., Cordeiro, M., & Costa, R. M. (2010). (In) segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 17(1), 37-47.

- Moscheta, M. S. (2014). A Pós-Modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In c. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster, & L. V. Souza (editores). *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Munanga, K. (2007). *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Munanga, K. (2009). *Negritude: usos e sentidos*. São Paulo: Editora Ática.
- Oliveira, S. K. M., Silveira, J. C. S., Pereira, M. M., & Freitas, D. A. (2012). Saúde em comunidade rural quilombola: Relato de experiência sob o prisma dos atributos da atenção primária à saúde. *Motricidade*, 8(S2), 83.
- Oliveira, F. M. (2012). *O manejo da pessoalidade em conversas profissionais: uma perspectiva discursiva para a ética em grupo*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, MG.
- Piccinini, W. J. (2005). Fragmentos da História da Psiquiatria no Brasil. *Psychiatry on line Brasil*, 10(6).
- Pinto, M. C. C., & Ferreira, R. F. (2014). Relações raciais no Brasil e a construção da identidade da pessoa negra. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 9(2), 256-266.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology*. London: Sage Publications.
- Potter, J., & Edwards, D. (2001). Discursive Social Psychology. In: P. W. Robinson, & H. Giles. (Eds.). *The New Handbook of Language and Social Psychology*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a psicologia. *Paidéia*, 15(30), 21-29.
- Rasera, E. F., Guanaes, C., & Japur, M. (2004). Psicologia, ciência e construcionismos: dando sentido ao self. *Psicol. reflex. crit*, 17(2), 157-165.

- Rasera, E. F. (2013). A Psicologia Discursiva nos estudos em Psicologia Social e Saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 815-834.
- Rasera, E. F., & Rocha, R. M. G. (2010). Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 35-44.
- Rech, T. (2008). Dimensões psicossociais da entrevista. In H, Scarparo. (Org.). *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas* (pp. 75-83). Porto Alegre: Sulinas.
- Rondônia. Secretaria de Estado da Saúde. (2014). *Gerência de programas estratégicos em saúde: Relatório de atividades desenvolvidas para diagnostico e cadastramento das populações quilombolas do Vale do Guaporé*, Porto velho.
- Santos, V. C., Nagib B, E., Pereira, R., Oliveira S. R., D., Alves V., A. B., Ferraz, A. K., & Oliveira, B. R. N S. (2016). Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(2).
- Santos, A. G. & Almeida, M. G. (2012). *Entre Mundos: as espacialidades nas e das comunidades ribeirinhas do Vale do Guaporé* (Rondônia – BR).
- Sawaia, B. B. (2014). Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In R. H. F., CAMPOS (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia* (pp. 29-43). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis*, 17(1), 29-41.
- Silva, S. S. C., Pontes, F. A. R., Santos, T. M., Maluschke, J. B., Mendes, L. S. A., Reis, D. C., & Silva, S. D. B. (2010). Rotinas Familiares de Ribeirinhos Amazônicos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(2), 341-350.
- Silva, A. G. S. (2012). Vale do Guaporé: território das espacialidades das culturas desviantes. *Revista Labirinto*, 16, 132-149.
- Silva, J. A. N. (2007). Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde Soc.* 16(2), 111-124.
- Silva, O. S. (2010). Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. *Rev. Identidade*, 15(1), 51-64.

- Silva, M. V. O. (2009). Psicologia, subjetividade e relações raciais no Brasil. In Bock, A. M. B. *Psicologia e o compromisso social*. (pp. 93-110). São Paulo: Cortez.
- Silva Filho, J. B. (2012). *Quilombolas: resistência, história e cultura*. São Paulo: IBEP.
- Silva, D. O., Guerrero, A. F. H., Guerrero, C. H., & Toledo, L. M. D. (2008). A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev. nutr*, 21(supl), 83-87.
- Spink, M. J.; Frezza, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações metodológicas*. (pp. 17-40.). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. P., Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações metodológicas*. (pp. 41-62). São Paulo: Cortez.
- Stockinger, R. C. (2007). *Reforma psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Teixeira, M. A. D. (2004). *Campesinato negro de Santo Antônio do Guaporé: identidade e sustentabilidade*. (Tese de Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido – PDTU, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Teixeira, M. A. D. (2006). *Quilombolas de Santo Antônio do Guaporé: conflitos nas relações socioambientais em área de reserva ecológica*. Porto Velho, Workpaper/UNIR.
- Teixeira, R. S., & Pinto, A. S. (2013). Metáforas na fala de remanescentes de quilombos do Vale do Guaporé: um estudo Semântico-Lexical. *Revista de Estudos de Literatura, Cultura e Alteridade-Igarapé*, 2(1), 137-162.
- Teixeira, M. A. D., Fonseca, D. R., & Casseb, A. (2009). Remanescentes de quilombo de Santo Antônio do Guaporé: identidade e territorialidade adversas. In A. W. B. Almeida (Ed.). *Conflitos sociais no “Complexo Madeira”*. (pp 125-148). Manaus: UEA Edições.

- Varejão, V., Cambuy, A., Silveira, E., & Ceusnei, S. (2006). Fortalecimento da identidade e da autonomia da comunidade: um enfoque na saúde. *Seminário do projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*, 6.
- Vieira Filho, N. G., & Nóbrega, S. D. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 373-379.
- Wetherell, M. Potter, J. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. In A. Gordo, & J. L. Linaza (Eds.). *Psicologías, discursos y poder* (PDP) (pp. 63-78). Madrid: Visor.
- Wetherell, M., & Potter, J. (1992). *Mapping the Language of Racism: Discourse and the Legitimation of Exploitation*. Hemel Hempstead: Harvester/Wheatsheaf and New York: Columbia University Press.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Produção de sentidos e práticas de cuidados em saúde mental em Comunidades Remanescentes Quilombolas do Vale do Guaporé – RO”, que tem por objetivo compreender os sentidos produzidos no cotidiano das comunidades de remanescentes quilombolas do vale do Guaporé – RO, relacionados à saúde/doença mental e conhecer as práticas de cuidados em saúde mental realizadas pela comunidade com membros que apresentam algum tipo de sintomas ou diagnóstico de doença mental. Acreditamos esse estudo possibilitará novos olhares e conhecimentos sobre a realidade das populações quilombolas da região no que tange a saúde mental e, assim, contribuir para a implementação de políticas públicas mais adequadas à sua realidade.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo será da seguinte forma: você responderá algumas perguntas sobre saúde mental aqui na comunidade, com duração aproximada de 40 minutos. A entrevista será registrada em um gravador digital.

RISCOS

Os riscos serão mínimos. É possível que aconteçam desconfortos durante a entrevista como: cansaço durante as respostas das perguntas e mobilização emocional pelo conteúdo questionado. E caso você sinta necessidade, o pesquisador lhe acompanhará ao serviço de atendimento à saúde do município de São Francisco. Nesta atividade não haverá riscos.

BENEFÍCIOS

O benefício será a contribuição em um estudo científico que objetiva melhorar o atendimento em saúde mental oferecido para as comunidades de remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé.

SIGILO E PRIVACIDADE

Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa lhe identificar serão mantidos em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento não havendo necessidade de se justificar, e, sem prejudicar o atendimento que você recebe no serviço de saúde.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos.

CONTATO

Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas com a pesquisadora responsável Kátia Bones Rocha da PUCRS pelo telefone (51) 33537735.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) localizado na Av. Ipiranga, 6681, Prédio 50, Sala 703 CEP: 90619-900 - Bairro Partenon - Porto Alegre – RS, também estará disponível pelo telefone (51) 3320-3345 ou e-mail: cep@puccrs.br, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e das 13:30 à 17:00.

DECLARAÇÃO

Eu,..... (nome do participante) declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. E autorizo minha participação no estudo, bem como o contato posterior por emailou telefone para o número, para realização de algumas perguntas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pela pesquisadora responsável do estudo.

Por fim, fui orientado a respeito do que foi mencionado neste termo e compreendo a natureza e o objetivo do estudo e manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Porto Alegre, _____ de _____.

Assinatura do participante de pesquisa

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Carta de Apresentação

Carta de Apresentação

À

Comissão Científica da Escola de Humanidades
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Porto Alegre, _____de _____de 20____.

Prezados Senhores

Vimos por meio desta apresentar, para apreciação, o Projeto de Pesquisa “Produção de sentidos e práticas de cuidados em saúde mental em Comunidades Remanescentes Quilombolas do Vale do Guaporé – RO”. Este estudo será realizado por Eraldo Carlos Batista, com o conhecimento do sua orientadora, Katia Bones Rocha

No aguardo dos respectivos pareceres, subscrevemo-nos.

Atenciosamente

Eraldo Carlos Batista
(Pós-Graduação)

Katia Bones Rocha
Responsável

APÊNDICE C – Carta de Autorização

Carta de Autorização

À
Comissão Científica da Escola de Humanidades
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

Porto Alegre, 17 de maio de 2017.

Prezados Senhores

Eu, _____, Secretário municipal de saúde do município de São Francisco, conheço o Projeto de Pesquisa “Produção de sentidos e práticas de cuidados em saúde mental em Comunidades Remanescentes Quilombolas do Vale do Guaporé – RO” do(s) Pesquisador(a/es/as) Profa. Dra. Kátia Bones Rocha e Eraldo Carlos Batista e autorizo a coleta de dados nessa Instituição, após aprovação do referido projeto pelo(s) órgão(s) competentes (Comitê de Ética em Pesquisa, Comissões Científicas...).

Atenciosamente,

Assinatura

Nome por extenso:

RG e CPF:

Telefone e e-mail:

(Carimbo se aplicável)

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista com membros da Comunidade

Roteiro de entrevista com membros da Comunidade**I Dados de Identificação**

Nome:

Idade:

Sexo:

Comunidade:

Escolaridade:

Analfabeta ()

Ensino fundamental () Completo () Incompleto

Ensino superior () Completo () Incompleto

Raça/etnia:

2. Estado Civil:

() Solteiro(a)

() Casado(a)

() Viúvo(a)

() Divorciado(a)

() União Consensual

3. Cor:_____

II Roteiro de Entrevista**1) Conhecimento sobre doença/saúde mental**

- a) O que vem à sua cabeça quando eu falo saúde mental? E doença mental?
- b) Qual(is) informação que o Sr(a) tem sobre doença mental?
- c) É possível reconhecer uma pessoa com sintomas de doença mental? Se sim, o que vocês acham que causa a doença mental?
- d) Quais as estratégias que a comunidade utiliza para ajudar as pessoas com doença mental?

2) Serviços de atenção psicossocial

- a) Quando as pessoas da comunidade não recebem atendimentos em saúde mental em Unidades de Saúde, elas recorrem aos cuidados e práticas tradicionais ou saberes populares da própria comunidade? Quais?
- b) Quais estratégias utilizadas na comunidade?
- c) O que você acha de receber assistência em saúde mental aqui mesmo dentro da Comunidade?
- d) Explique: o que você acha da atenção à saúde mental prestado pela equipe
- e) Você sabe quais são os direitos das comunidades quilombolas para que seja garantida a assistência à saúde mental?

3) Práticas religiosas

- a) A comunidade utiliza de alguma prática religiosa no tratamento da doença mental? Se sim, cite alguns exemplos.

Na sua opinião em que medida as práticas religiosas contribuem ou não com o tratamento em saúde mental.

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista com o profissional de saúde

Roteiro de entrevista com o profissional de saúde

I Dados de Identificação

Nome:

Idade: Sexo:

Raça/cor:

Profissão

Comunidade que atende:

II Roteiro de Entrevista

1) Atuação profissional

- a) Quanto tempo de atuação como profissional de saúde?
- b) Há quanto tempo você presta atendimento à comunidade quilombola?
- c) Quais as diferenças percebidas no atendimento às comunidades quilombolas?
- d) Quais são os fatores que dificultam a condução do atendimento em saúde mental nas comunidades quilombolas e como você lida com eles?
- e) Quais são os fatores facilitadores no atendimento em saúde mental nas comunidades quilombolas que você atende?
- f) Descreva as atividades que você desenvolve junto aos quilombolas usuários do serviço de saúde mental

2) Conhecimento sobre saúde/doença mental

- a) Como você define doença mental?
- b) Qual(is) a(s) fonte(s) de informação que o(a) Sr(a) tem (ou teve) sobre a doença mental?
- c) O(a) Sr.(a) já participou de alguma atividade de formação sobre saúde mental? Quantas? Quem promoveu? Onde? Como?

- d) Já foi realizada alguma atividade promovida pela secretaria de saúde do município sobre saúde mental nas comunidades quilombolas? Alguma outra instituição já realizou? Qual? Como a comunidade recebeu a atividade?
- e) Dê exemplos de como as atividades de formação contribuíram para a sua atuação na comunidade quilombola.

3) Identificação de doença mental na comunidade

- a) Há registro na comunidade de algum tipo de doença mental?
- b) Já ouviu comentários na comunidade sobre algum caso? Houve algum encaminhamento?
- c) O(a) Sr.(a) acha que a comunidade tem dificuldade em discutir sobre esse tema? Por quê?
- d) O(a) Sr.(a) acha que é possível reconhecer uma pessoa em sofrimento mental através do seu comportamento?
- e) É de seu conhecimento a utilização de práticas religiosas no tratamento da doença mental pelos membros da comunidade? Se sim, cite alguns exemplos.
- f) Na sua opinião em que medida as práticas religiosas contribuem ou não com o tratamento em saúde mental.

4) Políticas públicas e saúde mental

- g) O(a) Sr(a) conhece a portaria nº 992/2009 do Ministério da Saúde que institui a política nacional de saúde da população negra? Como teve acesso a ela?
- h) Há outros serviços públicos de saúde na comunidade? Qual(is)?
- i) Quais as particularidades que você identificou na atenção às comunidades quilombolas?
- j) O que o Sr(a) acha que poderia fazer para que a comunidade tivesse acesso à prevenção à doença mental?
- k) O que o Sr(a) acha que a secretaria deveria fazer para que o serviço público de atenção à saúde mental se tornasse mais efetivo nas comunidades?

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRODUÇÃO DE SENTIDOS E PRÁTICAS DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL EM COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DO VALE DO GUAPORÉ - RO

Pesquisador: Kátia Bones Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79939417.7.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Financiamento Próprio

Patrocinador Principal:

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.410.908

Apresentação do Projeto:

Sob as condições históricas, a vida das Comunidades Remanescentes Quilombolas do Vale do Guaporé no Estado de Rondônia, assim como a de outras comunidades de quilombos do Brasil, sofre com o forte impacto da desigualdade social. O objetivo deste projeto será compreender os sentidos produzidos no cotidiano em comunidades de remanescentes quilombolas do vale do Guaporé – RO, relacionados à saúde/doença mental. Além disso, investigar as práticas de cuidados em saúde mental realizadas nas comunidades com membros que apresentam algum tipo de sintomas ou diagnóstico de doença mental pela própria comunidade e também pela equipe de saúde que presta atendimento às comunidades quilombolas. A pesquisa será realizada por meio de uma abordagem qualitativa e os instrumentos de coleta de dados serão: entrevista semiestruturada, diário de campo e observação sistemática. Participarão do estudo 25

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

sujeitos, sendo estes 20 remanescentes quilombolas e cinco profissionais de saúde que fazem atendimento nas comunidades do Vale do Guaporé - RO. A análise das informações coletadas seguirá as orientações da Análise do Discurso influenciada pela Psicologia Discursiva e o Construcionismo Social. Os resultados finais deste estudo constituirão a elaboração de uma Tese de doutoramento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Este estudo propõe compreender os sentidos produzidos no cotidiano em comunidades de remanescentes quilombolas do vale do Guaporé – RO, relacionados à saúde/doença mental. Além disso, a pesquisa tem como objetivo investigar as práticas de cuidados em saúde mental realizadas nas comunidades com membros que apresentam algum tipo de sintomas ou diagnóstico de doença mental pela própria comunidade e também pela equipe de saúde que presta atendimento às comunidades quilombolas.

Objetivos Secundários: Identificar os sentidos produzidos sobre saúde/doença mental por remanescentes quilombolas; Compreender como os remanescentes quilombolas produzem os sentidos sobre suas práticas de cuidado em saúde mental e percebem as atividades recebidas pelos serviços de saúde; Identificar o conhecimento dos remanescentes quilombolas sobre o acesso e a assistência à saúde mental como princípio do SUS; Conhecer o tipo de assistência em saúde mental que as comunidades estão recebendo da Rede de Atenção Básica do município de São Francisco; Conhecer como se configuram as redes de cuidado em saúde mental que dão cobertura ao território das comunidades quilombolas pela equipe de Atenção Básica de Saúde do município e como esse cuidado é oferecido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: serão mínimos. É possível que aconteçam desconfortos durante a entrevista como: cansaço durante as respostas das perguntas e mobilização emocional pelo conteúdo questionado. Caso o participante sinta necessidade, o pesquisador lhe acompanhará ao serviço de atendimento à saúde do município de São Francisco. Nesta atividade não haverá riscos.

Benefícios: O benefício será a contribuição em um estudo científico que objetiva melhorar o atendimento em saúde mental oferecido para as comunidades de remanescentes quilombolas do Vale do Guaporé.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante, com objetivos claros, método adequado e cronograma exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS**



Diante do exposto, o CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Continuação do Parecer: 2.4

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1021703.pdf	07/11/2017 19:27:35		Aceito
Outros	LattesEraldo.pdf	07/11/2017 19:26:39	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	LattesKatia.pdf	07/11/2017 19:26:13	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Cartadeapresentacao.pdf	07/11/2017 19:23:52	Kátia Bones Rocha	Aceito
Folha de Rosto	20171030204303770.pdf	30/10/2017 17:35:17	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	Cartacomissaociencia.pdf	26/10/2017 19:56:24	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	cartadeautorizacao.pdf	26/10/2017 19:54:05	Kátia Bones Rocha	Aceito
Outros	documentounificado.pdf	26/10/2017 19:51:25	Kátia Bones Rocha	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	26/10/2017 19:48:58	Kátia Bones Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	26/10/2017 19:46:57	Kátia Bones Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/10/2017 19:45:47	Kátia Bones Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	26/10/2017 19:42:54	Kátia Bones Rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 01 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Paulo Vinicius Sporleder de Souza (Coordenador)

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria Acadêmica
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: proacad@pucrs.br
Site: www.pucrs.br/proacad