

## NECESSIDADES EM SAÚDE MENTAL DE COMUNIDADES TRADICIONAIS RURAIS<sup>1</sup>

MENTAL HEALTH NEEDS OF TRADITIONAL RURAL COMMUNITIES

NECESIDADES DE SALUD MENTAL DE LAS COMUNIDADES RURALES TRADICIONALES

Magda Diniz Bezerra Dimenstein<sup>2</sup>

Victor Hugo Belarmino Lima<sup>3</sup>

Jáder Ferreira Leite<sup>4</sup>

Saulo Luders Fernandes<sup>5</sup>

Telmo Mota Ronzani<sup>6</sup>

João Paulo Sales Macedo<sup>7</sup>

Brisana Índio do Brasil de Macêdo Silva<sup>8</sup>

Mayara Gomes Fontenele<sup>9</sup>

**RESUMO:** Objetivou-se conhecer as necessidades de saúde mental de comunidades indígenas e quilombolas rurais brasileiras. Trata-se de pesquisa mista que fez uso do SRQ-14, de questionário sociodemográfico e roteiro de entrevista semiestruturado. O percentual TMC encontrado foi de (33,7%), com maior incidência entre as mulheres (43,6%) e nas comunidades indígenas (37,6%). Dentre os principais fatores associados ao sofrimento emergiram as precárias condições de vida e de trabalho no campo, os padrões de gênero, as relações familiares, dificuldade de acesso às equipes e equipamentos de saúde e estressores psicossociais. A comunidade emerge, simultaneamente, como fonte de apoio primário e, contraditoriamente, como lugar de invisibilidade/individualização do sofrimento mental. Quanto aos cuidados ofertados, observa-se pouca adequação e sensibilidade às especificidades territoriais e culturais das comunidades, dando indícios do racismo institucional arraigado nas práticas profissionais e nos modos de organização dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Comunidades Tradicionais. Rural. Necessidades em Saúde. Transtornos Mentais Comuns.

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada com o financiamento do CNPQ – Projeto Universal - CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021 e da FAPEAL – Edital 03/2022 – Apoio a pesquisa Humanidades.

<sup>2</sup>Doutora em Saúde Mental, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

<sup>3</sup>Doutor em Psicologia, Bolsista Pós-doutorado CNPq. FACSU/São Bento.

<sup>4</sup>Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

<sup>5</sup>Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Alagoas.

<sup>6</sup>Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>7</sup>Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

<sup>8</sup>Doutora em Psicologia, Universidade Federal do Ceará.

<sup>9</sup>Mestre em Psicologia, Universidade Federal do Delta do Parnaíba.

**ABSTRACT:** The aim was to find out about the mental health needs of indigenous and rural quilombola communities in Brazil. This is a mixed survey that used the SRQ-14, a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview script. The percentage of CMD found was 33.7%, especially among women (43.6%) and in indigenous communities (37.6%). Among the main factors associated with suffering were precarious living and working conditions in the countryside, gender patterns, family relationships, difficulty in accessing health teams and equipment, and psychosocial stressors. The community emerges simultaneously as a source of primary support and, contradictorily, as a place of invisibility/individualization of mental suffering. As for the care offered, there is little adaptation and sensitivity to the territorial and cultural specificities of the communities, giving evidence of institutional racism ingrained in professional practices and in the ways in which health services are organized.

**Keywords:** Mental Health. Traditional Communities. Rural. Health Needs. Common Mental Disorders.

**RESUMEN:** El objetivo fue conocer las necesidades de salud mental de las comunidades indígenas y rurales quilombolas de Brasil. Se trata de una encuesta mixta que utilizó el SRQ-14, un cuestionario sociodemográfico y un guión de entrevista semiestructurada. El porcentaje de DMC encontrado fue del 33,7%, especialmente entre las mujeres (43,6%) y en las comunidades indígenas (37,6%). Entre los principales factores asociados al padecimiento estaban las precarias condiciones de vida y de trabajo en el campo, los patrones de género, las relaciones familiares, la dificultad de acceso a equipos y material sanitario y los estresores psicosociales. La comunidad emerge simultáneamente como fuente de apoyo primario y, contradictoriamente, como lugar de invisibilidad/individualización del sufrimiento mental. En cuanto a la atención ofrecida, hay poca adaptación y sensibilidad a las especificidades territoriales y culturales de las comunidades, lo que evidencia un racismo institucional arraigado en las prácticas profesionales y en la forma de organizar los servicios de salud.

2

**Palabras clave:** Salud Mental. Comunidades Tradicionales. Rural. Necesidades Sanitarias. Trastornos Mentales Comunes.

## INTRODUÇÃO

As populações tradicionais são constituídas por uma diversidade de grupos étnico-raciais com territórios e modos de vida próprios. De acordo com a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNSPCT) podem ser definidas como grupos culturalmente diferenciados que têm formas próprias de organização social, que ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como parte de sua “reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (Brasil, 2007, p. 1).

Tais populações vivem em comunidades que têm sofrido fortes impactos socioculturais e ambientais em razão do avanço do neoeextrativismo e da presença de grandes investimentos e

empreendimentos em seus territórios a exemplo de usinas hidrelétricas, exploração ilegal de madeiras e minérios, expansão da fronteira agrícola em favor da agricultura industrial, insegurança e violência fundiária, que ameaçam seus modos tradicionais de vida e provocam profundos danos socioambientais (Trindade WMS, et al., 2024). Esta é a situação da maior parte das populações indígenas e quilombolas que vivem em territórios rurais atingidos por amplas disputas territoriais, por profundas desigualdades sociais, mas, especialmente, por racismos que geram discriminações e precarizações nas condições de vida e de saúde mental (Carvalho STA, et al., 2023; Dimenstein M, et al., 2020). Estudos como os de Araújo AGR, et al. (2021) apontam a relação entre violências e violação de direitos em face dos conflitos socioambientais e territoriais e o suicídio de povos indígenas. Amorim DCA, et al. (2022) destacam o aumento da prevalência de transtornos mentais, do alcoolismo, do suicídio e da violência interpessoal.

Associam-se a esses fatores o racismo social, ambiental e institucional definido como processo de discriminação e segregação étnico-racial direcionado a povos e comunidades étnico-raciais que, por esse motivo, são levados a situações de insalubridade, riscos ambientais, contato com resíduos tóxicos e poluentes (Oliveira RM, 2020), impactando diretamente na saúde mental. A pesquisa de Alcantara MLB, et al. (2020) sobre a percepção do suicídio entre jovens indígenas da reserva de Dourados no Mato Grosso do Sul revelou que as/os jovens associam o sofrimento mental às experiências diárias de violências envolvendo seu território e seu povo, vividas como traumas psicossociais. Assim, os processos que geram adoecimento e sofrimento psíquico estão ligados às violências estruturais, ao racismo ambiental e institucional, à discriminação étnico-racial vividos cotidianamente nos territórios de vida (Dimenstein M, et al., 2022; Batista EC e Rocha KB, 2020). Além disso, a literatura tem apontado para a oferta de tratamento desigual em saúde quanto se trata de diferentes grupos populacionais (Rodrigues MP, 2021). A pandemia de covid-19 explicitou as estruturas do racismo estrutural, as desvantagens que atingem da população negra e indígena em nosso país e que as políticas públicas seguem perpetuando tais desigualdades porque não enfrentam interseccionalmente a perspectiva de justiça racial (Gomes DO, et al., 2020).

No campo da saúde mental, apesar do conhecimento acumulado sobre diversas problemáticas que atingem as populações tradicionais, a subnotificação é ainda alarmante em razão da incompletude do registro de raça/cor pelas equipes, pelas barreiras de acesso enfrentadas por estas populações aos serviços de atenção psicossocial, pelas dificuldades de acesso e desenvolvimento de pesquisa nos territórios, especialmente em zonas rurais e remotas

do Brasil (Souza IMD, et al., 2024; Dimenstein M, et al., 2022). Desse modo, a presente pesquisa buscou dar seguimento a um conjunto de investigações em curso que objetivam conhecer as necessidades e demandas de saúde mental de comunidades tradicionais rurais brasileiras, as quais incluem o rastreamento de Transtorno Mental Comum (TMC) (Leite JF, et al., 2023). O foco desta pesquisa recaiu sobre comunidades indígenas e quilombolas de 4 estados brasileiros com o objetivo de identificar se os moradores estão suscetíveis a este sofrimento de caráter situacional, que guarda relação direta com desproteção e vulnerabilidade social e à ocorrência de sintomas como cansaço e fadiga, ansiedade, depressão, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e sintomas psicossomáticos, os quais são comunicados muito frequentemente às equipes responsáveis pelos cuidados primários em saúde. Buscou-se ainda investigar o histórico de tais sintomas, os itinerários percorridos em busca de cuidados, o apoio comunitário e a vivência de racismo institucional na atenção em saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento misto com etapa de natureza quantitativa voltada para identificar o perfil dos/as moradores/as e a prevalência de TMC e outra qualitativa para identificar os sentidos sobre o sofrimento psíquico, as estratégias e recursos de apoio e cuidado em saúde na comunidade. A pesquisa abrangeu 7 comunidades tradicionais rurais, sendo 4 indígenas e 3 quilombolas, de 4 estados brasileiros (Rio Grande do Norte, Piauí, Minas Gerais e Alagoas). Participaram deste estudo 229 famílias e 335 pessoas. Para a caracterização da população participante foi utilizado um Questionário Sociodemográfico-Ambiental desenvolvido pelos autores que consistia em um conjunto de questões sobre as condições socioeconômicas, educativas, culturais, de moradia e de saúde das famílias. Os critérios de inclusão foram: ser morador/a das comunidades, possuir idade superior aos 18 anos e consentir participar da pesquisa.

Para o rastreamento de TMC, considerando as especificidades das populações rurais, utilizou-se a versão adaptada do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-14), escala recomendada pela Organização Mundial da Saúde/OMS para estudos na Atenção Primária em Saúde, mas com populações urbanas (Santos KOB, et al., 2010). Originalmente a escala possui 20 itens que foram reduzidos para 14 mantendo as quatro dimensões originais: humor depressivo/ansioso, sintomas somáticos, pensamentos depressivos e decréscimo de energia vital. O SRQ-14

apresentou evidências de validade e precisão adequadas para sua utilização entre pessoas que vivem em contextos rurais. Adotou-se o ponto de corte 5 como indicativo de TMC.

Com participantes que atingiram ponto de corte ( $\geq 5$ ), para uma melhor compreensão da experiência do sofrimento psíquico, utilizou-se roteiro de entrevista organizado em torno dos seguintes eixos: histórico e relação com a comunidade, iniquidades e itinerários em saúde, satisfação com a atenção recebida e racismo institucional. A interpretação das informações quantitativas foi realizada por meio de uma análise descritiva dos dados: a prevalência de TMC e as características sociodemográficas das famílias e dos indivíduos. Utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 20. Já o tratamento das entrevistas foi feito a partir da modalidade de Análise Temática, procedendo os seguintes passos: familiarização e codificação dos dados, busca e revisão dos temas à luz da literatura especializada, consolidação dos temas e dissertação dos resultados.

Apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicitando dimensões éticas relativas à pesquisa com seres humanos, com destaque para questões ligadas ao anonimato e à integridade de participantes. Solicitou-se, ainda, mediante termo de autorização, a gravação em áudio da etapa de entrevista semiestruturada. Foi reforçado aos participantes o sigilo das informações prestadas e o devido cuidado no manejo pela equipe de pesquisadores. Após concordância e assinatura dos termos, dava-se início à aplicação dos instrumentos.

A presente pesquisa seguiu os parâmetros éticos previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, recebendo parecer favorável à sua realização, número de registro: 36713720.2.1001.5537.

## RESULTADOS

### Caracterização das comunidades e dos/as participantes

A pesquisa contemplou 229 famílias e 335 pessoas, sendo 133 indígenas (39,7%), de quatro comunidades investigadas e 202 quilombolas (60,3%) de três comunidades investigadas. As famílias indicaram residir na comunidade há mais de 6 anos (196 – 85,6%). A maioria delas sobrevive com até um salário-mínimo (156 – 68,1%), desenvolve até duas formas de sustento (166 – 72,5%) e comporta mais de dois moradores por residência (143 – 62,4%). O perfil geral dos/as participantes do estudo indicou: idade média aproximada de 45 anos, maioria de

mulheres (211 – 63%), seguido de homens (124 – 37%); casados (198 – 59,1%), seguido de não casados (137 – 40,9%); escolaridade com até fundamental completo (222 – 66,9%) e acima do fundamental completo (110 – 33,1%); da cor/raça preta ou parda (204 – 61,1%), seguido de indígena (121 – 36,2%) e branca (9 – 2,7%).

Em termos da infraestrutura e aspectos sanitários das habitações, a maioria das casas é de tijolo (196 – 85,6%), não possui acesso à água por rede pública (166 – 72,5%), contudo, utiliza-se algum método de tratamento da água (158 – 69%), há relógio próprio de energia elétrica (187 – 81,7%), fossa séptica (170 – 74,2%) e coleta de lixo (132 – 57,6%). Sobre a atenção à saúde, as famílias são atendidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (190 – 83%). Somente 20,5% (n = 47) recebem atendimento pela Estratégia de Saúde da Família/ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF. Quase metade das famílias é atendida pelas equipes do posto de saúde (118 – 51,5%) e 32,3% (n = 74) recebem atendimento de equipe de hospital/UPA. A maioria das consultas familiares é feita na própria comunidade (160 – 69,9%). Em relação aos tipos de medicamentos consumidos 34,9% (n = 80) fazem uso de algum tipo de psicofármaco. Porém, apenas 16,6% (n = 38) foram a Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 8,3% das respostas (n = 19), indicou-se a internação por problemas psiquiátricos. Na dimensão da assistência social, 76,9% (n = 176) estão cadastradas no CadÚnico; 55% (n = 126) recebem o Bolsa Família; apenas 1,3% (n = 3) participam do Projovem e 2,2% (n = 5) participam do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil/PETI.

### **Prevalência de TMC**

O indicativo geral de TMC entre os/as participantes foi de 33,7% (n = 113). As mulheres se destacaram mais (92 – 43,6%) do que os homens (21 – 16,9%). A população indígena apresentou maior indicativo (50 – 37,6%) do que a quilombola (63 – 31,2%). Também houve maior presença de TMC em pessoas com escolaridade acima do ensino fundamental (42 – 38,2%) do que pessoas com escolaridade abaixo do ensino fundamental (69 – 31,1%). Os percentuais foram maiores entre: os não casados (51 – 37,2%) em comparação aos casados (62 – 31,3%); da cor/raça indígena (45 – 37,2%), seguido de pretos e pardos (67 – 32,8%) e residentes do estado de Alagoas (33 – 55%). Do total de participantes que atingiram o ponto de corte (113) foram realizadas entrevistas com 89 pessoas.

## Histórico de sofrimento, iniquidades e relação com a comunidade

A maioria das pessoas entrevistadas concorda com o indicativo de que está em situação de sofrimento mental. Para os homens, há associação ao adoecimento físico/sintomas somáticos (perda de sono, confusão mental, dores no corpo, perda de peso, pensamento lento) com a ocorrência de problemas referentes ao contexto social (conflitos/discussões, isolamento, preocupações do trabalho/desemprego). O sofrimento das mulheres, por sua vez, esteve referenciado ao âmbito das relações familiares e comunitárias, sobretudo, às tarefas de cuidado que desempenham cotidianamente.

O atravessamento de gênero marca de forma definitiva o histórico de TMC: para os homens, o gatilho para o sofrimento teve relação com adoecimento físico, consumo de álcool, trabalho, morte de parentes/conhecidos, término de relacionamento – o que gerou/agravou sintomas como depressão, solidão/isolamento, privação de sono, sentimento de desvalorização. Já para as mulheres, os disparadores estiveram associados às questões familiares (acidente, adoecimento, morte, conflitos, sobrecarga de trabalho, altas expectativas familiares, exploração/violência conjugal), bem como às condições gerais de vida (desemprego, dívidas/problemas financeiros), à autoestima (ganho de peso, dieta, envelhecimento) e problemas relacionais (traição, separação).

Quanto à percepção de diferenças de gênero na vivência do sofrimento psíquico, para a maior parte dos homens não há. Alguns apontam que os homens têm mais preocupações, embora as mulheres demonstrem mais e que elas são mais sobrecarregadas de trabalho. Já as mulheres, em sua maioria, acreditam que há diferenças e as localizam nas assimetrias, hierarquias de gênero e subalternização, bem como na maior facilidade das mulheres em demonstrar tal sofrimento e de buscar ajuda.

Sobre a vivência de sofrimento psíquico por outros membros da comunidade, os homens consideram preocupante e atribuem às condições precárias de vida no campo. As mulheres, por sua vez, ainda que reconheçam o caráter não individualizado da problemática e das possibilidades de enfrentamento, acreditam que não há espaço em suas comunidades para tratar do tema abertamente. Revelam, ainda, a carência de atendimento especializado em saúde mental onde vivem. De modo geral, para homens e mulheres, o apoio social é escasso na comunidade, são mais frequentes os conflitos comunitários, preconceitos, julgamentos, incompreensão, desconhecimento, fatalismo e descaso. Uma parcela menor acredita que a comunidade oferece

algum grau de apoio por meio de conversas, conselhos, compreensão e união – especialmente em situações de adoecimento físico.

Especificamente sobre sua situação atual, a maioria considera que a comunidade sabe do problema enfrentado, contudo, age de forma a responsabilizar os próprios sujeitos pelo sofrimento. Nesse sentido, não incentivar, não procurar conhecer as necessidades das pessoas em sofrimento e permanecer indiferentes à situação foram pontos destacados nas entrevistas. Grande parte dos/as entrevistados/as prefere compartilhar seus problemas somente com o próprio núcleo familiar ou com determinadas pessoas de referência na comunidade (a exemplo do pajé). Outros acreditam que a comunidade se importa e cuida, seja na forma de conversa, conselhos, ajuda material e espiritual, mantendo contato frequente e demonstrando preocupação.

Os entrevistados não consideram existir relação entre os problemas de saúde mental vivenciados e o fato de viverem na comunidade. Consideram prazeroso morar e pertencer ao território a despeito dos múltiplos desafios enfrentados no cotidiano, gostam da sensação de sossego, dos laços de apoio e de convivência. Atribuem o sofrimento psíquico a fatores de ordem individual. Os que consideram haver relação com morar/pertencer à comunidade, atribuem tal resposta à dificuldade de acesso aos cuidados em saúde, à discriminação racial, à falta de oportunidades, à medicalização do sofrimento psíquico e à desvalorização causada pela própria família (expectativas das funções domésticas à mulher).

### **Itinerários em saúde mental**

Grande parte dos/as moradores/as já buscou algum tipo de ajuda para lidar com o sofrimento mental. Utilizou diversas estratégias, muitas vezes em combinação de recursos formais e informais de apoio/cuidado. Os mais referenciados foram a procura por atendimento médico, seguido do acompanhamento do/a psicólogo/a e do uso de medicamentos. Já o apoio informal se deu por intermédio familiar, pela fé/religião, distração do trabalho e interação com outras pessoas da comunidade. Esgotadas as opções disponíveis na própria comunidade, iniciam o itinerário terapêutico a partir da Unidade Básica de Saúde/UBS de referência, onde recebem encaminhamento para o atendimento especializado (CAPS, hospital geral). Em alguns casos, seguem para o profissional de psicologia, considerado o último recurso a ser procurado. Muitos não seguem as recomendações/encaminhamentos propostos. Barreiras como alta demanda, falta de profissionais, dificuldades de acesso/mobilidade, insatisfação com o atendimento

recebido e baixa resolutividade mostram-se persistentes e inviabilizam a continuidade do cuidado, conforme entrevistados.

A maior parte não tem histórico de internação, seja em hospital geral, seja em hospital psiquiátrico. Contudo, é muito frequente o uso de medicação psicotrópica como forma de tratamento, tal como apontado anteriormente. Foi referido o uso de antidepressivos e ansiolíticos. Algumas pessoas expressam preocupações quanto ao uso prolongado de tais medicamentos temendo a dependência ou o retorno dos sintomas após a interrupção do tratamento. Mencionam o uso de medicamentos para outras condições de saúde, como hipertensão e insônia, destacando a intersecção entre a saúde mental e física.

As experiências dos entrevistados nos serviços de saúde abrangem a busca de auxílio psicológico, triagem, receita de medicação, exames clínico-laboratoriais, encaminhamentos e atendimentos de retorno. O retorno ao médico objetiva quase sempre renovar a receita sem uma reavaliação do caso. A falta de acompanhamento do caso se associa aos relatos de interrupção do tratamento por conta própria, motivada pela sensação de melhora dos sintomas ou pelo receio de dependência aos medicamentos. Já em relação ao atendimento psicológico, ainda que gere bem-estar no primeiro acolhimento, não produz resolutividade do problema, o que leva à interrupção dos atendimentos. Para além dos cuidados fornecidos na rede de saúde, também foram referidas alternativas naturais como chás, remédios caseiros e práticas religiosas – como a reza e o banho de ervas.

### **Satisfação com a atenção recebida e racismo institucional**

A maioria sente-se satisfeita com o atendimento recebido nos serviços de saúde, uma vez que os profissionais foram empáticos, escutaram pacientemente, orientaram e acolheram esses sujeitos de forma atenciosa e ágil. Aqueles que consideraram o atendimento não satisfatório, indicaram a demora nas marcações das consultas e no atendimento, bem como a dificuldade em conseguir realizar os exames clínico-laboratoriais. Também foi referida a falta de acesso a recursos e equipamentos importantes na comunidade como ambulância e o próprio posto de saúde, carências entendidas como resultados do desinteresse da gestão/secretaria municipal de saúde.

Sobre o acompanhamento pelas equipes de saúde da atenção primária, observou-se a fragilidade de atenção e de cuidados continuados, bem como a insuficiência de visitas domiciliares e de busca ativa no território. Além das visitas domiciliares acontecerem em

situações muito específicas, os moradores enfrentam muitas dificuldades de acesso e insuficiência no número de vagas de atendimento na UBS. A maioria considera que as equipes de saúde não enfrentam dificuldades para compreender e cuidar das pessoas da comunidade. Contudo, identificaram problemas relativos à sobrecarga de trabalho pelos ACS devido ao grande número de pessoas e de situações que precisam fornecer cobertura, ao desconhecimento e ao desrespeito da singularidade e da falta de prioridade dos povos tradicionais nos atendimentos, à medicalização do sofrimento mental e ao estigma social da loucura.

A despeito da maior parte dos entrevistados relatar nunca haver sofrido quaisquer situações explícitas de racismo ou discriminação étnico-racial nos serviços de saúde, foram narrados episódios em que foram vítimas de descaso e mau tratamento por serem identificados como da cor/raça preta e/ou indígena, tanto na APS, quanto nos hospitais. Também foi referida a omissão da raça/etnia nas fichas de atendimento, justificada como sendo uma informação de pouca importância para a continuidade dos cuidados. Nestas situações em que sofreram discriminação e preconceito, ainda que sentissem revolta e insatisfação, “acostumam-se” com as violências sofridas. Mas, para além do silenciamento e conformação, buscam por cuidado em outro serviço de saúde e com outros profissionais de referência, participam e denunciam as situações vividas em conferências e eventos em saúde na perspectiva da luta por direitos.

10

Para a maior parte dos entrevistados, os problemas de saúde mental não guardam relação com situações de discriminação e racismo. Somente poucos moradores assinalaram que tais vivências levam a pessoas a se sentirem inseguros e ficarem mais suscetíveis ao sofrimento mental, com baixa autoestima. Identificam igualmente que tais vivências podem estar relacionadas às dificuldades de acesso, ao tratamento desigual em saúde, à maior vulnerabilidade e à pobreza.

## DISCUSSÃO

De acordo com Cecílio LCO (2001, p. 120), construir uma “integralidade focalizada”, tomando as singulares necessidades de saúde dos grupos e pessoas como centro das intervenções e práticas das equipes, torna-se o desafio cotidiano da busca da equidade na atenção à saúde. Porém, quando se trata de desenvolver intervenções voltadas aos problemas e necessidades de saúde de populações tradicionais que vivem em áreas rurais e remotas, observa-se um desconhecimento recorrente de seus modos de vida e de suas especificidades socioculturais, laborais, ambientais e de saúde.

Pontes AGV, et al. (2022, p. 11) alertam para a invisibilidade acerca das especificidades de saúde das populações tradicionais “que continuam a receber uma atenção à saúde pautada em normativas gerais para a população brasileira, habitualmente estruturadas segundo o mesmo referencial que as populações urbanas, o que culmina na desvalorização de seus modos de vida e redução da qualidade dos cuidados oferecidos em razão do inadequado manejo das necessidades de saúde”.

Neste sentido, os resultados desta investigação descortinam elementos de variadas grandezas relativos às condições de vida, de moradia e de pertencimento ao território, às formas de trabalho e dinâmicas familiares, aos padrões culturais e de sociabilidade, às redes comunitárias e de apoio social, às formas de acesso e barreiras aos serviços de saúde, como aspectos intimamente ligados com a não satisfação das necessidades de atenção à saúde e às demandas de saúde mental das populações tradicionais (Garbois JA, et al., 2017).

De acordo com Muller MR, et al. (2023), a capacidade de reconhecimento da diversidade sociocultural dos grupos populacionais é um dos atributos mais importantes nas práticas de saúde. Para os autores, “a diversidade molda o processo de busca de cuidado. Embora todas as pessoas compartilhem necessidades básicas, existem grandes diferenças em como as pessoas lidam com essas necessidades. É fundamental não só reconhecer os diferentes padrões de busca por assistência, mas também os modos de comunicar, definir e avaliar a saúde e as redes de apoio” (p. 3).

Além disso, de acordo com relatório recente da OPAS (2024) sobre o panorama da situação de saúde da região das Américas, é preciso considerar as desigualdades em termos de necessidades insatisfeitas de atenção à saúde quanto à cobertura de serviços e às barreiras organizacionais, fatores intimamente associados ao processo de busca de atenção. Levar isso em consideração é parte fundamental do planejamento de uma atenção singular e focalizada nas necessidades (satisfeitas/insatisfeitas) específicas de moradores de comunidades tradicionais rurais.

A despeito das limitações do escopo da presente pesquisa em termos nacionais, foi possível acessar um considerável número de famílias indígenas e quilombolas e conhecer realidades que atestam a interdependência entre condições socioeconômicas, características dos territórios, padrões culturais, histórias de vida dos indivíduos, estressores psicossociais e os agravos em saúde mental. Confirma-se que as iniquidades, isto é, as desvantagens e vulnerabilidades decorrentes das desigualdades e do racismo estruturais que atingem as

populações tradicionais se traduzem nos piores indicadores sociais e de saúde existentes entre as pessoas negras e indígenas no Brasil (Rodrigues MP, 2021).

Nas comunidades estudadas, observa-se tais iniquidades sociais e raciais no baixo nível de escolaridade e de renda, na forte dependência de programas sociais, na fragilidade da infraestrutura e condições sanitárias das habitações, assim como na desigualdade em termos de oferta e acesso aos cuidados em saúde para estas comunidades rurais.

O cenário de problemas em saúde mental encontrados nas comunidades aponta para um indicativo geral de TMC de 33,7% que é similar aos resultados encontrados em outros estudos realizados com populações tradicionais rurais, mostrando que se trata de um quadro recorrente entre estas populações. Ademais, revela como as desigualdades étnico-raciais e de gênero são marcadores sociais que estão associados à experiência de sofrimento mental em comunidades quilombolas e indígenas em âmbito nacional (Macedo JP, et al., 2018), isto é, que existe uma relação entre o pertencimento étnico-racial e as vulnerabilidades em saúde mental nesses territórios, com aumento de chance da presença bem mais alta de TMC entre as mulheres (Dimenstein M, et al., 2020; Oliveira RM, 2020) e entre pessoas pretas e pardas (Mussi R, et al., 2019).

Embora as pesquisas utilizando a escala SRQ entre as populações indígenas sejam menos numerosas no país, nesta investigação destaca-se como grupo social com índices elevados de TMC, o que reforça as conclusões sobre a deterioração da saúde da população indígena brasileira (Alves FTA, et al., 2021). Outro ponto de destaque neste estudo, a ser aprofundado oportunamente, diz respeito à realidade do Estado de Alagoas, cujas comunidades apresentaram os piores indicadores de TMC, dentre as comunidades tradicionais rurais pesquisadas.

A análise das entrevistas possibilitou a compreensão do surgimento dos problemas de saúde mental a partir dos marcadores sociais de gênero, classe e raça-etnia e da relação com a comunidade na perspectiva do apoio social. De acordo com Silva ARP, et al. (2024, p. 234), “o sofrimento psíquico é uma consequência de papéis e atribuições sociais, incluindo as relações de gênero e raça”. Dessa maneira, a associação entre sofrimento psíquico e os tradicionais lugares de gênero em contextos rurais ficou bastante evidenciada nos relatos. Neste sentido, homens e mulheres atribuem sentidos e causalidades distintas à experiência de sofrimento, os quais refletem os diferentes lugares sociais ocupados e as hierarquias de gênero que constituem a base das relações familiares no mundo rural.

Enquanto para os homens o sofrimento psíquico está associado aos padrões hegemônicos de masculinidades, à perda da virilidade laborativa, à sobrecarga do trabalho agrícola, à precariedade das condições de trabalho, a perda da vitalidade física e o surgimento de doenças crônicas (Miranda SVC, et al., 2021), estudos como os de Carvalho STA, et al. (2023) e Silva ARP, et al. (2024) reiteram que as hierarquias de gênero, que oprimem e subjagam historicamente as mulheres aos homens, têm implicações diretas em sua saúde mental. As mulheres rurais se veem em um emaranhado de responsabilidades a serem cumpridas cotidianamente em relação à família, ao casamento, ao trabalho no campo e à comunidade, expectativas definidas por um sistema patriarcal extremamente opressor, que constituem fatores decisivos na alta prevalência encontrada entre elas de sintomatologia depressiva, ansiedade, de tentativa de suicídio, de comportamentos auto lesivos, condição agravada pelas amplas vulnerabilidades psicossociais e ausência de retaguarda assistencial e até de apoio comunitário que marcam os territórios rurais e comunidades tradicionais na atualidade (Oliveira RB e Mazzei VSR, 2023).

Estes constituem alguns dos muitos e complexos fatores que compõem a “cesta de necessidades de saúde” trazidas pelas pessoas entrevistadas (Cecílio LCO, 2001, p. 120). São situações que requerem muita atenção, sensibilidade e competência das equipes para captar e entender seu efeito nos processos de saúde-doença e para gerar “maior possibilidade de integralidade no “micro” (Cecílio LCO, 2001, p. 124), ou seja, para articular as diversas camadas de determinação do sofrimento psíquico, traduzindo-as em cuidados individualizados a partir de uma ótica interseccional.

Quanto aos itinerários em saúde mental e satisfação com a atenção recebida, os relatos demonstram que nos 4 estados pesquisados a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas ainda não tem conseguido alcançar a contento todos os municípios brasileiros, especialmente, os localizados em áreas remotas e rurais, reforçando desigualdades de gênero e raciais no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil (Cobo B, et al., 2021). Em relação ao acesso aos serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS, as principais dificuldades apontadas se aproximam da realidade encontrada no estudo de Pastório IT (2020): custo do transporte, horários de ida e de retorno e distância para chegar ao serviço. A população do meio rural enfrenta inúmeros entraves para acessar os serviços especializados, uma vez que estão localizados nos centros urbanos, além dos já conhecidos problemas de insuficiência de

serviços e de recursos humanos qualificados, bem como na organização e articulação da RAPS (Gomes RF, et al., 2024).

Ademais, os resultados do estudo apontam que o foco no trabalho comunitário, territorial e intersetorial preconizado na proposta de Atenção Psicossocial não tem sido devidamente operacionalizado no cotidiano das equipes, logo, que os moradores das comunidades tradicionais pesquisadas não observam nem o trabalho de detecção precoce, de rastreamento e de prevenção/promoção em saúde mental no seu dia-a-dia, nem o delineamento de linhas de cuidado culturalmente sensíveis, ancoradas nas especificidades culturais, seja das populações indígenas, seja das quilombolas (Muller MR, et al., 2023; Dimenstein M, et al., 2022). Isso se expressa em um conjunto de aspectos revelados pelos/as entrevistados/as tais como a percepção de falta de acolhimento nos serviços e de resolutividade dos problemas de saúde mental que reverberam na não adesão às propostas terapêuticas, na interrupção brusca dos tratamentos, na falta de vínculos com equipes e serviços, na busca de renovação de receitas sem continuidade de cuidados.

Estes e outros problemas dão pistas claras de que há um descompasso entre as demandas de saúde mental dos moradores de comunidades tradicionais rurais e a oferta de cuidados, denunciam o silenciamento epistêmico produzido em relação aos saberes das populações tradicionais sobre suas concepções de saúde, doença e cura; indicam que as narrativas interpretativas ofertadas nos serviços pelas equipes para os problemas de saúde mental baseiam-se em lógicas científicas distintas dos saberes tradicionais; e que é preciso “revisitar os fundamentos de nossa reforma psiquiátrica à luz dos movimentos antirracistas e em perspectivas interseccionais” (Romanini M, et al., 2024, p. 22) para que seja possível uma aproximação às necessidades em saúde mental de forma culturalmente competente.

Não por acaso, a despeito dos entrevistados não terem apontado explicitamente, a presença de violência racial institucionalizada ficou evidenciada na pesquisa. Assim como em pesquisa anterior, situações de preconceito ou de dificuldade no acesso aos serviços de saúde vividas pelos moradores foram atribuídas à pobreza material ou a outros estereótipos sociais (Gomes RF, et al, 2024; Dimenstein M, et al., 2020). Contudo, o racismo institucional se expressa de forma muito ampla, indo desde lacunas de acesso aos serviços, passando pela subnotificação dos casos e a não identificação nas fichas de saúde dos critérios raça/cor etc. O que torna invisível as situações de sofrimento vividas por estas populações, dificultando as possibilidades de avaliação e implementação das políticas públicas de saúde mental nos

territórios e as desigualdades na oferta de serviços e de recursos humanos, bem como as diferenças na qualidade da atenção com base na raça/etnia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa reforçam que as desigualdades étnico-raciais e de gênero em territórios quilombolas e indígenas impactam negativamente na saúde mental dos moradores. Condições de vida desfavoráveis, dificuldades de acesso à rede socioassistencial, barreiras organizacionais e racismo configuram-se como fatores associados às experiências de sofrimento psíquico e compõem a cesta de necessidades e demandas de saúde mental. Recomenda-se para pesquisas futuras, explorar tanto as expressões de racismo nos serviços socioassistenciais, bem como as possibilidades de abordagem da saúde mental em sua interface com a APS que poderão auxiliar, seja na formação de profissionais, seja na elaboração de políticas públicas para minimizar o conjunto das históricas iniquidades em saúde que atingem a vida de povos indígenas e quilombolas no Brasil.

## FINANCIAMENTO

Pesquisa realizada com o financiamento do CNPQ – Projeto Universal - 15  
CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021 e da FAPEAL – Edital 03/2022 – Apoio a pesquisa  
Humanidades.

## REFERÊNCIAS

ALCANTARA MLB, et al. A percepção do suicídio como inseparável das outras formas de violência segundo os/as jovens indígenas: Um estudo de caso da Reserva Indígena de Dourados. *Revista Médica de São Paulo*, 2020; 99(3): 305-318.

ALVES FTA, et al. Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. *Saúde em Debate*, 2021; 45(130): 691-706.

AMORIM DCA, et al. Saúde mental indígena e o uso abusivo de álcool e drogas. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 2022; 14(2).

ARAÚJO AGR, et al. Suicídio indígena, saúde mental e psicologia: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Científica da UMC*, 2021; 6(2).

BATISTA EC, ROCHA KB. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: Uma revisão sistemática da literatura. *Interações*, 2020; 21(1): 35-50.

BRASIL. Decreto n.º 6.040, 2007.

CARVALHO STA, et al. Saúde mental de mulheres rurais no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura. *Boletim de Conjuntura (BOCA)*, 2023; 15(45): 615-631.

CECILIO LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 2001; 113-126.

COBO B, et al. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(9): 4021-4032.

DIMENSTEIN M, et al. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazônica-Revista de Antropologia*, 2020; 12(1): 205-229.

DIMENSTEIN M, et al. Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: Marcadores sociais em análise. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 2022; 25(1): 162-186.

GARBOIS JA, et al. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 2017; 41(112): 63-76.

GOMES DO, et al. Justiça racial e direitos humanos dos povos e comunidades tradicionais. *Revista Katálysis*, 2020; 23(2): 317-326.

GOMES RF, et al. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024; 29(3): e01602023.

LEITE JF, et al. Psicologia e contextos rurais: Diálogos psicossociais a partir da América Latina. Curitiba: Editora CRV; 2023.

MACEDO JP, et al. Ideação suicida em assentamentos rurais no Piauí. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 2018; 12(3).

MIRANDA SVC, et al. Singularidades do trabalho rural: Masculinidades e procura por serviços de saúde em um território norte mineiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2021; 31(2): e310217.

MÜLLER MR, et al. Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: Por um cuidado culturalmente sensível. *Saúde e Sociedade*, 2023; 32(3): e210731.

MUSSI R, et al. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, nordeste brasileiro. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2019; 20(3): 698-710.

OLIVEIRA RB, MAZZEI VSR. Ruralidades e saúde mental: Revisão de literatura. *ECOS*, 2023; 13(1): 79-92.

OLIVEIRA RM. Quilombos, racismo ambiental e formação em saúde e saúde mental: Diálogos emergentes. *ODEERE*, 2020; 5(10): 55-70.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2024.

PASTÓRIO IT. Saúde mental, território e serviços públicos de saúde: Interações de direitos e condições de acesso no meio rural. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2020.

PONTES AGV, et al. NASF-AB no campo e nas águas: O cuidado em torno do trabalho, ambiente e saúde de famílias agricultoras e pescadoras. Trabalho, Educação e Saúde, 2022; 20: e00275192.

RODRIGUES MP. Iniquidades raciais em saúde no Brasil: Uma revisão integrativa. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as, 2021; 13(37): 485-510.

ROMANINI M, et al. Redes de saúde e a gestão compartilhada do acolhimento às pessoas que sofrem com o uso de drogas na Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre/RS/Brasil. Psicologia, Conocimiento y Sociedad, 2024; 14(2): e1421.

SANTOS KOB, et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: Estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Revista Baiana de Saúde Pública, 2010; 34(3): 544-544.

SILVA ARP, et al. Corpos femininos e loucura: Sofrimento psíquico, relações de gênero e suas interseccionalidades. Cadernos de Gênero e Diversidade, 2024; 9(4).

SOUZA IMD, et al. Tendência temporal da incompletude do registro da raça/cor nos sistemas de informação em saúde do Brasil, 2009-2018. Ciência & Saúde Coletiva, 2024; 29(3): e05092023.

TRINDADE WMS, et al. Determinantes sociais da saúde de comunidades quilombolas: Revisão integrativa da literatura. In: MOURA AJ. Saúde pública no século XXI: Uma abordagem sobre condições sociais e saúde. Recife: Omnis Scientia; 2024; 230-245.