UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

GRAZIELA PENA MARTINS

PREVALÊNCIA DE DISTURBIOS PSIQUIÁTRICOS MENORES EM RESIDENTES DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO RIO GRANDE DO SUL: um estudo de base populacional

PORTO ALEGRE
[2021]

GRAZIELA PENA MARTINS

PREVALÊNCIA DE DISTURBIOS PSIQUIÁTRICOS MENORES EM RESIDENTES DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO RIO GRANDE DO SUL: um estudo de base populacional

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Souza de Bairros

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Estudos Epidemiológicos

PORTO ALEGRE
2021

GRAZIELA PENA MARTINS

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS MENTAIS EM RESIDENTES DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO RIO GRANDE DO SUL.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em Porto Alegre, 07 de outubro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Fernanda S. de Bairros

_____

Profa. Dra. Fernanda Souza de Bairros
Presidente da Banca – Orientadora
PPGCol/UFRGS

Umpierre Moraes.

_____

Prof. Dr. Daniel Umpierre de Moraes
Membro da banca
PPGCol/UFRGS

Luciane Pilotto

Assinado digitalmente porLUCIANE MARIA PILOTTO:69938083072
Data:2022-01-20 14:22:20

_____

Profª. Dra. Luciane Maria Pilotto
Membro da banca
PPGCol/UFRGS

_____

Profª. Dra Eglê Kohlrausch
Membro da banca
UFRGS

Aprovado em: 07/10/2021

CIP - Catalogação na Publicação

Pena Martins, Graziela
Prevalência de Distúrbios Psiquiátricos Menores em Residentes em Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul: um estudo de base populacional / Graziela Pena Martins. -- 2021.
78 f.
Orientadora: Fernanda Souza de Bairros.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Quilombolas. 2. Saúde Mental. 3. Racismo. 4. Distúrbios Psiquiátricos Menores. 5. Saúde Mental de grupos étnicos. I. Souza de Bairros, Fernanda, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me ofertar força e coragem durante as dificuldades impostas no caminho, que não foram poucas, certamente sem ele não encerraria essa fase da minha vida.

Agradeço a minha segunda família, Enfermeiros da Emergência do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre pela injeção de força, carinho e animo, pelo café preto básico, por bolsas de água quente, por todas as trocas de turno, trocas de dias, saídas antecipadas para que eu tivesse oportunidade de vivenciar essa experiência que é o Mestrado.

Aos meus queridos Elisandra e seu esposo Sandro, Tobias e Thailise meus amigos além de plantões, amigos de vida! Obrigada pelo colo, chocolate, puxões de orelha e socos no estômago.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Rômulo, por ser durante o Mestrado meu ponto de equilibro, meu alicerce, o meu maior incentivador, mas especialmente por entender meu cansaço e minha ausência, além ser o garoto da tecnologia de informações. Te amo!

Agradeço aos amigos criados no Mestrado, sem eles a trajetória seria mais pesada. Levarei para vida.

Agradeço minha orientadora, Drª Fernanda Bairros pela empatia e disponibilidade.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em especial a Gabriela pelo empenho e resolubilidade.

RESUMO

Introdução: Os distúrbios psiquiátricos menores possuem significativa prevalência nas sociedades modernas, afetando pessoas de diversas faixas etárias, com destaque para os adultos, acarretando sofrimento tanto para o indivíduo, quanto para a família e comunidade. Dentre esses transtornos estão incluídos os quadros de estresse, ansiedade e depressão. Sabe-se que o racismo afeta diretamente a saúde mental da população negra, quem sofre diretamente com o racismo tem de lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e com as mais diversas violências que atingem em maior magnitude esta população. O efeito cumulativo de desvantagens individuais, sociais e políticas podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas. As populações quilombolas, historicamente negligenciadas nas políticas públicas no Brasil, estão entre as populações vulneráveis. Até o momento, são poucos os estudos sobre saúde mental e os fatores associados nas populações residentes em comunidades quilombolas.

Objetivo: Avaliar a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores em residente em comunidades quilombolas no estado do Rio Grande do Sul.

Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico analítico transversal de base populacional, incluindo uma amostra representativa de famílias quilombolas do estado do Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado em vinte e duas comunidades quilombolas rurais e urbanas do estado do Rio Grande do Sul, certificadas pela Fundação Palmares, Ministério da Cultura. O cálculo do número de famílias entrevistadas em cada comunidade quilombola se deu através da amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho. A coleta de dados domiciliar foi por meio de entrevistas com questionário fechado e estruturados com o responsável pela família. A variável desfecho foi os Distúrbios Psiquiátricos Menores, medidos através do questionário Self Report Questionnarie – SRQ 20 traduzido e validado no Brasil. As variáveis independentes do estudo foram as características demográficas e socioeconômicas (idade, sexo, renda, classe econômica e trabalho), doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, excesso de peso e doenças cardiovasculares) e hábito de vida (tabagismo e consumo de álcool) Os dados foram analisados através do o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 21.0.

Resultados e discussão: Entre as 598 entrevistadas a maioria das pessoas tinha idade entre 18-39 anos, do sexo feminino, pertenciam à classe C e tinham renda familiar menor do que três salários mínimos. A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores (DPM) na população quilombola foi de 33%. No modelo multivariado final observa-se que idosos possuem 63% mais chances de DPM comparando-se com adultos entre 18 e 39 anos. As mulheres apresentaram 57% maior de chances de DPM, assim como as pessoas com renda menor o igual a R$140,00, que tiveram duas vezes maior prevalência que aqueles que recebiam renda familiar per capita igual ou maior que R$ 300,00. Os DPM foram 63% maior nas pessoas que referiram ter diagnóstico de doenças cardiovasculares.

Aplicabilidade no campo da Saúde Coletiva: Entende-se que as políticas públicas e intervenções em saúde mental devem considerar as condições de vida da população e que estas precisam ser melhoradas, para que as intervenções sejam efetivas quando implementadas em um contexto real. Espera-se que os achados da presente investigação possam contribuir para a formação dos profissionais de saúde e para um atendimento qualificado e efetivo do problema.

Considerações finais: As comunidades quilombolas são populações que por muito tempo foram invisíveis para a sociedade e estado brasileiros e os danos da ausência do poder público são visualizados até hoje na vulnerabilidade social em que elas se encontram. Explorar a questão do sofrimento psíquico em comunidades quilombolas mostra-se extremamente complexo e necessário uma vez que o racismo institucional se revela na associação intrínseca com a condição de pobreza, interfere no tipo de atendimento e no modo como os serviços de saúde são ofertados a esta população, desconsiderando, por exemplo, as singularidades do território tanto do ponto de vista de organização do espaço, quanto em relação aos modos de vida produzidos no cotidiano dessas comunidades.

Palavras-chave: quilombolas, saúde mental, racismo, distúrbios psiquiátricos, saúde mental de grupos étnicos

ABSTRACT

Introduction: Minor psychiatric disorders have a significant prevalence in modern societies, affecting people of different age groups, especially adults, and causing suffering to the individual, the family, and the community. Among these disorders are included stress, anxiety, and depression. It is known that racism directly affects the mental health of the black population; those who suffer directly from racism have to deal with threats to self-esteem, inequalities in opportunities, and the various forms of violence that affect this population in greater magnitude. The cumulative effect of individual, social, and political disadvantages can lead the black population to mental suffering, in various forms and intensities. The quilombola populations, historically neglected in public policies in Brazil, are among the vulnerable populations. To date, there are few studies on mental health and associated factors in populations living in quilombola communities.

Objective: To evaluate the prevalence of minor psychiatric disorders in a population residing in a quilombola community in the state of Rio Grande do Sul.

Methodology: This is a population-based cross-sectional analytical epidemiological study, including a representative sample of quilombola families in the state of Rio Grande do Sul. The study was carried out in twenty-two rural and urban quilombola communities in the state of Rio Grande do Sul, certified by Fundação Palmares, Ministry of Culture. The number of families interviewed in each quilombola community was calculated through probability sampling proportional to size. The household data collection was by means of interviews with a closed and structured questionnaire with the person responsible for the family. The outcome variable was Minor Psychiatric Disorders, measured by the Self Report Questionnaire - SRQ 20, translated and validated in Brazil. The independent variables of the study were demographic and socioeconomic characteristics (age, sex, income, economic class and work), chronic diseases (hypertension, diabetes, overweight and cardiovascular diseases) and lifestyle habits (smoking and alcohol consumption).

Results and discussion: Among the 598 interviewees most people were between 18-39 years old, female, belonged to ABIPEME class C and had family income less than three minimum wages. The prevalence of minor psychiatric disorders (MPD) in the quilombola population was 33%. In the final multivariate model, we observed that the elderly had a 63% greater chance of MPD compared to adults between 18 and 39 years old. Women presented 57% higher odds of PMD, as well as people with income less than or equal to R$140.00, which had twice the prevalence of those who received per capita family income equal to or

greater than R$300.00. The MPD was 63% higher in people who reported having been diagnosed with cardiovascular diseases.

Applicability in Public Health: The living conditions of the population and the racism that is reproduced in different dimensions and levels equally impact the living and health conditions of non-white populations. Public policies in mental and collective health must consider that these need to be addressed, so that interventions are effective when implemented in a real context.

Conclusion: Quilombola communities are populations that for a long time were invisible to the Brazilian society and state, and the damages of the absence of public power are visualized until today in the social vulnerability in which they find themselves. Exploring the issue of psychological suffering in quilombola communities is extremely complex and necessary, since institutional racism is revealed in the intrinsic association with the condition of poverty, interferes in the type of care and in the way health services are offered to this population, disregarding, for example, the singularities of the territory, both from the point of view of the organization of space, and in relation to the ways of life produced in the daily life of these communities.

Keyword: quilombolas, mental health, racism, minor psychiatric disorders, mental health of ethnic groups

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa - Número de famílias quilombolas nos municípios gaúchos. (Fonte: Bairros, 2013).....50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Comunidades quilombolas sorteadas para amostra.....51

Quadro 2. Variáveis Independentes selecionadas para o estudo.....54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB- Atenção Básica

ABIPEME- Associação Brasileira de Pesquisa de Mercado

APAC- Autorização de Procedimentos de Alto Custo

APS –Atenção Primária a Saúde

AVAI - Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade

CAPS- Centros de Atenção Psicossocial

CID-10- Classificação Internacional de Doenças

CDS- Comissão de Determinantes Sociais em Saúde

CONAQ- Coordenação Nacional de Articulação de Quilombolas

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DPM- Distúrbios Psiquiátricos Menores

ESF – Estratégia de Saúde as Família

GTI- Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra

NOAS- Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAF - Programa de Anemia Falciforme

PNAD –Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNASH- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

RI – Racismo Institucional

SUS – Sistema Único de Saúde

SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos

SRQ-20- Self-Reporting Questionnaire

YLD - Anos de Vida Vividos com Incapacidade

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....13
2. OBJETIVOS.....18
3. HIPÓTESES.....19
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....20
4.1. Período Escravagista no Brasil.....20
4.2. Comunidades Quilombolas.....22
4.2.1. Cultura, Subjetividade e Identidade.....25
4.3. Racismo e Saúde.....28
4.4. Saúde Mental e Coletiva.....36
4.4.1. O impacto dos distúrbios psiquiátricos comuns na saúde pública.....38
4.4.2. Políticas públicas e Reforma Psiquiátrica... 40
4.4.3. Distúrbios psiquiátricos menores.....43
4.4.4. Fatores Associados 46
5. METODOLOGIA.....49
5.1. Delineamento.....49
5.2. Local do estudo 49
5.3. População e amostra do estudo.....49
5.4. Amostragem.....49
5.5. Coleta de dados.....51
5.5.1. Instrumentos 52
5.6. Variáveis.....52
5.6.1. Variáveis Dependentes.....52
5.6.2. Variáveis Independentes.....54
5.7. Processamento e Análise de dados 55
5.8. Aspectos éticos.....55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....57
REFERÊNCIAS 60

1. INTRODUÇÃO

Iniquidades em saúde existem globalmente, porém, peculiaridades na estruturação social influenciado pelo contexto político, econômico, cultural e ambiental tendem a revelar as diferentes facetas da desigualdade. Desse modo, os estudos sobre as desigualdades, disparidades ou iniqüidades em saúde devem analisar as diversas experiências vivenciadas pela população numa dada condição social, considerando sexo, raça/cor, idade, região de moradia, educação, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, filiação religiosa, suas capacidades e incapacidades, sua rede social e suas possibilidades de acesso aos serviços e bens sociais (LOPES, 2005).

A iniquidade parece ser uma característica marcante em sociedades pautadas na racialização das relações sociais, nas quais a cor da pele geralmente surge associada à segregação de minorias e à discrepância no acesso aos recursos necessários para o desenvolvimento humano (CONTRANDIOPOULOS, 2006; MARMOT, 2005, FARO, 2005). No Brasil, mesmo que nunca tenha tido uma política formal de segregação racial, o racismo expresso na hierarquização social das raças teve (e tem) influência na sociedade brasileira. A raça/cor da pele pode interferir nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais, que uma pessoa recebe na sua vida, e, por isso, pode influenciar na sua posição socioeconômica (SMOLEN; ARAÚJO 2017).

É preciso analisar as diversas experiências vivenciadas por negros e não-negros numa dada condição social, considerando sexo, idade, região de moradia, educação formal, origem familiar, ocupação, renda, orientação sexual, denominação religiosa, capacidades e incapacidades, rede social e comunitária, possibilidades de acesso aos serviços e aos bens sociais. Nesse sentido, a ausência de relevância estatística na distribuição e comportamento das variáveis por raça/cor não isenta o pesquisador da responsabilidade de reiterar tanto a natureza perversa do racismo, como sua capacidade e aptidão em criar e/ou perpetuar diferenciais nas condições gerais de vida nos grupos e intergrupos. É de sua responsabilidade indicar brechas a serem exploradas por outros estudos que adotem abordagens qualitativas ou quanti-qualitativas (LOPES, 2005).

Neste contexto, as políticas de eqüidade em saúde no Brasil veem com objetivo reduzir as diferenças consideradas desnecessárias, evitáveis e injustas; dentre elas está a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde e implementada em 2009 pelo Ministério da Saúde.

A PNSIPN traz como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Um dos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), é identificar as necessidades da saúde da população negra e utilizar essa informação como critério de planejamento e definição de prioridades (BRASIL, 2009). Outro objetivo dessa política é fomentar a realização de estudos sobre o racismo e saúde da população negra (BRASIL, 2009). As pesquisas existentes sobre a saúde da população negra ou sobre desigualdades raciais tendem a focar na saúde física, mas é a saúde mental quem cria a maior carga de incapacidade e morbidade no mundo (FARO, 2011).

Segundo Estudo Global da Carga de Doenças de 2010 (Global Desase Burden Study 2010), os distúrbios psiquiátricos menores e o uso de substâncias contribuíram com a maior proporção (22,9%) de Anos de Vida Vividos com Incapacidade (YLD) (BONADIAN, 2017). A prevalência de sintomas psiquiátricos, particularmente ansiedade e depressão, varia dependendo não só da população investigada e do instrumento utilizado na detecção, mas do período de tempo investigado e das condições socioeconômicas da população. Em relação a distúrbios mentais durante a vida, estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), determinou que a frequência varia de 12,2%, na Turquia, a 48,6%, nos Estados Unidos. No Brasil, o estudo foi realizado em São Paulo, onde 17,4% dos indivíduos apresentavam ansiedade, 15,5% distúrbios do humor e 16,1% usavam substância (*substance use*) (COSTA Et a.al, 2002). Embora a prevalência no Brasil tenha sido de menor magnitude, houve semelhança a outros países na distribuição dos fatores de risco.

Os Distúrbios psiquiátricos comuns (DPM) se referem à situação de saúde de indivíduos que apresentam sintomas de depressão, ansiedade ou sintomas

somáticos, entretanto não apresentam critérios formais para o diagnóstico de tais transtornos segundo o DSM-IV (Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão). (SILVEIRA, OLIVEIIRA, ALVES, 2018).

A maioria dos indivíduos com DPM apresenta queixas como tristeza, ansiedade, cansaço, diminuição da concentração, problemas somáticos, irritabilidade e insônia. Essas morbidades menores também podem ser denominadas como transtornos mentais comuns, termo que reforça a frequente ocorrência desses transtornos (SILVEIRA, OLIVEIIRA, ALVES, 2018).

Diversos estudos sobre estresse e qualidade de vida, reforçam a teoria de que as condições de vida das classes menos favorecidas seriam, na verdade, determinantes do aparecimento de doenças mentais (COSTA ET AL, 2002). Um estudo realizado no Brasil, de caráter multicêntrico, executado nas cidades de Porto Alegre (RS), São Paulo (SP) e Brasília (Distrito Federal), revelou prevalências de casos de transtornos mentais com necessidade de cuidados variando de 19% a 34%. Baixa escolaridade, gênero feminino, desemprego, separação, classe social baixa e paternidade ou maternidade sem companheiro(a) são alguns dos fatores de risco associados a maior prevalência de transtornos mentais (COSTA ET AL, 2002). Segundo Silva (2018) as prevalências de distúrbios psiquiátricos menores no Brasil variam entre 29,6% a 47,4%. Indivíduos de idade avançada, do sexo feminino, de baixa renda, baixo nível de escolaridade, tabagistas, divorciados ou viúvos, de cor preta ou parda e doentes crônicos, são os que apresentam maiores prevalências de distúrbios psiquiátricos menores.

Quanto à relação da raça/cor e distúrbios psiquiátricos menores, observa-se que o racismo no Brasil afeta diretamente a saúde mental da população negra, parcela majoritária da população brasileira. Quem sofre diretamente com o racismo tem de lidar com ameaças à autoestima, desigualdades de oportunidades e, com frequência, com as mais diversas violências que atinge principalmente a juventude negra no Brasil. Todos esses são fatores que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas (BRASIL, 2016).

SMOLEN & ARAÚJO (2017), apresenta em seu artigo o marco teórico desenvolvido por Williams[1] para explicar o caminho que liga racismo à prevalência

dos transtornos mentais e a contínua exposição ao estresse. A raça pode influenciar a exposição ao estresse por dois caminhos: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais, e o estresse causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo.

As comunidades quilombolas, são territórios negros e definidas pelo Decreto nº 4.887/2003 como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003). Vivem geralmente em zona rural, algumas áreas possuem pouca infraestrutura e reduzido acesso à saúde, o que caracteriza sua vulnerabilidade e gera questionamentos sobre a saúde mental. Apesar de estarem entre as populações vulneráveis do Brasil e de terem sofrido historicamente iniquidades étnicas e sociais, os quilombos têm sido negligenciados pelas políticas públicas de saúde (BARROSO, MELO, GUIMARÃES 2014).

Este estudo justifica-se pela relevância sobre as temáticas raciais e saúde mental no Brasil, e das poucas pesquisas que abordam transtornos mentais e seus fatores de risco em populações tradicionais. O racismo estrutural faz com que a sociedade omita e rejeite o direito de pertencimento e conduza a população negra a condições de vulnerabilidade (baixa renda e escolaridade, moradias sem infraestrutura). A inserção social desvalorizada da população negra e a invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de assistência, prevenção e promoção tem impactado a saúde e o bem viver dessa população.

O efeito cumulativo de desvantagens individuais, sociais e políticas pode provocar doenças psíquicas e psicossociais, além das doenças físicas. Os quilombolas são um grupo social de afro-brasileiros com identidade marcada pela autoidentificação e pela ancestralidade negra. Apesar de estarem entre as populações vulneráveis do Brasil e de terem sofrido historicamente iniquidades sociais, são negligenciados nas políticas públicas de saúde. Existem poucos estudos sobre essa população e, até o momento, a saúde mental e os fatores associados em residentes em comunidades quilombolas brasileiras não são conhecidos. Diante o exposto, este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de distúrbios

psiquiátricos menores em residentes de comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores em uma população residente em comunidade quilombola no estado do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever as características demográficas e sociodemográficas da população quilombola do Rio Grande do Sul;
- Descrever os distúrbios psiquiátricos menores segundo características demográficas e socioeconômicas;
- Descrever os distúrbios psiquiátricos menores segundo presença de morbidades e hábitos de vida tais como tabagismo e consumo de álcool.

3. HIPÓTESES

- Mulheres negras remanescentes de quilombos possuem maior prevalência de distúrbios psiquiátricos menores quando comparada aos homens;
- A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores é maior em pessoas com consumo de álcool elevado;
- A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores é maior em pessoas com renda per capita menor ou igual a um salário mínimo;
- A prevalência de distúrbios psiquiátricos menores é maior em mulheres solteiras.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta revisão bibliográfica divide-se em três seções. Na primeira faz-se uma discussão crítica sobre o período escravagista, após apresenta-se a constituição das comunidades quilombolas no Brasil ressaltando pontos como: cultura, identidade, subjetividade. A terceira seção da revisão bibliográfica trata sobre o impacto do racismo na saúde, e por fim, no quarto capítulo é feito a revisão teórica da saúde mental coletiva, os marcos teóricos salientando o processo da reforma sanitária, finalizando o item da revisão com o desfecho do estudo: os distúrbios psiquiátricos menores, os fatores associados e o impacto na saúde pública.

4.1 Período Escravagista no Brasil

O sistema escravagista nas Américas contabilizou cerca de 15 milhões de africanos, homens e mulheres, arrancados de suas terras. Este empreendimento marcou profundamente o continente africano e americano. Em relação ao Brasil, os mais de trezentos anos de escravidão se refletiram (e refletem) intensamente na realidade sócio-econômica-cultural (MENDONZA, 2012).

O Brasil tem no âmago de sua história o tráfico e o comércio de africanos e africanas escravizados. Foi o país que mais importou escravizados e aquele que por último aboliu legalmente esse regime. A profunda participação brasileira está marcada na estimativa de que cerca de 40% dos africanos escravizados tiveram como destino o Brasil. Consequência do seu papel dominante na escravização de povos africanos, atualmente o Brasil é o país com maior contingente de população negra na Diáspora Africana (PARANÁ, 2014).

A escravidão é um conceito conhecido no mundo todo como uma forma de trabalho forçado onde às liberdades individuas inexistem. É um sistema de trabalho que não sobrevive apenas da compra e da venda da mão de obra, por livre e espontânea vontade do trabalhador, como acontece no capitalismo, pelo contrário, na escravidão moderna o ser humano se transforma em objeto, propriedade de outro homem e suas vontades, desejos e liberdade são impossibilitadas de serem ouvidas ou realizadas (PARANÁ, 2014).

Vale lembrar que o trabalho escravo em terras brasileiras foi a forma de trabalho escolhida pela Coroa portuguesa para colonizar o Brasil. A escravidão brasileira difere da escravidão antiga e da servidão medieval, porque foi legalmente permitida por diversos motivos entre eles a escravização pela cor da pele. Os escravos trabalhavam na agricultura, nos ofícios e nos serviços domésticos e urbanos. Os negros do campo cultivavam para a exportação — atividade que dava sentido à colonização — a cana-de-açúcar, o algodão, o fumo, o café, além de se encarregarem da extração dos metais preciosos, outros especializaram-se na moagem da cana e no preparo do açúcar, em trabalhos de construção, carpintaria, olaria, sapataria, ferraria, etc. (NINA, 2010).

Era comum os escravizados trabalharem de 14 a 16 horas, alimentando-se e vestindo-se mal e se expondo ao clima. Em geral amontoavam-se em senzalas impróprias para a habitação e careciam de cuidados médicos, sendo frequentemente vítimas de doenças que se tomavam endêmicas, como a tuberculose, disenteria, tifo, sífilis, verminose, malária. A média de vida útil, por isso, variava de sete a dez anos (BIBLIOTECA NACIONAL DO RIO DE JANEIRO, 1988).

Não há motivos para se duvidar da brutalidade das condições gerais de vida e da violência dos castigos recebidos. A legislação portuguesa e brasileira, a documentação iconográfica e os relatos deixados pelos brancos e, em número muito menor, pelos negros (a mesma legislação impedia o acesso à educação) dão forte testemunho a respeito (BIBLIOTECA NACIONAL DO RIO DE JANEIRO, 1988).

Além de trabalho, obediência e respeito às leis e dispositivos disciplinares, os senhores exigiam dos escravos fidelidade, subalternidade e aceitação dos valores brancos. Os negros deviam aprender a língua portuguesa e a religião católica, único bem moral que recebiam dos brancos. Logo que chegaram ao Brasil, os africanos eram batizados e recebiam nomes cristãos, sendo em geral perseguida a prática dos cultos africanos (BIBLIOTECA NACIONAL DO RIO DE JANEIRO, 1988).

A vida do negro escravizado era submeter-se às condições impostas por uma sociedade exploradora e extremamente violenta, então aos negros restava a resistência impetuosa à violência que sofriam ou a adaptação tática às regras do jogo criarem estratégia de sobrevivência e, até mesmo, uma nova identidade, que lhes permitisse viver o seu dia-a-dia. A sabotagem do trabalho, abortos provocados,

assassinato de senhores e feitores, fugas, feitiçarias, suicídios, organização de quilombo e insurreições, constitui uma das formas de resistência e manifestação aberta da contradição ao modelo vigente (BIBLIOTECA NACIONAL DO RIO DE JANEIRO, 1988).

A Lei Áurea de 13 de maio de 1888 instituiu formalmente a proibição da escravidão, porém não significou o acesso de negros e negras a direitos ou fim de segregação desses sujeitos na sociedade, o fim da segregação desses sujeitos pela sociedade. Ao contrário disso, os ex-escravos foram expulsos das terras que viviam. Com a abolição da escravatura em 1888, restaram aos escravizados duas possibilidades: fixarem nas periferias urbanas, opção escolhida por muitos ex-escravos urbanos, ou refugiarem-se nas comunidades quilombolas, embrenhando - se na mata atrás de refúgio. Esta última opção foi eleita pela maioria daqueles pertencentes à área rural. Houve também casos de escravos abandonados por seus senhores e que organizavam em comunidades para buscar sobrevivência. Consequentemente, os que buscaram refúgio nas áreas rurais, acabaram por se isolar em comunidades quilombolas distantes das cidades, tendo como justificativa o medo de que a lei áurea viesse ser revogada e que o sistema escravocrata retornasse ao país (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB; 2014).

4.2 Comunidades Quilombolas

De acordo com MUNANGA & GOMES (2006), a história da escravidão mostra que luta e organização, marcadas por atos de coragem, caracterizam o que se convencionou chamar de “resistência negra” cuja as formas variavam a insubmissão às condições de trabalho, revoltas, organizações religiosas, fugas, até os chamados mocambos ou quilombos. De inspiração africana, os quilombos brasileiros constituíram-se estratégias de oposição “a uma estrutura escravocrata, pela implantação de uma outra forma de vida, de uma outra estrutura política na qual se encontram todos os tipos de oprimidos”. Desse modo, os laços de solidariedade e o uso coletivo da terra formaram as bases de uma sociedade fraterna e livre das formas mais cruéis de preconceitos e de desrespeito a sua humanidade.

A questão dos quilombos é um elemento importante na história do Brasil e se constituíram/ constituem em espaços de resistência, antes a escravidão; contemporaneamente, como espaços de resistência cultural. Definidos como

comunidade remanescente de quilombo, muitas dos descendentes dos antigos quilombolas ainda vivem nas mesmas localidades que residiam seus antepassados e mantém tradições, saberes e fazeres repassados de geração em geração contribuindo para a construção/reconstrução da identidade étnica (SILVA, 2014)

A palavra “quilombo”, que em sua etimologia bantu quer dizer acampamento guerreiro na floresta foi popularizada no Brasil pela administração colonial, em suas leis, relatórios, atos e decretos, para se referir às unidades de apoio mútuo criadas pelos rebeldes ao sistema escravista e as suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão no País. Essa palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos. O fato mais emblemático é o do Quilombo dos Palmares, movimento rebelde que se opôs à administração colonial por quase dois séculos (MUNANGA & GOMES, 2006).

A palavra “quilombo” tornou-se um marco da luta contra a dominação colonial e de todas as lutas dos negros, compostas por reações de escravos ou libertos, explícitas ou sutis, violentas ou não, às diversas situações de opressão da época. Diante da condição de escravidão, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil, apresentando um relativo grau de isolamento geográfico (MUNANGA & GOMES, 2006).

A luta pela preservação e reconhecimento legal das terras que residem os descendentes dos moradores dos antigos quilombos foi um desafio ao longo do século XX. Mesmo antes da promulgação da Constituição Brasileira de 1.988, alguns dos remanescentes dos quilombos já enfrentavam demandas judiciais em alguns Estados do Brasil visando evitar que fazendeiros e empresas conseguissem judicialmente ou pelo uso da força, as terras historicamente ocupadas por seus antepassados quilombolas (SILVA, 2014).

> O Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição brasileira estabeleceu que “aos remanescentes das comunidades de quilombo que estejam ocupando suas terras é reconhecida à propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhe títulos respectivos”.

Este consiste no reconhecimento legal dos direitos das comunidades que ainda ocupam as antigas terras de quilombos, sendo esta uma conquista importante. Encerradas as discussões e promulgada a constituição, o desafio passou a ser o de concretizá-la, o de realizar materialmente o que já havia recebido um reconhecimento formal (SUNDFELD, 2002, p. 18).

Desde então, algumas comunidades remanescentes utilizam desse dispositivo legal para serem reconhecidas como descendentes de quilombo e lutam pela demarcação de suas terras, sendo a questão fundiária sumamente importante na luta desses remanescentes. Esta ação demonstra que os remanescentes têm tomado conhecimento de seus direitos, usufruindo da lei e da política de valorização. Buscam demonstrar que o espaço geográfico em que vivem constituiu em um local de resistência cultural que persiste ao longo do tempo (SILVA, 2014).

Com esta visibilidade constitucional, a própria definição de quilombo precisou ser revista. O termo quilombo com base na definição do Conselho Ultramarino em tempos de escravidão relacionava-se à fuga, local onde tivesse um mínimo de negros agrupados, relativos isolamentos geográficos, tipos de moradia e objetos de consumo. Mas, o que seria um quilombo em fins do século XX? Quem seriam os quilombolas? Como definir quem são os remanescentes e possibilitar o acesso aos direitos constitucionais a eles concedidos? Muitas discussões e debates foram e ainda são feitos acerca das comunidades remanescentes dos quilombos, principalmente porque agregados à titularização, está também incluída a demarcação das terras, englobando questões políticas e econômicas (SILVA, 2014).

As conquistas ainda são lentas e os desafios são grandes. O quilombo contemporâneo não encerra com uma assinatura e um registro no cartório a sua luta contra a opressão. O direito de regulamentação das terras previsto na Constituição, não pressupõe sua rápida concretização (SILVA, 2014).

A questão das comunidades quilombolas no Brasil carece de mais estudos, informações e visibilidade histórica. Um dos pontos fundamentais é o reconhecimento, a autodefinição, a união e a conquista dos direitos. Isto significa muitas vezes, romper com estigmas e preconceitos historicamente construídos. Identificar-se como negro em uma sociedade racista e preconceituosa não é tarefa muito fácil, pois os negros foram “libertos” da corrente da escravidão, mas ficaram

“presos” às correntes do preconceito. Isto é perceptível quando na fala de um negro remanescente, ele refere-se a si mesmo como “moreno”, tendo dificuldade em se reconhecer como negro. Nesse sentido, reconhecer-se como negro significa também um ato político (SILVA, 2014).

4.2.1 **Cultura, Subjetividade e Identidade**

A cultura é o que nos faz e nos torna o que somos ao crescermos em um determinado ambiente. Trata-se da forma autêntica e local de cada povo se constituir e resistir à força globalizante que busca homogeneizar as diferenças. A proposição de comum a muitos estudos sobre o tema é a de que a cultura consiste em um universo simbólico em si mesmo, de cada povo, organizado socialmente de maneira coerente e limitada. Dessa maneira, haveria padrões discretos de comportamentos, cognições e valores compartilhados entre os membros componentes de cada grupo em contraste com os membros de outros grupos país (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

A cultura deve ser compreendida como campo simbólico, por possibilitar aos sujeitos uma complexa rede de relações sociais capaz de significar por meio de símbolos, signos, práticas e valores. Nesse contexto, as comunidades passam a ser compreendidas a partir de suas singularidades, individualidades próprias e estruturas específicas. A cultura é percebida, portanto, como um sistema de códigos que comunicam o sentido de regras a fim de orientar relações sociais. Dessa forma, é definida como a totalidade de reações subjetivas e sociais que caracterizam a conduta dos indivíduos componentes de um grupo, coletiva e individualmente, em relação ao seu ambiente natural, a outros grupos, a membros do mesmo grupo e de cada indivíduo consigo (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

A subjetividade é um conceito que busca explicar como o indivíduo produz e organiza sentidos e significados subjetivos, que operam no nível social. Desse modo busca -se compreender os processos a partir de uma perspectiva sistêmica e articulada com a realidade em seus diversos níveis, tanto individual como social, em um diálogo permanente. Os indivíduos, ao fazerem parte de um grupo e reconhecerem-se nele, mesmo diferentes entre si e carregando um sentimento de singularidade que os constitui subjetivamente, compartilham uma identidade com outros indivíduos, o que revela uma teia de intrincada complexidade. A subjetividade

apresenta-se como um sistema complexo produzido de modo simultâneo no nível individual e social, independentemente de que em ambos os momentos de sua produção reconheçamos sua gênese histórica-social (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

Por sua vez a identidade pode ser entendida como produto da ação do próprio indivíduo e da sociedade, de tal maneira que se forme confluência de forças sociais que operam sobre o indivíduo e da sociedade, de tal maneira que se forme na confluência de forças sociais que operam sobre o indivíduo e na qual ele próprio atua e constrói. A identidade entrelaça o sujeito ao contexto no qual está inserido, em que alinha sentimentos subjetivos a lugares objetivos que ocupa as relações sociais e culturais FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

Assim, o conceito identidade quilombola se dá a partir de representações e interpretações nas quais os sujeitos em questão estão inseridos, e a partir de suas identificações com valores e significados construídos socialmente FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

Como resposta ao tratamento hostil e violento empregado aos escravos, os quilombos ressaltam a escravidão na constituição e formação da identidade dos quilombolas, da representação de suas culturas e da introjeção de aspectos pertinentes à subjetividade desses indivíduos. Da mesma forma, aspectos relativos ao contexto histórico dessa época foram relevantes para formação social, demarcando relações e hierarquia e fronteiras sociais presentes na sociedade brasileira (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

Pode-se dizer, que no Brasil, assim como em outros países que sofreram com a colonização, ocorreu um epistemicídio dos saberes de povos não-brancos pois estes foram tidos como primitivos, ignorantes, supersticiosos e relegados ao esquecimento. Esse ataque aos saberes refletiu, igualmente, na constituição identitária e subjetiva desses sujeitos, pois se traduziu na internalização, pelo não-branco, da superioridade da civilização branca. Tal condição o fez, em grande medida, aceitar e até desejar possuir e internalizar tais valores – tidos como inquestionavelmente corretos – concomitante uma negação de si como não-branco, como possuidor de outra cultura (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

No entanto, as práticas de resistência podem ser observadas. Os quilombos existentes ainda hoje no Brasil configuram-se como tentativa de não- absorção da identidade hegemônica. Assim como no passado colonial, a identidade de luta e resistência antes, contra captura e escravização; hoje, contra a invisibilidade e a negação dos sujeitos enquanto quilombolas (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

Refletir sobre as mobilizações quilombolas permeia, necessariamente, pensar sobre o contexto mais amplo vivenciado nas Américas. A constituição de quilombos não é uma experiência apenas brasileira. As comunidades quilombolas receberam vários nomes nas diversas regiões do novo mundo: Quilombos, mocambeiros, ou mocambos no Brasil (FURTADO MB; PEDROZA RLS; ALVES CB, 2014).

A noção de identidade quilombola está estreitamente ligada à ideia de pertença. Essa perspectiva de pertencimento, que baliza os laços indenitários nas comunidades e entre elas, parte de princípios que transcendem a consanguinidade e o parentesco, e vinculam-se a concepção de tecidas de valores, costumes e lutas comuns, além da identidade fundada nas experiencias compartilhadas de discriminação (SOUZA, 2008).

Há uma trama social forjada a partir das ações coletivas e representações que são determinantes para o estabelecimento das noções que dão eco à ideia de que os quilombolas constituem uma comunidade, um povo, que por sua vez, possui elementos estruturais que tornam esse grupo distinto do que se intitula sociedade nacional (CONAQ, 2008).

A noção de irmandade, de união, entre as comunidades quilombolas das mais distintas e longínquas localidades é ressaltada na teia de relações e compartilhamentos existentes entre as comunidades, e é uma questão presente em diversas narrativas de lideranças quilombolas. Esse ponto constituiu-se como fundamental para a construção da luta comum, que tem como principal ponto a luta pela terra (CONAQ, 2008).

A fala de Ronaldo dos Santos, coordenador da Coordenação Nacional de Articulação das comunidades negras rurais (CONAQ) do Rio de Janeiro, aponta para esse sentido:

> Há uma coisa que une as comunidades de lugares tão diferentes. É uma coisa que está em outro campo, você identifica, se afiniza e vê o outro como irmão. É uma coisa de irmandade. Eu lembro quando assassinaram aquele companheiro de Rondônia que foi uma dor pra todo mundo. É muito comum na comunidade que não está vindo (aos encontros do movimento quilombola) ter uma fala tipo assim "uma tal de CONAQ", sem pertencimento. Quando ela tem uma oportunidade de participar de alguns encontros, e aí junto de irmãos de outros vários Estados algumas vezes, poucas vezes, naturalmente a fala das pessoas já muda, as pessoas reclamam "é, mas essa informação não chegava lá" e a gente fala que é difícil chegar e que é muito bom estar ali, pois será mais uma forma dessa informação chegar. Daí vai se formando a rede.

Essa "irmandade", esse sentido de união, traz uma compartilhar identitário, político, de comunhão de lutas comuns bastante intenso. A conjuntura hoje vivenciada, na qual os direitos e a identidade quilombola são contestados com grande ênfase por parte da mídia, parlamentares e outros atores ligados aos poderes instituídos, reforça nos quilombos essa noção de união por meio de identidade e da luta por direitos (SOUZA, 2008).

4.3 Racismo e Saúde

O racismo consiste em uma crença segundo a qual as capacidades humanas são determinadas pela raça ou grupo étnico, muitas vezes expressa na forma de uma afirmação de superioridade de uma raça ou grupo sobre os outros. Pode manifestar-se como discriminação, violência ou abuso verbal. É um fenômeno ideológico, doutrina, dogma, conjunto de crenças transmitidas pela linguagem ordinária, mantidas e alimentadas pela tradição (JACCOUD & BEGHIN, 2002; LOPES, 2004).

No Brasil, uma pesquisa realizada junto a uma amostra representativa da população nacional indicou que quase 90% dos entrevistados se consideram não racista, ao mesmo tempo em que igual porcentagem de brasileiros acredita que existe racismo no Brasil (Turra & Venturi, 1995). Schwarcz (1996) e Camino, Silva, Machado e Pereira (apud 2001) encontram resultados semelhantes em amostras de estudantes universitários LIMA; VALA; 2004).

No Brasil: “trata-se de um racismo sem intenção, às vezes de brincadeira, mas sempre com conseqüências sobre os direitos e as oportunidades de vida dos atingidos”. Não obstante essa aparente falta de intenção e sutileza de expressão, o racismo à brasileira nada tem de cordial, pois implica num cenário sinistro de discriminação e exclusão das pessoas negras, como indicam os dados amplamente catalogados por Silva (2000).

A suposta inferioridade do negro e a crença na supremacia de um grupo sobre outro foram sustentadas pela ciência do século XIX, com o intuito de justificar a escravização de negros. O período escravagista foi marcado pela forma animalizada e coisificada como o africano era tratado, uma estratégia que resultou na construção de uma imagem desumanizada do negro, e na desconstrução de sua identidade. Outra herança da escravização é o conjunto de atributos destinado ao negro, que permanece vivo e atuante no inconsciente coletivo. A sua exclusão do processo produtivo, após a abolição, promoveu uma situação social na qual foram reforçados estigmas e estereótipos tais como: “incompetentes, preguiçosos e indolentes, malandros, sujos, marginais” (AMMA, 2008).

Essas representações, mediadoras das relações inter étnico-raciais, mantém e reproduzem o racismo. Os sentimentos de inferioridade e de não pertencimento à categoria de humanos – nefastos efeitos do racismo – são responsáveis pelo acometimento à saúde psíquica da população negra (AMMA 2008).

A vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde chegou à agenda da gestão pública com mais força após a realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares em 1995. Essa marcha, que levou a Brasília milhares de ativistas de todas as regiões do país, provocou a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI), reunindo ativistas, pesquisadores e representantes do governo para a formulação de propostas de ação governamental (WERNECK, 2016).

No âmbito da saúde, o qual contava com a participação de representação do respectivo Ministério, o GTI realizou uma Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra (1996), resultando na proposição de um conjunto de medidas. Entre elas, estavam: a inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascidos Vivos e de Óbitos; a criação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) e a detecção precoce da

doença via triagem neonatal a partir do Programa Nacional a ser criado; a reestruturação da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus; o fortalecimento e extensão do então Programa de Saúde da Família até as comunidades quilombolas; além de o Ministério da Saúde publicar, em 1998, o documento “A Saúde da População Negra, realizações e perspectivas” e, em 2001, o “Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Este voltava-se para doenças de origem genética comprovada, como doença falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellitus e as síndromes hipertensivas na gravidez, deixando de fora aquelas cuja origem genética não foi estabelecida, como no caso dos miomas uterinos e da síndrome leucopênica, e aquelas sob determinação social evidente, como desnutrição, verminoses, gastroenterites, tuberculose e outras infecções e alcoolismo (WERNECK, 2016).

Como visto, o principal elemento constituinte desse campo é o reconhecimento do racismo com um dos fatores centrais na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida. Esse reconhecimento, conquistado no plano político, ainda não foi suficiente para ocupar o vazio deixado pela quebra da hegemonia das teorias eugênicas nas pesquisas do campo das ciências da saúde (WERNECK, 2016).

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde apresentou o conceito de determinantes sociais de saúde como um processo complexo no qual participam fatores estruturais e fatores intermediários da produção de iniquidades em saúde (ver Figura 1). Nele, o racismo e o sexismo estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. Esse conceito, ainda, apontava que, para se enfrentar adequadamente as iniquidades em saúde, seriam necessárias medidas que incluíram a criação de programas dirigidos a populações vulneráveis e o desenvolvimento de ações para reduzir disparidades entre grupos, além de medidas de saúde, amplas para toda a população. Essa visão pressupõe a geração de informações desagregadas, bem como a tomada de decisão em oposição ao

status quo produtor ou mantenedor das desvantagens. Nota-se que esse modelo surge ao menos dez anos após as formulações decorrentes da ação do GTI e das medidas de saúde da população negra por ele propostas. Caso tivesse havido decisão consistente nessa direção, os dois aportes poderiam ter ampliado o rol de medidas propostas e favorecido a atuação do SUS em relação à população negra (WERNECK, 2016).

No entanto, as decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o Sistema Único de Saúde produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas, principalmente, diferentemente dos brancos (WERNECK, 2016).

Os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência. Eles indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para eliminar o gap e contribuir para e redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra (WERNECK, 2016).

Para enfrentar tais limitações, é preciso compreender um pouco mais o racismo, reconhecido em sua dimensão ideológica que conforma as relações de poder na sociedade, participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza existentes (WERNECK, 2016).

Uma aproximação interessante foi posta por Sueli Carneiro (2005), que propôs a utilização do conceito de dispositivo desenvolvido por Foucault, uma vez que,

> Oferece recursos teóricos capazes de apreender a heterogeneidade de práticas que o racismo e a discriminação racial engendram na sociedade brasileira, a natureza dessas práticas, a maneira como elas se articulam e se realimentam ou se

> realinham para cumprir um determinado objetivo estratégico (Carneiro, 2005, p. 39).

A partir daí o racismo pode ser visto também como um sistema, dada sua ampla e complexa atuação, seu modo de organização e desenvolvimento através de estruturas, políticas, práticas e normas capazes de definir oportunidades e valores para pessoas e populações a partir de sua aparência (JONES, 2002), atuando em diferentes níveis. As três dimensões do racismo apontadas a primeira pessoa/internalizado, a segunda interpessoal e a terceira institucional, (JONES, 2002), pois atuam de modo concomitante, produzindo efeitos sobre os indivíduos e grupos (não apenas de suas vítimas), gerando sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, atuando também sobre processos e políticas institucionais (WERNECK, 2016).

Para Werneck (2016), apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível. Segundo Jones (2002), o racismo internalizado traduz a “aceitação” dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas. O racismo interpessoal se expressa em preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas.

O racismo segundo a visão individualista, é concebido como uma espécie de “patologia”. Seria um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual ou coletiva, atribuído a grupos no campo ou ainda, a uma “irracionalidade”, a ser combatida no campo jurídico por meio de aplicações de sanções civis- indenização por exemplo- ou penais. Por isso, a concepção individualista pode não admitir a existência de “racismo”, mas somente o “preconceito”, a fim de ressaltar a natureza psicológica do fenômeno em detrimento da natureza (ALMEIDA, 2018).

Sob este ângulo, não haveria sociedades ou instituições racistas, mas indivíduos racistas, que agem isoladamente ou em grupo. Desse modo, o racismo, ainda que possa ocorrer de maneira indireta, manifesta-se, principalmente, na forma de discriminação direta. Por tratar-se de algo ligado ao comportamento, a educação e conscientização sobre os males do racismo, bem como estímulo a mudanças

culturais serão as principais formas de enfrentamento do problema (ALMEIDA, 2018).

Já o racismo institucional (RI), que possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais (WERNECK; 2016). É também denominado racismo sistêmico e garante a exclusão seletiva dos grupos racialmente subordinados, atuando como alavanca importante da exclusão diferenciada de diferentes sujeitos nesses grupos. O conceito foi cunhado pelos ativistas do grupo Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, em 1967, como capaz de produzir: “A falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967, p. 4)

Desse ponto de vista, ele atua de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas – produzindo e reproduzindo a hierarquia racial. Atualmente, já é possível compreender que, mais do que uma insuficiência ou inadequação, o RI é um mecanismo performativo ou produtivo, capaz de gerar e legitimar condutas excludentes, tanto no que se refere a formas de governo quanto de “accountability” ou seja, “prestador de contas”. Para que seja efetivo, o RI deve dispor de plasticidade suficiente para oferecer barreiras amplas – ou precisamente singulares – de modo a permitir a realização de privilégio para uns, em detrimento de outros, em toda sua ampla diversidade. conceito de “racismo institucional” guarda relação com o conceito de “vulnerabilidade programática”, desenvolvido por Mann e Tarantola (1992) para analisar aspectos da epidemia de HIV/AIDS. Para Ayres (2003, p. 125), o conceito de “vulnerabilidade” abrange o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao menor ou maior acesso a recursos adequados para se proteger tanto do agravo quanto de suas consequências indesejáveis.

Dessa perspectiva, “racismo institucional” equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo. Ainda que o papel do racismo na

determinação das condições de vida e saúde seja reconhecido, é importante reconhecer, também, a existência de co determinantes, ou seja, outros fatores que atuam concomitantemente, aprofundando ou reduzindo seu impacto sobre pessoas e grupos. Como ferramenta útil para a compreensão desse fenômeno, cunhou o conceito de “interseccionalidade”. A interseccionalidade é uma conceituação de problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas de interação de dois ou mais eixos de subordinação . ela trata especificamente da forma pelo qual o racismo , o patriarcalismo, a opressão de classe, e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativa às mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ação e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENHSW 2002).

Lineu, em 1738, foi o primeiro pesquisador a fazer referência à cor de pele como um critério definidor das diferenças entre os seres humanos, distinguindo as raças segundo alocações geográficas. Separando inicialmente em quatro ramos de espécies humanas, ele classificou a existência dos americanos, africanos, asiáticos e europeus (FARO, 2011).

Embora tivesse feito apenas uma demarcação tópica acerca das diferenças, Lineu foi além dos critérios biológicos e associou características culturais a cada tipo humano: africanos como espertos e negligentes, americanos como obstinados e educados, asiáticos como rigorosos e avarentos e europeus como inventivos e descuidados. Com efeito, formulou-se a primeira atribuição sistemática e arbitrária de aspectos psicológicos e sociais aos indivíduos a partir do fenótipo observado (OLIVEIRA, 2003).

Historicamente, a consideração da raça como ferramenta de estratificação social é um reflexo da centralidade desta característica nas sociedades ocidentais e, inclusive, na subjetividade dos indivíduos. No compasso de tal estratificação, os estudos que envolvem a perspectiva da psicologia social e o processo saúde-doença, com frequência recorrem à delimitação de grupos sociais para compreender como se desenvolvem e se instalam as disparidades em saúde (FARO, 2011).

Entende-se saúde mental como a tensão entre forças individuais e ambientais que determinam o estado de equilíbrio psíquico das pessoas. Manifesta-se, nas pessoas, pelo bem-estar subjetivo, pelo exercício de suas capacidades mentais e pela qualidade de suas relações com o meio ambiente. Como forças individuais, são entendidos os comportamentos, as práticas pessoais de saúde e atitudes de adaptação, às características biológicas e herança genética; e, como forças ambientais, fatores como educação, emprego e condições de trabalho, o entorno social e físico, rede de apoio social, gênero, raça/etnia, cultura, entre outros (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2013).

Portanto, o entorno social e econômico imediato de uma pessoa e a maneira como este ambiente interage, com seus recursos psicológicos e atitudes de adaptação, vão influenciar na determinação de sua situação da saúde, física e mental (SILVA, 2005). Sem medo de errar é possível dizer que, no país, uma grande maioria de brasileiros, em que se inclui um enorme contingente de negros, vive em constante sofrimento mental, devido às precárias condições de subsistência e à falta de perspectivas futuras (SILVA, 2005).

Atualmente, a categorização racial utilizada nos estudos sobre a saúde se dá exclusivamente como uma construção histórico-social que intenta compreender o porquê das distintas realidades de adoecimento exibidas pelos diferentes grupos raciais, em especial das minorias (BASTOS ET AL., 2011; DANIELS, SCHULZ, 2006; SCHNITTKER, MCLEOD, 2005). Deste modo, os perfis de saúde refletem uma implicação mais ampla que a própria constatação das disparidades segundo as raças; ou seja, os índices gerais da saúde mascaram o impacto velado de sociedades regidas pelo princípio da discriminação (CHOR; LIMA, 2005; GEIGER, 2006). Logo, é possível conceber que a saúde das minorias raciais está patenteada pela iniquidade, vista através da concentração de poder, privilégios e recursos que submetem indivíduos a uma realidade de mais frequentes experiências estressoras, limitada possibilidade de transformação social e menor capacidade de manejo do estresse (KRIEGER, 2003; SHAW et al., 2006).

A população negra vive “encurralada” com pouca ou nenhuma chance de ultrapassar a barreira econômica que lhe é imposta, mantida através do imaginário social que lhe confere o lugar do destituído. Ao internalizar atributos negativos, que

lhe são imputados, instala-se o sentimento de inferioridade, causando constrangimento na relação com seus pares, e favorecendo o aparecimento de comportamentos de isolamento, entendidos, frequentemente, como timidez ou agressividade (SILVA, 2005).

Silva (2004), aponta que no Brasil não existem dados precisos sobre a prevalência dos transtornos mentais na população negra, o que se deve a dois motivos, o primeiro é a não coleta por parte dos profissionais de saúde do quesito cor na ficha dos usuários dos serviços. Segundo, quando coletado, existe a não análise desses dados pelo Ministério da Saúde através do DATASUS.

Essa pressão emocional pode ser percebida ou lida como perturbação do pensamento e do comportamento. Essas atitudes expressam a ambivalência do excluído em relação ao mundo hostil da elite dominante. Numa sociedade multicultural e racista, o contato constante com o “mundo branco” poderá criar-lhe transtornos emocionais devido às repetidas frustrações e falta de oportunidade e perspectiva para o futuro. O racismo atua negativamente na esfera intrapsíquica, afetando o eu e comprometendo sua identidade. Essa ocorrência se deve às repetidas experiências de desvalorização da autoimagem, difundidas tanto pelas instituições como pelas relações interpessoais, e à interiorização do eu ideal europeu, branco (SILVA, 2005).

4.4 Saúde Mental e Coletiva

Os distúrbios psiquiátricos menores são de natureza relacional e subjetiva. Ocorrem e circunscrevem distúrbios que comprometem o cotidiano social das pessoas, profundamente vinculado à cultura e suas manifestações, como religião, as emoções, os comportamentos, mesmo os de saúde, e a linguagem, apresentando-se com grandes diferenças entre países e grupos sociais. Tais características determinam em grande parte dificuldades para adotar conceituações universais, que se ajustam às suas diferentes formas de manifestações patoplásticas culturais (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2013)

Dessa forma, um primeiro sentido que nos atribui à expressão, saúde mental, está relacionado a essa ideia de campo de atuação, ou do campo de conhecimentos relacionados à saúde mental das pessoas. Falar em saúde mental significa falar de

uma grande área de conhecimento e ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial. Vários saberes de encruza no campo da saúde mental: medicina, psicologia, psicanálise, socioanálise, análise institucional, esquizoanálise, filosofia, antropologia, sociologia, história, para citar alguns (WAGNER et al; 2009).

Mas a partir daí o tema passa a se tornar mais complexo. Por quê? Para responder a esta pergunta, vamos tentar inverter a expressão e, em vez de falar de saúde mental, vamos falar de mente saudável. O que significa exatamente ter uma mente saudável? Existe efetivamente esta qualidade de mente? Podemos defini-la, dosa-la? Vemos assim como nosso campo de atuação é complexo, difícil e perpassado, por inúmeras variáveis (WAGNER et. Al 2009).

Robert Cassel (1986), afirma que a saúde mental tem sido pensada, na maior parte do tempo, a partir da tradição biomédica, que se detém prioritariamente sobre a noção de cura da doença. Neste caso, essa tradição tende a abordá-la em uma perspectiva terapêutica, e como assiná-la Castel historicamente tem sido muito restritiva, uma vez que centrada fundamentalmente sobre o tratamento hospitalar.

A origem desse pensamento e prática acerca da saúde mental remonta um período muito estudado por autores como Michael Foucalt (1978). Para esse autor, a loucura pensada como doença é fruto de uma construção histórica e não apresenta como continuidade de um fenômeno que sempre existiu como tal na humanidade (BRASIL, 2015).

A loucura é vista a partir da perspectiva que situa a razão como normativa. É a partir daí que a loucura ganha seus contornos e exílio. Lanteri- Laura retoma a análise desse aspecto a partir da constituição do campo da psiquiatria. Destaca o pensamento de Philippe Pinel, fundador da psiquiatria moderna, que propõe a noção de alienação mental, compreendendo -a como uma única doença, abordada pelo tratamento moral e isolamento em instituições que se ocupam exclusivamente desses problemas (SANDER, 2010).

4.4.1 O Impacto dos distúrbios psiquiátricos menores na atenção em saúde

O impacto dos distúrbios psiquiátricos menores, também denominados na literatura como transtornos psiquiátricos menores, na saúde pública pode ser avaliado de acordo com os seguintes critérios: frequência, severidade e consequências, disponibilidade de intervenções e aceitação de intervenções (GONÇALVES, KAPCZINSKI; 2008).

Em termos de frequência, os distúrbios psiquiátricos são frequentes, pesquisas realizadas em domicílios com mais de 60 mil adultos, entre 2001 e 2003, em quarenta países mostraram, por exemplo, que a prevalência de todos os transtornos mentais do ano anterior tinha variado, indicando que a maioria dos países apresentavam índices entre 9,1 e 16,1%. Mais especificamente, uma pesquisa nacional realizada nos Estados Unidos mostrou que os índices de prevalência de transtornos mentais não se alteraram entre 1990 e 2003.

No que diz respeito à severidade, os distúrbios psiquiátricos menores podem interferir substancialmente na expectativa de vida e na vida pessoal e social. Em termos de mortalidade, tais condições contribuem com 8,1% de todos os anos de vida perdidos, comparados, por exemplo, com a contribuição de 9% das doenças respiratórias, 5,8 % de todas as formas de câncer e 4,4% das doenças cardiovasculares. Em relação à combinação mortalidade e incapacidade, o Banco Mundial faz esse cálculo em termos de carga global das doenças para diversas condições, medindo em anos de vida ajustados pela incapacidade (AVAI) (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com distúrbios psiquiátricos graves e persistentes, 6% apresentam distúrbios psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual. O índice de utilização dos serviços de saúde ainda é baixo, está em torno de 13%. A maioria das pessoas com algum transtorno mental não busca atendimento psiquiátrico, por razões que estão ligadas, muitas vezes, ao estigma, ao desconhecimento da doença, ao preconceito, à falta de treinamento das equipes para lidar com esses transtornos, à falta de

serviços adequados para atendimento psiquiátrico, ao medo, entre outras (SANTOS,2010).

No Brasil, ainda não se tem um estudo representativo dos índices de prevalência de indivíduos afetados pelos distúrbios psiquiátricos, mas uma estimativa da extensão do problema encontrada em alguns estudos. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar essa magnitude, sendo muito úteis e relevantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento (SANTOS, 2010).

Dentre todos os transtornos psiquiátricos, a depressão é o transtorno mais comum e é a principal causa dessa carga global. Estima-se em média de todos AVAI atribuídos à depressão suba de 3,7 para 5,7 entre 1990 e 2020, deslocando a depressão do quarto para o segundo lugar no ranking (SANTOS, SIQUEIRA, 2010).

Esses transtornos também podem ter consequências importantes, tanto para indivíduos acometidos por eles como para as suas famílias. Em relação aos indivíduos as consequências incluem o sofrimento por causa dos sintomas e a baixa integração social deficiente. Para os membros da família, existe uma carga crescente decorrente do cuidado constante e da redução da produtividade econômica (MARTINS, LORENZI, 2016).

Por fim, a disponibilidade de intervenções como abordagem da saúde pública implica que a ajuda disponível deve ser acessível e proporcional à necessidade. Contudo, é interessante notar que as pesquisas sugerem que geralmente não é isso que ocorre. Na extensa pesquisa anteriormente citada sobre saúde mental conduzida nos Estados Unidos, a proporção de pessoas com transtornos psiquiátricos comuns que recebiam tratamento aumentou de 20,3% para 32,9% entre 1990 e 2003. Além disso, até 2003 apenas cerca de metade de pessoas que receberam tratamento apresentava condições condizentes com os critérios diagnósticos e, portanto, boa parte exposta aos riscos danosos ocasionados por tratamentos desnecessários, sem perspectivas, de benefício (ASSIS, JESUS, 2012). Essa situação é agravada em populações negras ou de baixa renda, que são expostas ao racismo e às iniquidades sociais e econômicas.

4.4.2 Políticas em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica

Um possibilitador de mudanças ao nível do Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (LOBOSQUE AM; SILVA CR, 2013).

A superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Observa-se, na reforma psiquiátrica brasileira, nas últimas décadas, intercalação de períodos de intensificação das discussões e de surgimento de novos serviços e programas, com períodos em que ocorreu uma lentificação do processo. Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país. (HIRDES, 2009)

Em 2001, durante as comemorações do Dia Mundial da Saúde, cujo tema foi Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não, o Congresso Nacional aprovou, depois de mais de dez anos de intensa discussão, a Lei n.º 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Embora saudada como a lei da Reforma Psiquiátrica, seu texto final está muito distante do saudável radicalismo do projeto original, aprovado em 1989, o qual propunha claramente a “extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços”. Neste, tínhamos uma proposta de substituição de modelo e, na lei sancionada em 2001, a substituição transforma-se em proteção de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações

psiquiátricas, e apenas acena para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Também, naquele mesmo ano, foi publicada a Portaria 469/GM, em 6 de abril, alterando a sistemática de remuneração dos procedimentos de internação em hospital psiquiátrico (BRASIL, 2002).

Além disso, entre outras providências, propunha um processo de avaliação denominado Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH, 2002). Embora essa portaria tivesse como uma de suas justificativas a necessidade de qualificação técnica dos serviços de internação psiquiátrica, assim como a melhora de seus indicadores de qualidade, pela valorização dos hospitais menores, observa-se que ela permitiu a manutenção dos macro-hospitais psiquiátricos, apontando apenas que estes deveriam, futuramente, integrar-se a um programa de humanização e reestruturação (Brasil, 2001). Ainda em 2001 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília (LUZIO, 2010).

O relatório final é extenso e a leitura de seus itens já demonstra a complexidade em que se transformou o campo da Reforma Psiquiátrica. Os aspectos mais importantes e as questões mais polêmicas estão contemplados em suas páginas, tais como: a reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde; política de recursos humanos, salientando a relevância da formação e a valorização e importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar; acessibilidade, reafirmando a meta de garantia de equidade de acesso a todos os serviços de saúde do SUS aos portadores de transtorno mental, incorporando-a nas agendas de saúde e na programação das ações de saúde; direitos e cidadania, ressaltando a prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos portadores de transtornos mentais, incentivando, desse modo, o exercício de cidadania plena, no lugar de iniciativas tutelares, além de propostas sobre financiamento e controle social (BRASIL, 2002).

Em 2002, como consequência da III CNSM, uma nova portaria foi publicada, a 336/02, com importantes diferenças em relação à anterior: abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo o CAPS como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”; criou três

diferentes tipos: “CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de corte/complexidade e abrangência populacional”; o CAPS passou a ser o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). A forma de financiamento foi alterada, passando este a ser realizado mediante o processo de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC). Dessa forma, os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos do CAPS não estão contidos nos tetos financeiros dos estados e municípios e funcionam como recursos “extrateto”. Se, por um lado, esse modelo de financiamento representou um avanço, já que colocou a proposta de mudança de modelo assistencial, implícita no CAPS, como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério da Saúde, por outro lado trouxe problemas, porque mantém a mesma lógica de produtividade, ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, ignorando toda uma série de ações realizadas no âmbito do território, previstas na Portaria 336/02, tais como a supervisão de unidades hospitalares, o apoio matricial a equipes da Atenção Básica, a articulação com outros setores e segmentos sociais, etc. Continua-se a financiar a doença e não a promoção da saúde (LUZIO, 2010)

No Rio Grande do Sul, um marco político importante foi a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei Estadual nº 9.716, em 1992, que trata da reforma psiquiátrica em âmbito do estado, enquanto a Lei nº 10.216, que trata da reforma psiquiátrica em âmbito nacional, foi sancionada no dia 06 de abril de 2001, quase dez anos depois. O Ministério da Saúde igualmente iniciava, na década de 1990, a emissão de uma vasta legislação que viria a nortear todas as ações no sentido de tratar adequadamente as pessoas acometidas de doenças mentais. Deste modo, passados mais de dez anos, o processo de implantação da reforma psiquiátrica deveria encontrar-se em plena consolidação, em todo o país e, em especial, no Rio Grande do Sul. Entretanto, o Rio Grande do Sul, um estado pioneiro na aprovação de uma legislação específica na área, e detentor do maior número de CAPS por estado, apresenta diferenças regionais importantes na estruturação de serviços. Enquanto a metade sul protagonizou experiências inéditas de desinstitucionalização, o norte apresenta carência na estruturação de serviços e na inserção das ações de

saúde mental nos serviços gerais de saúde. Esta realidade descortina-se em outros estados e regiões brasileiras (HIRDES, 2009).

4.4.3 Distúrbios Psiquiátricos Menores

No Brasil, a reorientação do modelo tradicional de atenção em saúde – que está relacionada à adoção de práticas que tenham como premissa o acolhimento dos usuários – se ancora na atenção básica como estratégia ordenadora dos serviços, sistemas e práticas em saúde. Assim, esta passa a ser o ponto estratégico para a reestruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se uma das portas de entrada mais próximas das pessoas, capaz de integralizar os princípios que regem o sistema (SOUZA , 2019).

Na saúde mental, com o advento do processo de Reforma Psiquiátrica, as recomendações da política pública nacional para a reorientação do modelo de atenção enfatizam o território como lócus privilegiado do cuidado. Ademais, advogam a implantação de serviços substitutivos ao modelo asilar, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), e maior interloculação com os dispositivos comunitários que, guiados pela direção do resgate da cidadania e pela valorização da autonomia dos sujeitos, visem o acesso universal, integral e qualificado aos usuários dos serviços de saúde mental (SOUZA, 2019).

Mais globalmente podemos dizer que estes transtornos estão incluídos nos quadros de estresse, a ansiedade, o uso de drogas e a depressão (GREEN & BENZEVAL, 2011), os quais apresentam prevalências relevantes, nomeadamente a depressão (que ocorre em 10% dos utentes) e a ansiedade (que ocorre em 5 a 16% dos utentes) (King et al., 2008), e frequentemente ocorrem associados aos distúrbios somatoformes, podendo inclusive ser mascarados por estes últimos (APÓSTOLO, FIGUEIREDO, MENDES E RODRIGUES, 2011A; FORTES ET AL., 2011)

Estes tipos de transtornos podem condicionar sofrimento e diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas, acarretando também encargos económicos na sociedade, principalmente devido aos custos indiretos relacionados com o absenteísmo por doença, reformas prematuras e morte precoce, para além do fato dos distúrbios depressivos podem influenciar significativamente os resultados da

comorbidades de doenças médicas como problemas cardíacos, diabetes e câncer e de serem suscetíveis de originar disfunções ao nível familiar e de ter riscos de doença física ou mental nos seus membros (SOEGAARD, 2012), o que associado à sua elevada prevalência em termos mundiais, que varia entre 24,6% a 45,3% de acordo com os estudos internacionais (MOREIRA, BANDEIRA, CARDOSO E SCALON, 2011), leva a que sejam considerados como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo (JACKA, MYKLETUN & BERK, 2012).

Estudos prévios têm identificado a associação e o impacto dos com outras condições de saúde, principalmente aquelas de caráter normativo. No entanto, sabe-se que as condições normativas por si só não indicam o quanto as pessoas se sentem afetadas pela sua condição de saúde (MARTINS et al, 2015).

A literatura aponta para a importância do papel dos determinantes sociais em saúde no que se refere à etiologia dos distúrbios psiquiátricos comuns, uma vez que diversos estudos reforçam sua associação com condições psicossociais adversas, tais como a pobreza extrema, baixa escolaridade, frágil rede de suporte e eventos de vida produtores de estresse. (UNA SUS, 2018)

A associação dos distúrbios psiquiátricos comuns com a adversidade psicossocial está para além da literatura, podendo ser observada na prática dos profissionais da atenção básica, que, ao lidarem com condições de importante vulnerabilidade, frequentemente se sentem impotentes diante deste sofrimento mental, encarando-os como “problemas sociais”. Entretanto, sabe-se hoje que a vulnerabilidade psicossocial pode elevar as chances de desenvolvimento do sofrimento psíquico. O comprometimento funcional associado ao sofrimento psíquico, por sua vez, pode ocasionar uma piora das condições psicossociais. Não faz sentido, portanto, abordá-los de forma isolada (UNA SUS, 2018).

Este favorece não só a percepção da vulnerabilidade em saúde mental de populações com privações econômicas e sociais, como também o desenvolvimento de estratégias de cuidado ampliadas, tendo como foco a potência das redes de apoio social, que podem ser fortalecidas através de atividades de grupo e a criação de espaços de apoio (UMA SUS, 2018).

Em recente estudo nacional multicêntrico para avaliação da prevalência e fatores sociodemográficos associados envolvendo uma amostra de mulheres atendidas em unidades de saúde da família de cinco cidades brasileiras: Rio de Janeiro. A proporção de pacientes com TMC variou de 51,9% (Rio de Janeiro); Fortaleza; São Paulo e Porto Alegre 64,3% (Porto Alegre), sendo associada a ser do sexo feminino, ao desemprego, a baixa escolaridade e a baixa renda (GONÇALVES et al., 2014).

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (AB) à saúde consiste num direcionamento da política pública que, além de se constituir numa estratégia para provocar rupturas no modelo tradicional de assistência e avanços no campo da saúde mental, almeja a ampliação da clínica da atenção psicossocial. Para tanto, é preciso qualificar as equipes da AB para a atenção psicossocial, e um dos dispositivos para a implementação dessa estratégia é o apoio matricial. Este objetiva oferecer suporte em áreas específicas e possibilitar trocas de conhecimentos para o compartilhamento de situações com a equipe de saúde local, favorecendo a corresponsabilização pelo cuidado (SOUZA, 2019).

Dado o contexto, a saúde mental passou a ser objeto de preocupação e pauta na agenda dos gestores de saúde, cujas questões precisam ser tratadas com a urgência que merecem, e demandam investimentos cada vez maiores nos serviços territoriais para o desenvolvimento de ações de cuidado. Esse fato é um sinal de alerta e requer que novas abordagens à saúde mental sejam desenhadas e a inclusão das ações de saúde mental na AB é uma possibilidade de cuidado mais acessível e que agrega características importantes da atenção psicossocial. A expansão dos serviços comunitários em saúde mental tem sido objeto de constante debate entre gestores, profissionais e formuladores de políticas públicas da área, e é importante considerar que os serviços precisam refletir as prioridades dos usuários, constituírem-se em serviços móveis e estar próximos à casa das pessoas, além disso, o tratamento deve ser baseado em projetos terapêuticos singulares (SOUZA, 2019).

Estudos nacionais apontam que a prevalência de distúrbios psiquiátricos comuns dentre os usuários atendidos em unidades gerais de saúde é muito alta. Estudos nacionais apontam que cerca de 50% dos usuários atendidos por equipes

de Atenção Primária de Saúde e Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentam esse tipo de sofrimento. Sendo que em média, 35% deles têm alterações de intensidade grave não psicótica, preenchendo o critério para transtornos mentais específicos como depressão e ansiedade (UNA SUS, 2018).

Por outro lado, 20 a 30% apresentam remissão espontânea dos sintomas e melhora quando apoiados pelas equipes, individualmente ou em grupo. Logo, apesar de possuírem algumas características em comum, não constituem um grupo homogêneo, estamos associados a diferentes quadros, que muitas vezes, requerem uma abordagem específica (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

4.4.4 Fatores associados a distúrbios psiquiátricos menores

Os distúrbios psiquiátricos menores possuem significativa prevalência nas sociedades modernas, afetando pessoas de diversas faixas etárias, com destaque para os adultos, pois é nesta fase que, geralmente, iniciam-se as responsabilidades, o que acarreta sofrimento tanto para o indivíduo, quanto para a família e comunidade (ROCHA, ALMEIDA, ARAÚJO & VIRTUOSO, 2010).

Tanto no contexto nacional quanto no internacional, reconhece-se que diversos fatores podem acarretar baixa autoestima, aumentando assim a suscetibilidade de transtornos mentais comuns, tais como: eventos de vida estressantes e desempenho insatisfatório de papéis sociais; problemas interpessoais; internações hospitalares; problemas de saúde; acesso desigual aos cuidados de saúde; estar desempregado ou não ter nenhuma ocupação; condições inadequadas de habitação; abuso do tabaco e do álcool; sedentarismo; ser do sexo feminino; ser imigrante; baixo nível de escolaridade; vítimas de violência (FONSECA, GUIMARÃES & VASCONCELOS, 2008; GONÇALVES & KAPCZINSKI, 2008; SILVA ET AL., 2010; CHANDRA & SATYANARAYANA, 2010; JENKINS, MBATIA, SINGLETON & WHITE, 2010; ROCHA ET AL., 2011; JANSEN ET AL., 2011; COUTINHO, RODRIGUES & RAMOS, 2012; COUTINHO ET AL., 2012; FRANKEN, COUTINHO & RAMOS, 2012; LUCCHESE, BONFN, VERA & SANTANA, 2014).

No Brasil, a prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na população geral é de 29,9%, chegando a 38% nos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) (GONÇALVES, STEIN, KAPCZINSKI, 2008; ROCHA ET AL., 2010). No

contexto mundial, as projeções para 2030 são no sentido de incluírem estas perturbações entres as mais incapacitantes do ser humano (SKAPINAKIS ET AL., 2013). Estes dados justificam a relevância de medidas de rastreamento dos grupos vulneráveis para o desenvolvimento do distúrbio psiquiátrico comum na população geral, sobretudo, no âmbito da APS.

A investigação de possíveis casos de distúrbios psiquiátricos menores neste nível de atenção à saúde é um grande problema enfrentado na atualidade, uma vez que os sintomas nem sempre são valorizados. Esta lacuna na identificação por parte dos profissionais da APS compromete a saúde das populações e representa elevado ônus para a saúde pública, tendo em vista que se espera que este nível de atenção rompa com o modelo médico hegemônico, englobe práticas de saúde mental, envolva a família em sua dimensão sociocultural como objeto de atenção, planeje, construa e execute tecnologias para melhoria da qualidade de vida das pessoas nas dimensões bio-psico-sócio-espirituais (ROCHA et al, 2010; PORTUGAL et al, 2016)

Em linhas gerais, o desemprego, o analfabetismo, a subnutrição, a fome e a doença que assolam sobremaneira os negros, são reflexos de uma ideologia excludente que continua pesando, através do racismo ambíguo e dissimulado do brasileiro, a esmagar não apenas economicamente, mas, também, psicológica, cultural e existencialmente a grande população não-branca do Brasil. O racismo é, assim, “a arma ideológica através da qual os opressores discriminam os não-brancos para manter os seus níveis de privilégio, como, antes, os senhores de escravos da mesma forma procediam” (MOURA, 1985, P. 15). Apesar de recentes leis antidiscriminatórias e da melhoria da imagem do negro, sua real condição na sociedade brasileira ainda é de desvalorização. Na esfera governamental, observa-se que as iniciativas de combate às desigualdades raciais ainda têm um alcance limitado e podem ser mais facilmente identificadas nos documentos e recomendações do que por meio de ações práticas” (HERINGER, 2002, p. 62).

Por sua vez, no âmbito social, “ainda há discrepâncias entre ‘imagem e prática’ a respeito da segregação e discriminação racial no nosso país, onde, freqüentemente, vemos pessoas afirmarem que o povo brasileiro está se tornando um povo mais homogêneo, mas em todo momento flagramos evidências de práticas discriminatórias na vida cotidiana” (BARRETO, 2004, p. 245). Assim, pressupõe-se

que a sociedade brasileira contemporânea permanece racista e esse racismo também está presente no Estado e, consequentemente, nas instâncias governamentais (nos aparelhos formadores, nos serviços de atenção aos cidadãos, nas políticas públicas, dentre outros). O governo, ao não dar a devida visibilidade às desigualdades raciais existentes na sociedade, ao não ter uma política explícita de combate ao racismo, colabora para a sua institucionalização (KALCHMANN, SANTOS, BATISTA; CRUZ, 2007).

5. METODOLOGIA

Este projeto faz parte de um estudo maior denominado “Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e repercussões na segurança alimentar e nutricional das comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul”, estudo epidemiológico de base populacional em 22 comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul realizado em 2011/2012 coordenado pela Profa. Fernanda Bairros no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

5.1 Delineamento

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal de base populacional, descritivo e incluindo uma amostra representativa de famílias quilombolas do estado do Rio Grande do Sul.

5.2 Local de Estudo

Comunidades quilombolas rurais e urbanas do estado do Rio Grande do Sul, certificadas pela Fundação Palmares, Ministério da Cultura.

5.3 População e Amostra do Estudo

A População de estudo foi composta por responsáveis por famílias residentes em comunidades quilombolas rurais e urbanas no estado do Rio Grande do Sul.

Conforme informações disponibilizadas pela Fundação Cultural Palmares, até outubro de 2010, o estado do Rio Grande do Sul possuía 98 comunidades quilombolas certificadas, estimando-se 3101 famílias. O mapa abaixo mostra o número de famílias quilombolas nos municípios gaúchos.

Considerando que para o estudo maior, o objetivo principal era avaliar a prevalência de insegurança alimentar e nutricional, a amostra foi estimada levando-se em consideração a prevalência de insegurança alimentar moderada e grave na população negra do estado Rio Grande do Sul, segundo PNAD 2009 (9,5 %). Estabeleceu-se (no software Epi Info) um erro aceitável de 3 pontos percentuais, efeito de delineamento de 1,5, nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80% totalizando 576 famílias. Ao final houve um acréscimo de 10% para perdas e recusas. Dessa forma, a amostra calculada foi de 634 famílias.

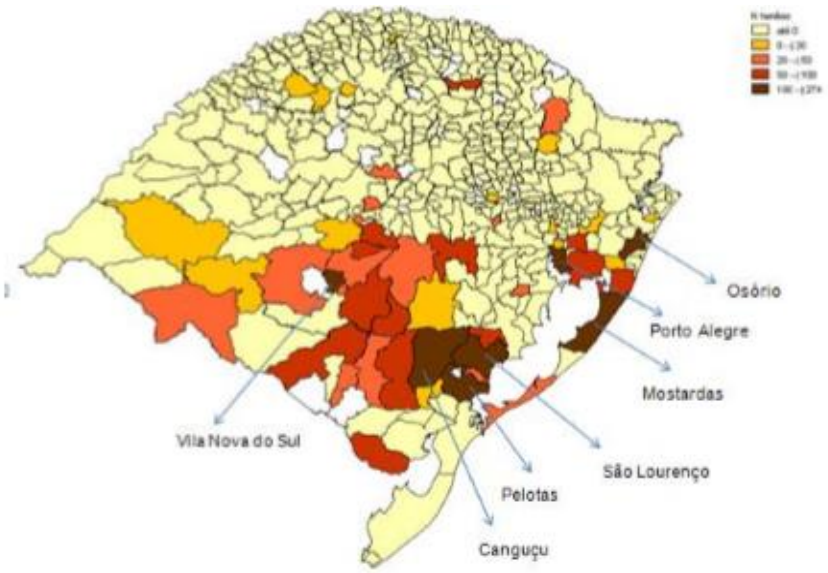

Figura 1: Mapa - Número de famílias quilombolas nos municípios gaúchos Fonte: Bairros, 2013

5.4 Amostragem

O número de famílias em cada quilombo do Rio Grande do Sul difere entre 4 e 275, neste sentido foi atribuído um peso (ou probabilidade) a cada quilombo proporcional ao número de famílias. Assim, um quilombo com 100 famílias teve 10 vezes mais chance de ser incluído do que um quilombo com 10 famílias. O cálculo do número de famílias entrevistadas em cada comunidade quilombola também se deu através da amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho. Posteriormente, de posse da lista de todas as famílias residentes em cada comunidade realizou-se uma amostragem aleatória para seleção das famílias a serem entrevistadas. O quadro 1 apresenta as comunidades quilombolas e municípios selecionados para a amostra.

Quadro 1. Comunidades quilombolas sorteadas para amostra.

	Comunidade quilombola	**Município**
1.	Sítio Novo	1. Arroio do Tigre
2.	Chácara das Rosas	2. Canoas
3.	Manoel Barbosa	3. Gravatai
4.	Maquiné (Morro Alto)	4. Osório
5.	Alpes	5. Porto Alegre
6.	Areal – Guaranha	6. Porto Alegre
7.	Vila Pedro	7. Sertão Santana
8.	Paredão	8. Taquara
9.	Cantão das Lombas	9. Viamão
10.	Irapuazinho (Cambará)	10. Cachoeira do Sul
11.	Passo do Lourenço	11. Canguçu
12.	Favila	12. Canguçu
13.	Maçambique	13. Canguçu
14.	Estância da Figueira	14. Canguçu
15.	Serrinha do Cristal	15. Cristal
16.	Passos do Brum	16. Formigueiro
17.	Madeira	17. Jaguarão
18.	Algodão	18. Pelotas
19.	Vila do Torrão	19. São Lourenço do Sul
20.	Serrinha	20. São Lourenço do Sul
21.	Buriti	21. Vila Nova do Sul
22.	Rincão do Santo Inácio	22. Nova Palma

5.5 Coleta de dados

A coleta de dados domiciliar foi realizada no ano de 2011 por meio de entrevistas com questionário fechado e estruturados com o responsável pela família em residências situadas nas 22 comunidades quilombolas do estado.

Os questionários foram padronizados, pré-codificados e pré testados e possuía cerca de 120 questões referentes às condições demográficas, socioeconômicas, acesso a serviços de saúde e programas de combate à fome,

saúde mental, doenças crônicas, alimentação consumo de fumo e bebidas alcoólicas, entre outras.

Antes da coleta de dados, todos os entrevistadores foram previamente treinados e participaram do estudo piloto (realizado numa comunidade quilombola não incluída no estudo) para organização da logística e ajustes finais do instrumento.

5.5.1 Instrumentos

O Self-Report Questionnaire (SRQ-20) foi traduzido e validado no Brasil com sensibilidade de 85% e especificidade de 80%. As 20 questões que compõem o questionário têm duas possibilidades de resposta (sim/não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos.

O SRQ-20 é um instrumento constituído de 20 perguntas (SRQ-20) que podem ser respondidas através de autopreenchimento ou de entrevista, que permite fazer o rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia), mais do que estabelecer categorias diagnósticas como na Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10) e Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV). Em centros de atenção primária, o SRQ é útil como o primeiro estágio no processo diagnóstico, tendo em vista sua alta sensibilidade (85%) e especificidade (80%). O SRQ-20 é o instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para esta finalidade e tem se mostrado eficaz na detecção de distúrbios psiquiátricos menores, sendo inclusive superior ao próprio exame clínico realizado por médicos generalistas. Os pontos de corte estabelecidos para caracterizar a presença de distúrbios psiquiátricos menores foram distintos para os sexos - 6 para os homens e 7 para as mulheres.

5.6 Variáveis

5.6.1 Variável dependente (desfecho)

<u>Distúrbios psiquiátricos menores:</u> A presença de distúrbios psiquiátricos menores foi investigada por meio do Self-Report Questionnaire (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para avaliar transtornos comuns (WHO, 1994). O SRQ-20 é um instrumento constituído de 20 perguntas que podem

ser respondidas “sim” ou “não” e permite fazer o rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia). Segue abaixo as questões do questionário:

1. Você tem dores de cabeça frequentes?	(0) Não	(1) Sim
2. Você tem falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim
3. Você dorme mal?	(0) Não	(1) Sim
4. Você se assusta com facilidade?	(0) Não	(1) Sim
5. Você tem tremores nas mãos?	(0) Não	(1) Sim
6. Você sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	(0) Não	(1) Sim
7. Você tem má digestão?	(0) Não	(1) Sim
8. Você sente que ideias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não	(1) Sim
9. Você tem se sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim
10. Você tem chorado mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim
11. Você consegue sentir algum prazer nas suas atividades diárias?	(1) Não	(0) Sim
12. Você tem dificuldade de tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim
13. Você acha que seu trabalho diário é penoso, lhe causa sofrimento?	(0) Não	(1) Sim
14. Você sente-se útil na sua vida?	(1) Não	(0) Sim
15. Você tem perdido o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim
16. Você sente-se uma pessoa sem valor?	(0) Não	(1) Sim
17. Você alguma vez pensou em acabar com sua vida?	(0) Não	(1) Sim
18. Você sente-se cansada o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim
19. Você sente alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não	(1) Sim
20. Você se cansa com facilidade?	(0) Não	(1) Sim

O escore de pontuação varia de 0 a 20 e o ponto de corte utilizado para determinar a presença de DPM será maior ou igual a 8 (GONÇALVES et al, 2008).

Esta variável, Distúrbios Psiquiátricos Menores, será categoriza em: Não (0 a 7 pontos) e sim (8 ou mais pontos)

5.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes investigadas foram sexo, idade, estado civil, renda familiar per capita em salários mínimos; casse econômica segundo classificação da ABIPEM, escolaridade, trabalho, tabagismo; consumo de bebidas alcoólicas no último ano; excesso de peso medido por meio do índice de massa corporal (em kg/m2) e o relato do diagnóstico de doenças crônicas (hipertensão arterial, doenças cardiovasculares referida e diabetes mellitus).

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, foi considerado o consumo no último ano e em qualquer quantidade. Foram coletadas as medidas de peso e altura das pessoas entrevistadas para cálculo do índice de massa corporal (IMC). Os pontos de corte para o excesso de peso foi igual ou superior a 25 Kg/m^{2,,} abarcando os índices de massa corporal de sobrepeso e obesidade, entre 25 e 29,9 Kg/m^2 e igual ou superior a 30 Kg/m^2, respectivamente.

Quadro 2. Variáveis independentes selecionadas para o estudo.

Variáveis demográficas		
Variáveis	Tipo	Categorias
Sexo	Categórica dicotômica	Masculino Feminino
Idade	Categórica dicotômica	18 a 39 anos; 40 a 59 anos e 60 ou mais anos.
Estado Civil	Categórica dicotômica	Solteiro, Casado/união estável, Separado e Viúvo.
Variáveis socioeconômicas		
Variáveis	Tipo	Categorias
Renda familiar per capita	Categórica politômica ordinal	R$>300,00; R$140,01 a R$, 300,00; R$ < =140,00.
Classe Econômica	Categórica politômica ordinal	B, C, D e E
Escolaridade	Categórica politômica ordinal	0 a 4 anos de estudo, 5 a 8 anos de estudo e 9 ou mais anos de estudo

Ocupação	Categórica dicotômica	Trabalhando Desempregado Outras categorias (estudante, dona de casa, pensionistas, aposentados etc..)
Variáveis de morbidades e hábito de vida		
Variáveis	**Tipo**	**Categorias**
Tabagismo	Categórica dicotômica	Não Sim
Consumo Álcool	Categórica dicotômica	Não Sim
Hipertensão Referida	Categórica dicotômica	Não Sim
Doenças cardiovasculares Referida	Categórica dicotômica	Não Sim
Excesso de peso	Categórica dicotômica	Não Sim

5.7 Processamento e Análise de Dados

Os dados foram analisados através do o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 21.0. Análises descritivas das variáveis categóricas foram apresentadas com número absoluto e percentual. Posteriormente, foram realizadas as análises bivariadas para o teste das hipóteses iniciais do estudo. Para todos os testes de hipótese, foi adotado um nível de significância de 95%. A análise bruta calculou prevalências de distúrbios psiquiátricos menores conforme variáveis de exposição, com as respectivas razões de prevalência e p-valores. Para análise multivariada, foram levadas as variáveis com p-valor <= 0,20 na análise bivariada. Ao final foi realizada a análise ajustada por Regressão de Poisson com variação robusta conforme o modelo hierarquizado abaixo apresentado. As variáveis que obtiveram valor p-valor de até 0,05 na análise ajustada, permaneceram no modelo para inclusão das variáveis do segundo nível do modelo hierarquizado. Ao final do modelo, foi adotado um nível de significância de 95% (p-valor =<0,05).

5.8 Aspectos Éticos

No projeto original (Acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome e repercussões na segurança alimentar e nutricional das

comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul), foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o protocolo 20041.

Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras na Resolução CNS 196/96, onde foi preconizada anuência antecipada das comunidades através dos seus próprios líderes e dos sujeitos selecionados para pesquisa esclarecendo os objetivos, a justificativa, a metodologia a ser empregada e o que compreendia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos foram assegurados realizando a coleta de dados somente após consentimento informado dos entrevistadores e garantindo também o respeito à confidencialidade, ao anonimato, e privacidade das informações coletadas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As comunidades quilombolas são populações que por muito tempo foram invisíveis para a sociedade e estado brasileiros e os danos da ausência do poder público são visualizados até hoje na vulnerabilidade social em que elas se encontram.

Explorar a questão do sofrimento psíquico em comunidades quilombolas mostra-se extremamente complexo, uma vez que se produz em meio a múltiplas precariedades em termos das condições de vida, trabalho, acessibilidade e da qualidade da atenção em saúde mental. O racismo institucional se revela na associação intrínseca com a condição de pobreza, interfere no tipo de atendimento e no modo como os serviços de saúde são ofertados a esta população, desconsiderando, por exemplo, as singularidades do território tanto do ponto de vista de organização do espaço, quanto em relação aos modos de vida produzidos no cotidiano dessas comunidades.

Considerando a situação de desvantagem social em que vivem, a qual vai passando de geração em geração, é imprescindível qualificar nosso olhar e as estratégias de intervenção, para que não se configuram como mais uma prática iatrogênica e perpetuadora das desigualdades que atingem as populações negras e do campo. O cenário político atual de desmonte das políticas públicas

Neste contexto, a aplicação do SRQ-20 poderia ser útil no rastreamento de distúrbios psiquiátricos. Contudo, os DPM envolvem múltiplas estratégias, que ultrapassam o escopo da assistência à saúde. Entende-se que as intervenções em saúde mental devem considerar as condições de vida da população e que estas precisam ser melhoradas, para que as intervenções sejam efetivas quando implementadas em um contexto real. Espera-se que os achados da presente investigação possam contribuir para a formação dos profissionais de saúde e para um atendimento qualificado e efetivo do problema.

É 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 negras rurais se faz necessária à compreensão da problemática vivida pelas comunidades quilombolas.

Apesar das limitações, a temática permanece sendo atual, o presente trabalho apresenta uma contribuição importante para o entendimento das DPM nas comunidades quilombolas. Dentre as limitações da presente investigação, o desenho transversal restringe a definição da causalidade entre o desfecho (DPM) e as variáveis explicativas, sendo uma questão inerente ao tipo de estudo. Entrevistas, enquanto instrumentos de coleta e dados, são passíveis de viés de compreensão e de memória entre os entrevistados. No entanto, a validade de informação autorreferida têm sido evidenciadas em outros estudos (ROCHA E.TAL., 2010), principalmente quando há treinamento da equipe de aplicadores, para padronização da técnica, como na presente investigação. Além disso, o SRQ-20 é instrumento de triagem adequado para estudos de populações, sendo útil para primeira classificação de possíveis casos e não casos (SANTOS ET AL., 2010).

Como pontos positivos do estudo, destacam-se o ineditismo de um estudos sobre transtornos mentais menores em residentes de comunidades quilombolas; a presença de amostra representativa da população no Rio Grande do Sul, mesmo diante da complexa logística de visitação em ampla área geográfica, que permite a inferência e estimativa para a população alvo; a utilização de instrumentos validados; e, a apresentação de informações que podem contribuir na compreensão, na prevenção dos agravos de importantes problemas de saúde em comunidades que podem contar com cobertura do serviço de saúde insuficiente para sua demanda.

Os transtornos psiquiátricos comuns são fortemente, estando sua presença associadas ao sexo e a presença autorrelatada de doenças cardiovasculares, que se relacionam diretamente à incapacidade produtiva na população adulta. Aspectos relacionados à exposição ao racismo, recorrente em populações negras (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2015,), e o diminuto acesso aos serviços de saúde em comunidades localizadas em espaço rural (GOMES et al.,2013) podem estar relacionados à maior vulnerabilidade aos transtornos analisados. Ademais, as comparações com outras investigações foram comprometidas em virtude da escassez de estudos com populações semelhantes.

Esse quadro representa um achado que requer ações emergentes na área da saúde pública para população negra quilombola. Especificamente no que se refere ao desenvolvimento de ações preventivas e terapêuticas (dos agravos e configuração de um DPM) relativas aos problemas relacionados aos DPM. Entende-se que a partir da ampliação dos serviços e políticas públicas de saúde, educação, renda e políticas afirmativas e de combate ao racismo para populações negras e em situação de vulnerabilidade gerarão o desenvolvimento social capaz de influenciar positivamente nas condições de vida e saúde mental das comunidades quilombolas, considerando suas características próprias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA OP, et al. Socioecomic Disadvantage risk of prevalent and persistent depression in later. J. Affect Disord v138 n 3 p.322- 331, 2012

ALMEIDA-FILHO N; PAIM JS. Saúde coletiva: teoria e prática. Editora medbook. Rio de janeiro. 2013.

ALMEIDA S. O que é racismo estrutural. Coleção feminismo plurais. Editora Letreamento. Belo Horizonte. 2018.

AMMA. Instituto AMMA Psique e negritude. Disponível em: http://www.ammapsique.org.br/.

ARAÚJO TM. ET.AL. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemograficas e o trabalho doméstico. Rev Bras Sal Mat Infat v 5 Recife. 2005.

ASSIS MMA; JESUS WLA. Acesso ao Serviço de Saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. Ciência e saúde coletiva. n 17 v 11. P 2865-2875 2012.

ASSUNÇÃO, A. A., & SILVA, L. S. Condições de trabalho nos ônibus e os transtornos mentais comuns em motoristas e cobradores: Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Cadernos de Saúde Publica, 29(12), 2473-2486. 2013

APÓSTOLO, J. L. A., FIGUEIREDO, M. H., MENDES, A. C E RODRIGUES, M. A. (2011A). Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, n *19* v 2, p 348-353. Acedido em www.eerp.usp.br/rlae.

AYRES, J. C. R. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.

BAIRROS FS. (in)segurança alimentar e acesso aos programas de desenvolvimento social e combate à fome de comunidades quilombolas do estado do Rio Grande do

Sul. 2013 Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Medicina-Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BONADIAN SCS, Et.al. A carga dos transtornos mentais decorrentes de uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global da Doença, 1990 e 2

BARRETO, J. H. S. Diferenças raciais e a sua relação com a saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 28, n. 2, p. 242-258, 2004. 015. Revista Brasileira de Epidemiologia. v 20 Supp I p. 191-204. Maio 2017.

BARROSO MS; MELO APS; GUIMARÃES MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. Rev Panam Salud Publica. v 35 n 4 p.256-263 2014.

BARROS ET.AL. Depressão e Comportamentos em saúde e adultos brasileiros – PNS 2013. Rev Saúde Pública v51 sup 1 São Paulo. 2017.

BASTOS JLC,., FAERSTEIN, E; BARROS AJD. Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas. Saúde & Transformação Social, N 1 V 2, p 4-16. 2011.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil: art 196. Brasil, 1988 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acessado em: 18/05/2018.

BRASIL. Programa Brasil Quilombola. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), Brasilia-DF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a promoção da equidade. Fundação Nacional da Saúde. Brasilia. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasil, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental. Humaniza Sus. Volume 5. Brasilia 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Painel de Indicadores do SUS : Temática Saúde da População Negra. V 3 n 10. Brasilia , 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional da Avaliação dos Serviços de Saúde. Brasilia 2015

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica - Saúde Mental. Brasília 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. III CONFERENCIA NACIONAL EM SAÚDE MENTAL. Cuidar sim Excluir não. 1ª edição n 15.2001

CAMPOS AWS. ET al. Tratado de Saúde Coletiva. 2º edição. Editora Hucitec Fiocruz. São Paulo-Rio de Janeiro. 2009.

CAMPOS ET.AL. Estresse Ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdade de gênero e raça. Cad saúde coletiva v 28. Rio de Janeiro 2020.

CARMICHAEL, S. e HAMILTON, C. Black power: the politics of liberation in America. New York: Vintage, 1967.

CARNEIRO, S. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2005. Tese (Doutorado em Educação) − Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

COSTA ET. AL. Prevalência de distúrbios psiquiátricos na cidade de Pelotas/RS. Rev Bras de Epidemiologia v 5 n 2. 2002.

CHOR, D., LIMA, CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 21 (5), 1586-1594. 2005.

CRENSHAW, Kimberle. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial relativos ao Gênero. In: Estudos Feministas, 1, 2002.

COSTA ET.AL. Prevalência de Distúrbios Psiquiátricos Menores na cidade de Pelotas, RS. Rev. Bras. Epidemiol. V 5 n 3 2002.

CONAQ. COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS E QUILOMBOLAS. Resiliência quilombola. Disponível em: http://conaq.org.br/quem-somos/

DANIELS, J.; CHULZ, A J. Constructing whiteness inhealth disparities research. In A. J. Schulz & L. Mullings (Orgs.), Gender, Race, Classe, & Health: intersectional approaches p. 89-130. São Francisco: Jossey-Bass.2006

FARO A; PEREIRA ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. Estudos de Psicologia. v 16 n 3 p.271/278 set-dez 2011.

FURTADO MB; SUCUPIRA RL;ALVES CB. Cultura , Identidade e Subjetividade Quilombola: Uma leitura a partir da Psicologia Cultural. Psicologia e Sociedade v 26 n1 p.106/115 2014.

GEIGER, H. J. Health disparities: what do we know? What do we need to know? What should we do? In A. J. Schulz & L. Mullings (Orgs.), Gender, Race, Classe, & Health: intersectional approaches p261-288. São Francisco: Jossey-Bass.2006.

GONÇALVES DM; KAPCZINSKI F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referencia para programa de saúde da família em santa cruz do sul, rio grande do sul, brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):2043-2053, set, 2008

GONÇALVES DM, STEIN A T, KAPCZINSKI F. [Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. Cad Saúde Pública. 2008; 24(2): 380-90. 2008.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. 57-65, 2002. Suplemento.

GREEN MJ BENZEVAL, M. Ageing, social class and common mental disorders: longitudinal evidence from three cohorts in the West of Scotland. Psychological Medicine, *41*, 565–574. 2011.

HIRDES A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciências e Saúde Coletiva. v 14 n 1 p.297-305 2009.

LOBOSQUE AM; SILVA CR. Saúde Mental: marcos conceituais e campos de prática. Minas Gerais. Conselho Regional de Psicologia. 2013

JACCOULD LB. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/160706_desigualdades_raciais_brasil.pdf Acessado em 20/05/2018.

JACKA, F. N, MYKLEYUN, A. & BERK, M. (2012). Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Medicine*, *10*, 149. doi:10.1186/1741-7015-10-149.

JANSEN , T. C., Ores, L. C., Souza, L. D. M., Konradt, C. E., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: Uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública*, n 27* v 3, p 65-79. 2011.

KALCHMANN S. SANTOS CG. BATISTA LE. CRUZ VM. Racismo Institucional: um desafio para equidade do SUS. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007

KRIEGER, N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. American Journal of Public Health, 93(2), 194-199.2003.

LIMA MEO. VALA J. As novas expressões do preconceito e racismo. Estudos de Psicologia. 9 (3). p 401-4011. 2004.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. Phylon, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

INSTITUTO AMMA PSIQUE E NEGRITUDE. Os efeitos psicossociais do racismo. Governo do Estado de São Paulo. Impresso Oficial. São Paulo. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Censo Demográfico de 2010: características da população e dos domicílios – resultado do universo.

Disponível em:https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/default_caracteristicas_da_populacao.shtm. Acessado em 20/05/2018

LIMA MEO; VALA J. As novas formas de expressão do preconceito e racismo. Estudos de Psicologia. N 9 v 3 401-411 2004.

LUZIO CA. YASUI S. Além das portarias: Desafios da Política em Saúde Mental. Psico em Estudo. 2010.

MARCONI MA. Antropologia: uma introdução. 6.ed. – 3. reimpr.- São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS PPS; LORENZI GC. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano no Serviço. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Vol. 32 n. 4, p. 1-9. 2016.

MARTINS AME. ET AL. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. Ciência e saúde coletiva. n 21 v 11. P 3387-3398. 2016.

MUSSI R. ROCHA S. ALVES T. Transtornos Mentais Comuns em Quilombolas baianos, nordeste brasileiro. Psicolologia , saúde e doenças. 20 v3 , p 698-710. 2019.

MOREIRA, JK.P., Bandeira, M., Cardoso, CS. e Scalon, JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, n *60* v 3, p 221-226. 2011.

MOURA, C. Sobrevivências do sistema escravista na estrutura da sociedade brasileira. *D.O. Leitura*, São Paulo, v. 4, n. 42, 1985, p. 14-15.

MUNANGA K. Uma abordagem conceitual das noções raça, racismo, identidade e etnia. Caderno penesb. Programa de educação sobre o negro no brasil. Rio de janeiro, N 5 P 15/23 2004.

MUNANGA K; GOMES NL. O negro no brasil de hoje. Editora global. São Paulo. 2006.

NINA, Carlos Homero Vieira. Escravidão, ontem e hoje: aspectos jurídicos e econômicos. Brasília: ISBN, 2010.

OLIVEIRA F. A saúde da população negra no Brasil. Brasília: Organização Panamericana de Saúde. 2003.

PAIM JS; ALMEIDA-FILHO N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1 ed. Rio de Janeiro. Editora Medbook. 2014

PARANÁ. Secretaria Estadual de Educação. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor. Universidade Estadual de Londrina. 2014

PORTUGAL, F. B., CAMPOS, M. R., GONÇALVES , D. A., MARI, J. J., & FORTES, S. L. C. L. (2016). Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: Associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(2), 497-508.

RIO DE JANEIRO. Para uma história do negro no brasil. Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro. 1988.

RAMOS-OLIVEIRA, D., MAGNAVITA, P., & OLIVEIRA, F. S.. Aspectos sociocognitivos como eventos estressantes na saúde mental em grupos étnicos e minoritários no Brasil. Summa Psicológica UST, 14(1), 43-55.doi: 10.18774/summa-vol14.num1-315.2017

ROCHA, S. V., ALMEIDA, M. M. G., ARAÚJO, T. M., & VIRTUOSO, J. J. S. Prevalência transtornos mentais comuns entre os residentes em áreas urbanas de Feira Santana, Bahia. Rev. bras. epidemiol. vol.13 no.4 São Paulo Dec. 2010.

SANDER J. A caixa de ferramentas de Michel Foucalt, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. Psicologia Social.v 22 n 2 may-jul. 2010

SANTOS EG. SIQUEIRA MM. Prevalência de Transtornos Mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. J Bras Psiquiatr.;v 59 n :238 p-246 2010.

SILVA

SOUZA AC; AMARANTE P.D; ABRHÃO AL. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. Rev Bras de Enf. 72(6) p: 1677-83. 2019

SENICATO C.; AZEVEDO RCS; BARROS, MBA. Transtornos Mental Comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Cien. Saúde Coletiva v23 n 8 Rio de Janeiro 2018.

SHAW M., DORLING, D., SMITH, GD. Poverty, social exclusion, and minorities. In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Orgs.), Social determinants of health 2a ed., p 196-223. Nova Iorque: Oxford University Press. 2006.

SILVA, NV. Extensão e natureza das desigualdades raciais no Brasil. In A. S. A. Guimarães & L. Huntley (Orgs.), *Tirando a máscara: ensaios sobre racismo no Brasil* p. 33-52. São Paulo: Paz e Terra. 2000

SILVA GS; SILVA VJ. Quilombos brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. Revista Mosaico. v 7 n 2 p.191/200 jul/dez 2014.

SILVA ML. Racismo e Efeito na Saúde Mental. Seminário de Saúde da População Negra . São Paulo 2004.

SILVA ET.AL. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. Ciência e saúde coletiva, 23 v 2 p: 639-646 2018.

SMOLEN JN; ARAÚJO EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência e saúde coletiva, v 22 n 12 p: 4021-4030 2017.

SKAPINAKIS P, BELLOS S, KOUPIDIS S, GRAMMATIKOPOULOS L, THEODORAKIS PN, MAVREAS V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. BMC Psychiatry. 2013;13:163

SNODEW FM. Befer color prejudice: the ancient view of blacks Haward University Press.Cambridge Massachutts. 1983.

SNOWDEN, FM. . Europe’s oldest chapter in the history of black-white relations. In B. P. Bowser (Org.), Racism and anti-racism in world perspective p. 3-26 Londres: Sage 1995.

SOEGAARD HJ.Undetected CommonMental Disorders in Long-TermSickness Absence. *International Journal of Family Medicine*, 2012

SOUZA BO. Movimento quilombola: reflexões sobre seus aspectos políticos-organizativos e identitários (Dissertação) Programa de Pós Graduação em Antropologia Social. .Universidade De Brasília. 2008

SUNDFELD, C. A. (Org.). Comunidades Quilombolas: direito a Terra. Brasília: Fundação Cultural Palmares/Min C/ Editorial Abaré, 2002

TURRA

UNA SUS Universidade Aberta do SUS (UNA SUS) 2018. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/

WAGNER et. Al. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Muncitec/Fiocruz. 2ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro. 2009

WERNECK J. Racismo Institucional e Saúde da População Negra. Saúde Soc. v 25 n 3 p. 535-549 2016.

WILLIAMS DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress and discrimination. *J Health Psychol* 1997; 2(3):335-351.

WIEMANN, Indria; MUNHOZ, Tiago F. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e Fatores Associados nos Usuários do Centro de Referência de Assistência Social de São Lourenço do Sul, RS. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v.19, n.2, p. 89-94, 2015.