



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DSAU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO

ROBERTA LIMA MACHADO DE SOUZA ARAÚJO

ASSOCIAÇÃO ENTRE POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO
PSICOLÓGICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM
QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA

FEIRA DE SANTANA-BA
2022

ROBERTA LIMA MACHADO DE SOUZA ARAÚJO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO
PSICOLÓGICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM
QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), em nível de doutorado acadêmico, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia, na linha de pesquisa “Saúde de Grupos Populacionais Específicos”.

Orientador: Prof.^a Dra. Edna Maria de Araújo

Coorientador: Prof. Dr. Aloísio Machado da Silva Filho

FEIRA DE SANTANA -BA

2022

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó - UEFS

A691

Araújo, Roberta Lima Machado de Souza

Associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e transtornos mentais comuns em quilombolas de Feira de Santana, Bahia / Roberta Lima Machado de Souza Araújo. – 2022.

152 f.: il.

Orientadora: Edna Maria de Araújo.

Coorientador: Aloísio Machado da Silva Filho.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2022.

1. Transtorno mental comum (TMC). 2. Saúde mental – aspectos sociais.
3. Quilombolas – Feira de Santana, Bahia. 4. Saúde coletiva. I. Título.
II. Araújo, Edna Maria de, orient. III. Silva Filho, Aloísio Machado da,
coorient. IV. Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU 616.89(814.22)

Luis Ricardo Andrade da Silva - Bibliotecário - CRB-5/1790

FOLHA DE APROVAÇÃO

ASSOCIAÇÃO ENTRE POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM QUILOMBOLAS DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA

ROBERTA LIMA MACHADO DE SOUZA ARAÚJO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), em nível de doutorado acadêmico, da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia, na linha de pesquisa “Saúde de Grupos Populacionais Específicos”.

Feira de Santana, 20 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: PROF.^a DR.^a EDNA MARIA DE ARAÚJO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Coorientador: PROF. DR. ALOÍSIO MACHADO DA SILVA FILHO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

1º Titular: PROF. DR. HILTON PEREIRA DA SILVA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

2º Titular: PROF. DR. CLÁUDIO TORRES MIRANDA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

3º Titular: PROF. DR. ROBERTO DOS SANTOS LACERDA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

4º Titular: PROF.^a DR.^a TÂNIA MARIA DE ARAÚJO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

1º Suplente: PROF.^o DR. CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

2º Suplente: PROF. DR. DJANILSON BARBOSA DOS SANTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO BAIANO

À minha mãe (*in memoriam*), Jaquelina.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a DEUS, que me possibilitou força, coragem e muita resiliência para administrar demandas pessoais e a tese, obrigada senhor.

A minha mãe (*in memorian*) por todo amor e orientação concedidos a mim e minha irmã. Sem você, minha mãe, eu não teria acreditado em mim e nada disso seria possível. Te amo eternamente. Obrigada por me enviar forças para resistir e terminar essa tese, mesmo sem sua presença. Ao meu esposo por tanta compreensão e apoio, você é sensacional. Te amo demais! A minha irmã, Betânia, por todo apoio, amor, carinho concedidos a mim nesse processo. Você foi fundamental. Te amo!

A minha orientadora, Prof.^a. Dr^a Edna Maria de Araújo, pela compreensão, carinho e por acreditar em meu potencial. A senhora é minha inspiração de mulher, de profissional e ser humano. Agradeço a Deus o privilégio de ter sido sua orientanda. Te amo!

Ao Prof. Dr. Aloísio Machado, meu coorientador, pelo incentivo, aprendizado. O senhor é sensacional! Tive muita sorte de ter sido sua orientanda. Ao Prof. Dr. Nelson Fernandes, pela generosidade de acompanhar todo o processo de análise de dados do meu projeto de tese. Aprendi demais! Me sinto privilegiada por sua orientação.

Ao Prof. Dr. Carlos Lima, pelo incentivo e por todo conhecimento transmitido sobre epidemiologia e análise de dados. Muito obrigada pelos ensinamentos!

A Prof.^a. Dr^a. Kátia Freitas, pelo incentivo e generosidade em contribuir com o processo de análise de dados da tese e contribuir com o artigo. Muito obrigada!

Aos professores que fizeram parte da minha banca de qualificação do doutorado, em especial, aos professores Dr. Hilton Silva, Dra. Tânia Araújo e Dr. Roberto Lacerda pelas orientações concedidas. Meu trabalho cresceu muito depois do olhar de vocês. Gratidão!

À CAPES pelo apoio científico e financeiro ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS.

À Coordenação do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) pela oportunidade oferecida.

Ao corpo docente do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPGSC/UEFS) pelos saberes compartilhados que, com certeza, se eternizaram em minha trajetória de carreira;

Ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES) pelo incentivo, torcida, conhecimento compartilhado e, principalmente, pela oportunidade de me sentir acolhida e representada. Não somos só um núcleo, mas uma comunidade de nudianos!

“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades”.

Boaventura de Souza Santos

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS, constituindo-se como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração da Epidemiologia e linha de pesquisa Saúde de grupos populacionais específicos. Essa pesquisa circunscreve-se como um estudo epidemiológico que tem como objetivo principal investigar a associação entre a posição socioeconômica, condição psicológica e os Transtornos Mentais Comuns (TMC) em quilombolas de Feira de Santana, Bahia.

Este estudo faz parte de um projeto maior: “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), através do parecer de nº 1.657.664, o qual também se encontra vinculado ao projeto-mãe denominado “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do Nordeste e Sudeste brasileiros”. O projeto maior recebeu apoio financeiro de bolsas de mestrado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e o projeto-mãe foi financiado integralmente pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

A partir da investigação da possibilidade de associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC, esta tese tem como propósito contribuir com a produção de evidências científicas sobre o perfil epidemiológico da população quilombola, considerando que atualmente, no Brasil, existem poucas pesquisas em saúde com esse grupo específico e que dos poucos estudos que retratam a situação de saúde dessa população, ainda é incipiente a análise desses resultados com seus possíveis fatores associados. No que tange à saúde mental dessa população, existe uma importante lacuna de conhecimento nesse campo, particularmente referente à prevalência de TMC, e acerca das inter-relações desse adoecimento psíquico e fatores psicossociais.

A posição socioeconômica tem sido abordada em diversos estudos como importante marcador social, segundo o qual alguns indicadores (pobreza, rendimentos, riqueza, educação, ocupação ou um índice composto desses fatores) representam um importante determinante do panorama de desvantagens sociais e de saúde existentes entre subgrupos populacionais específicos da sociedade brasileira, especialmente nas regiões mais pobres do país, como é o caso dos estados do Norte e do Nordeste. Destarte, a trajetória de exclusão

sócio-histórica de minorias étnico/raciais pode ser considerada como uma das principais explicações para o panorama de desvantagens sociais e, especialmente, da possível relação dessa condição com a vulnerabilidade de sua situação de saúde, observada pela condição psicológica dos quilombolas.

O referido estudo apresenta-se sob a forma de dois artigos. O primeiro, intitulado “Fatores associados aos transtornos mentais comuns em quilombolas de uma região do semiárido baiano”, pretende estimar a prevalência dos TMC e seus fatores associados em adultos quilombolas de Feira de Santana, Bahia. O segundo artigo, denominado “Posição socioeconômica, condição psicológica e saúde mental em quilombolas: uma análise de equações estruturais”, pretende analisar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e o desenvolvimento de TMC em quilombolas adultos das comunidades rurais de Feira de Santana, Bahia.

Com base nas evidências científicas observadas nas análises dos dois artigos, espera-se contribuir para a maior compreensão do panorama de desvantagens sociais e de saúde, que é vivenciado pelos quilombolas de uma das regiões mais pobres do país, com vistas ao fortalecimento de políticas e programas existentes no Brasil, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e do Programa Brasil Quilombola (PBQ) no que tange, particularmente, à possibilidade de inserção de um novo eixo estratégico para melhoria da situação de saúde mental desse grupo específico.

RESUMO

ARAÚJO, Roberta Lima Machado de Souza. **Associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e transtornos mentais comuns em quilombolas de Feira de Santana, Bahia.** 151 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2022.

INTRODUÇÃO: Considerado um grave problema de saúde pública, de elevada magnitude psicossocial, os TMC são compreendidos como um conjunto de sinais e sintomas psíquicos que abrangem múltiplas queixas emocionais e somáticas, tais como: insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade. Este quadro sintomatológico encontra-se associado, principalmente, à condição de vulnerabilidade socioeconômica, de gênero e idade, e vem trazendo impactos significativos na qualidade de vida de muitos grupos sociais, especialmente, as populações mais vulnerabilizadas em sua condição de vida e saúde, como é o caso das comunidades quilombolas. **OBJETIVO:** investigar a associação entre posição socioeconômica (engloba os fatores sociais e econômicos que são determinantes para a localização dos indivíduos e dos grupos na estrutura social), condição psicológica (refere-se a o estado de saúde mental de uma pessoa) e TMC (conjuntos de sinais e sintomas referente a quadro de adoecimento psíquico) em quilombolas do município de Feira de Santana, Bahia. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo transversal, de natureza exploratória, realizado com 915 adultos quilombolas, de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, residentes nas duas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia. Tendo como base uma amostra probabilística, a coleta de dados deu-se por meio da aplicação de dois instrumentos. O primeiro contendo perguntas referentes às condições demográficas, socioeconômicas e ambientais. O segundo foi um instrumento de rastreio da condição de saúde mental. Para estimar a prevalência de TMC e analisar os fatores associados (Artigo 1) foi empregado o modelo de regressão logística. Por sua vez, para analisar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC (Artigo 2) foi utilizada análise fatorial e de modelagem de equações estruturais, estratificada por sexo. Todas as análises estatísticas foram executadas na linguagem computacional e estatística R. **RESULTADOS:** A prevalência de TMC nos quilombolas foi de 32,7%. Verificou-se que quilombolas com até seis anos de estudo apresentaram 1,29 vezes (IC95%: 1,05-1,57) maior de TMC, do que os quilombolas com maior de nível de escolaridade. Dos quilombolas que não recebiam algum benefício social do Governo Federal apresentaram 29% menos de TMC. As mulheres quilombolas que referiram autopercepção ruim do seu estado de saúde geral tiveram uma prevalência 80% maior de TMC. As quilombolas com a pior autopercepção emocional apresentaram 1,45 maior de TMC, quando comparadas as quilombolas com melhor autopercepção emocional. Ademais, a condição psicológica associou-se positiva e diretamente aos TMC, entre homens (0,212; IC95%:0,035;0,459) e mulheres (0,631; IC95%: 0,500;0,762). A condição psicológica mediou o efeito da posição socioeconômica com o desfecho. A associação indireta, em que o efeito da posição socioeconômica é mediado pela condição psicológica, mostrou-se estatisticamente significativa tanto nas mulheres (0,345 IC95%: 0,037;0,653), quanto nos homens quilombolas (0,486 IC95%:0,304;0,668). **CONCLUSÃO:** Os TMC apresentam-se como um problema grave de saúde pública nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia, estando associados a fatores socioeconômicos e à condição psicológica dos quilombolas. O fortalecimento de políticas públicas voltadas a garantia de direitos sociais e de saúde se fazem urgentes nessa população.

Palavras-chaves: Grupos Étnicos. Saúde Mental. Determinantes Sociais da Saúde

ABSTRACT

ARAÚJO, Roberta Lima Machado de Souza. **Association between socioeconomic conditions, psychological conditions and common transformations in marrons in Feira de Santana, Bahia 2022.** 151 f. Thesis (Doctorate in Public Health) – Post Graduation Program in Public Health. State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2022

INTRODUCTION: Considered a serious public health problem, of high psychosocial magnitude, CMD are understood as a set of psychological signs and symptoms that cover multiple emotional and somatic complaints, such as: insomnia, fatigue, forgetfulness, irritability, concentration difficulties, somatic complaints and feelings of worthlessness. This symptomatological condition is mainly associated with the condition of socioeconomic vulnerability, gender and age, and has been causing significant impacts on the quality of life of many social groups, especially the most vulnerable populations in terms of their living conditions and health, such as this is the case of quilombola communities. **OBJECTIVE:** to investigate the association between socioeconomic status, psychological condition and CMD in Quilombolas in the city of Feira de Santana, Bahia **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional, exploratory study, carried out with 915 Quilombola adults, of both sexes, aged over 18 years old, residing in the two quilombola communities of Feira de Santana, Bahia. Based on a probabilistic sample, data collection took place through the application of two instruments. The first containing questions referring to demographic, socioeconomic and environmental conditions. The second was a mental health condition screening tool. To estimate the prevalence of CMD and analyze the associated factors (Article 1), descriptive analyzes and logistic regression were performed, using the Poisson regression model, with robust variance. In turn, to analyze the association between socioeconomic status, psychological condition and CMD (Article 2), factor analysis and structural equation modeling were used, stratified by sex. All statistical analyzes were performed in the R statistical and computational language. **RESULTS:** The prevalence of CMD in quilombolas was 32.7%. It was found that quilombolas with up to six years of schooling had 1.29 times (95%CI: 1.05-1.57) higher CMD than quilombolas with a higher level of education. Of the quilombolas who did not receive any social benefit from the Federal Government, 29% had less CMD. Quilombola women who reported poor self-perception of their general health status had an 80% higher prevalence of CMD. The quilombolas with the worst emotional self-perception had a 1.45 higher CMD, when compared to the quilombolas with the best emotional self-perception. Furthermore, the psychological condition was positively and directly associated with CMD among men (0.212; 95%CI: 0.035;0.459) and women (0.631; 95%CI: 0.500;0.762). Psychological condition mediated the effect of socioeconomic status on the outcome. The indirect association, in which the effect of socioeconomic status is mediated by psychological condition, was statistically significant both in women (0.345CI95%: 0.037;0.653) and in Quilombola men (0.486CI95%:0.304;0.668). **CONCLUSION:** CMDs are a serious public health problem in quilombola communities in Feira de Santana, Bahia, and are associated with socioeconomic factors and the psychological condition of quilombolas. of public policies aimed at guaranteeing social and health rights are urgent in this population.

Keywords: Ethnic Group. Mental Health. Social Determinants of Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Mapa da Comunidade Quilombola Lagoa Grande	30
Figura 02 – Mapa da Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos	31
Figura 03 – Modelo teórico – Determinação Social da Saúde de Solar e Irwin (2010).....	64
Figura 04 – Modelo teórico da associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC em quilombolas de Feira de Santana, Bahia	65

ARTIGO 01 – FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO

Figura 01 – Modelo explicativo hierárquico para a investigação da associação entre condições de vida e saúde e Transtornos Mentais Comuns (TMC) em quilombolas	68
---	----

ARTIGO 02 – POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E SAÚDE MENTAL EM QUILOMBOLAS: UMA ANÁLISE DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS.

Figura 01 – Diagrama do modelo de equações estruturais da associação entre Posição Socioeconômica, Condição Psicológica e Transtornos Mentais Comuns em quilombolas, segundo gênero. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2016.....	117
--	-----

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 01 – Critérios de triagem positiva de suspeição de TMC segundo condição socioeconômica.....54

ARTIGO 01 – FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO

Tabela 01 – Distribuição dos quilombolas a partir do desfecho de TMC, segundo características sociodemográficas, de condições ambientais e de saúde, de uma região do semiárido baiano, Brasil.....81

Tabela 02 – Fatores associados com TMC de acordo com o modelo hierárquico e regressão logística, Feira de Santana, Bahia, Brasil.....83

Tabela 03 – Análise de regressão de Poisson com variância robusta dos fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em adultos quilombolas, Feira de Santana, Bahia, Brasil.....84

Tabela 04 – Associação entre as variáveis da condição psicológica e TMC estratificada por sexo.....84

ARTIGO 02–POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E SAÚDE MENTAL EM QUILOMBOLAS: UMA ANÁLISE DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

Tabela 01 – Características demográficas e socioeconômicas dos/as quilombolas de Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, segundo gênero. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2016-2017..114

Tabela 02 – Posição socioeconômica, condição psicológica e transtornos mentais comuns, segundo gênero, entre quilombolas de Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2016-2017.....115

Tabela 03 – Modelo de mensuração das variáveis latentes posição socioeconômica e condição psicológica entre quilombolas, segundo gênero. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2016-2017.....116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BA	Bahia
CENSO/IBGE	Censo do Instituto Nacional de Geografia e Estatística
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	Comparative Fit Index
CID - 10	Décima revisão da classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
EDM	Episódio Depressivo Maior
FAPEMA	Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Maranhão
FGV	Fundação Getúlio Vargas
HIV	Infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Indicadores de Desenvolvimento Humano
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
NUDES	Núcleo de Estudos sobre Desigualdades em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PASSR	Patient Symptom Self-Report
PBF	Programa Bolsa Família
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RP	Razão de Prevalência
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial
SRQ	Self- Reporting Questionnaire

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Tucker-Lewis
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
WLSMV	Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	22
2.1 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	22
2.2 HIPÓTESE DE ESTUDO	22
3 JUSTIFICATIVA	23
4 OBJETIVOS	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	25
5.1 QUILOMBO, QUILOMBOLAS E QUILOMBISMO.....	25
5.1.1 Panorama Geográfico das Comunidade Quilombolas Brasileiras	29
5.1.2 Políticas Públicas de Saúde para Quilombolas	32
5.2 POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA	36
5.2.1 Determinação sócio-histórica da posição socioeconômica dos quilombolas no Brasil	38
5.2.1.1 Exclusão social como expressão das desvantagens sócio-históricas vivenciadas pelos quilombolas no Brasil, à luz da teoria da sociologia crítica.....	38
5.2.1.2 Segregação socioespacial e formação do “circuito inferior”: uma explicação teórica da exclusão social vivenciada pelos remanescentes de quilombos no Brasil.....	42
5.2.2 Perfil epidemiológico da condição de vida vivenciada pelas comunidades Quilombolas do Brasil.....	45
5.3 CONDIÇÃO PSICOLÓGICA.....	46
5.3.1 Perfil epidemiológico da condição psicológica dos quilombolas no Brasil	49
5.4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	51
5.4.1 Critérios de análise de triagem positiva para TMC.....	53
5.4.2 Prevalência de TMC em quilombolas no Brasil e principais fatores associados....	56
6 MARCO TEÓRICO.....	58
7 MATERIAL E MÉTODOS.....	66
7.1 ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO	66
7.1.1 Objetivo específico	66
7.1.2 Material e Método.....	66
7.2 ARTIGO 2: POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E SAÚDE MENTAL EM QUILOMBOLAS: UMA ANÁLISE DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS.....	69

7.2.1 Objetivo específico.....	69
7.2.2 Material e Método	69
7.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	73
7.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO TRANSVERSAL.....	73
8 RESULTADOS	75
8.1 ARTIGO 01 - FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO	75
8.2 ARTIGO 02 - POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E SAÚDE MENTAL EM QUILOMBOLAS: UMA ANÁLISE DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS	106
9 CONCLUSÃO.....	128

1 INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos mentais de maior impacto na saúde mental das populações em todo mundo, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC) devido ao seu alto grau de incapacitação e impacto biopsicossocial na vida dos sujeitos acometidos e de seus familiares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Apesar desse mal funcionamento mental não deter uma classificação nosológica dentre as categorias psiquiátricas, a prevalência dos transtornos mentais comuns é alta, oscilando entre 23,5% e 21,1% (BERNARDES, 2021).

Os TMC correspondem a um conjunto de sintomatologia de ordem não psicótica, o qual tem sido empregado para designar episódios agudos de depressão e/ou ansiedade que acabam interferindo na funcionalidade da vida diária dos sujeitos (COUTINHO et al., 2014). Embora os transtornos mentais representem um grave problema de saúde pública no mundo, devido seu alto caráter incapacitante, estimativas produzidas pelo Relatório de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em junho de 2022, apontaram para um quadro alarmante de um bilhão de pessoas adultas que convivem com transtornos mentais graves e persistentes, em todo mundo (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Estima-se que 29,2% dos adultos, no mundo, podem ter TMC ao longo da vida, podendo essa prevalência ser maior em regiões do mundo que apresentam piores condições socioeconômicas (STEEL et al., 2014). Dados mais atuais da OMS (2017), apontam para um aumento de casos de depressão e ansiedade em todo mundo. Esse relatório destacou que, no Brasil, 5,8% da população brasileira (11.548.577) foi diagnosticada com depressão e 9,3% (18.657.943) com ansiedade.

Um inquérito de saúde realizado com a população urbana do estado de São Paulo, em 2019, observou uma prevalência de 19,7% (IC95%: 18,2-21,4) de TMC em adultos, estando associados, dentre outros fatores, a quem nunca frequentou a escola (31,4%); inativos/desempregados (28,3%); e quem possuía renda familiar de até um salário mínimo (28,8%) (QUADROS et al., 2020; SANTOS et al., 2019). Num quadro comparativo das regiões brasileiras, verifica-se que o estado da Bahia é a região geográfica com a maior prevalência global de TMC (55,8%) (SILVA et al., 2018).

Resultados de pesquisas internacionais (PATEL et al., 1999; PATEL; KLEINMAN, 2003 e nacionais (COUTINHO et al., 1999; LUDEMIR, 2000; LUDERMIR; LEWIS, 2001; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; FORTES, 2004; COSTA; LUDEMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; COUTINHO et al., 2014; ARAÚJO et al., 2020) sobre os principais fatores associados

aos TMC, apontam para uma associação estatisticamente significativa entre indicadores sociais como pobreza (carências materiais múltiplas), renda, escolaridade, situação de trabalho, condições de moradia e TMC.

As crescentes disparidades raciais em saúde/saúde mental no Brasil e no mundo têm direcionado o interesse de pesquisadores em saúde a considerarem as condições socioeconômicas e os diferenciais por raça/cor, como preditores importantes da saúde da população. Por tal realidade, faz-se cada vez mais necessário compreender de forma mais ampliada as estruturas e processos sociais envolvidos nas determinações das diferenças socioeconômicas e raciais na saúde, de maneira a identificar de que forma e em que condições esses mecanismos afetam o estado de saúde das pessoas (WILLIAMS; RUCKER, 1996).

Na atualidade, quando se levam em conta as disparidades étnico-raciais em saúde no país, os quilombolas apresentam-se como subgrupo proveniente de “Quilombo” com quadro de pior condição social e de saúde, haja vista seus péssimos indicadores sociais (BRASIL, 2013). Os quilombolas caracterizam-se como sendo grupos de tradições culturais, sociais e geográficas próprias, com presunção de ancestralidade africana, reconhecidos por sua condição étnica e racial, segundo critérios de auto-atribuição (BRASIL, 2003).

O termo “Quilombo” origina-se da língua banto, referindo-se a uma instituição militar, localizada na Angola e a atual República do Congo, região da África Central (COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS, 2020).

No que tange às condições socioeconômicas dos quilombolas brasileiros, os estudos apontam para uma situação de vulnerabilização das suas condições de vida, sendo expressa em múltiplos marcadores sociais, os quais acabam instituindo, em muitos casos, uma posição social e econômica de miserabilidade. Como efeito dessa realidade, as comunidades quilombolas brasileiras encontram-se classificadas como segmentos populacionais com os piores Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH), quando comparadas à população não negra do país (BRASIL, 2014).

Do ponto de vista crítico do processo sócio-histórico, pode-se compreender que os conglomerados de infortúnios vivenciados por essa população específica decorrem tanto do processo de escravidão, quanto da dominação de classe imposta a essas pessoas no período da república (FERNANDES, 1964), além de possíveis incrementos sociais, como o racismo e suas repercussões geracionais, por meio da herança psíquica traumática e pela segregação socioespacial (SANTOS, 1979) experienciada desde de sua chegada no Brasil. Por essa razão, o conceito e significado de quilombos no Brasil estão associados a noção de território, uma vez que essa herança traumática e segregação socioespacial abriram caminho para exclusão de populações tradicionais, por meio do apagamento dos

significados e subjetividades próprias que foram conjugadas à fixação de um padrão colonialista como modelo e ao processo de negação das singularidades.

Ao se considerar estudos com populações rurais no Brasil torna-se de fundamental importância considerar o acesso à terra e ao território como fator importante em saúde e saúde mental. É uma marca histórica nas comunidades quilombolas a negação do direito as terras e ao território por conta do racismo, o que vem gerando diversos conflitos que acometem a vida e a saúde dessa população, pois os invisibilizam ao ponto de serem negados direitos básicos e fundamentais. Nessa disputa pelo direito à terra, tem marcado os últimos anos com massacres e assassinatos cometidos com crueldade contra lideranças quilombolas em todo país, havendo em 2017, um aumento de 350% de quilombolas assassinados, em comparação ao ano de 2016 (SIQUEIRA, 2021).

O último diagnóstico da condição de vida dos quilombolas brasileiros, realizado em 2013, com 165 (cento e sessenta e cinco) comunidades quilombolas do país revelou que as condições socioeconômicas desses indivíduos são precárias, apresentando uma renda média familiar de R\$ 205,85 (duzentos e cinco reais e oitenta e cinco centavos), sendo que 61,0% das famílias dependiam do complemento financeiro do então Programa Bolsa Família (PBF) para sobreviver (BRASIL, 2013). Dados mais atuais do relatório produzido pelo programa Auxílio Brasil do Governo Federal, referente ao semestre 2022.2, apontaram que, atualmente, existem 230.734 beneficiários quilombolas que recebem ajuda financeira dessa política pública por encontrarem-se em condição de extrema pobreza (BRASIL, 2022).

Um estudo transversal, realizado no ano de 2016, com 864 (oitocentos e sessenta e quatro) quilombolas de comunidades rurais da região central do semiárido baiano identificou grande vulnerabilidade nas condições socioeconômicas, como, por exemplo: menor escolaridade (variando entre 6-7 anos de estudo); baixa situação ocupacional, estando a maioria dos trabalhadores em condições de informalidade; assim como 99,5% das casas não possuíam rede de esgoto (ARÁUJO et al., 2020).

Levando-se em consideração as evidências científicas apontadas até o momento acerca da condição de vida e saúde das comunidades quilombolas no país constata-se que, as diferenças da posição socioeconômica e da condição psicológica entre esses grupos étnicos/raciais não podem ser considerados de forma simplificada, considerando que os indicadores psicossociais estão entrelaçados a um panorama de desvantagens sócio-históricas advindo de um contexto de exclusão social vivenciado, em parte, pelo processo de escravidão e, por outro lado, pela forte dominação de classes sociais existentes desde o período da industrialização e modernização do processo econômico e de trabalho nas sociedades. Essa condição, por si só, já elucida a importância de se considerar a interseccionalidade envolvida nas relações existentes entre condições socioeconômicas e o estado de saúde quando se estuda grupos populacionais específicos

(KRIEGER; WILLIAMS; MOSS, 1997).

Apesar da constatação de relatórios oficiais de órgãos governamentais, da condição vulnerabilizada de vida e saúde de quilombolas no Brasil, ainda são incipientes as evidências científicas acerca da condição de saúde mental desse subgrupo populacional específico e seus determinantes, particularmente em regiões mais pobres do país. Além de haver uma importante lacuna de estudos que tratem da investigação entre posição socioeconômica, condição psicológica e transtornos mentais, a exemplo dos TMC, que possuem alta prevalência nesses grupos étnico-raciais.

No processo de busca de pesquisas acerca da condição de saúde mental da população quilombola no Brasil, destaca-se o estudo epidemiológico de corte transversal realizado no ano de 2019, com 850 (oitocentos e cinquenta) adultos residentes em comunidades quilombolas de Guanambi, Bahia, em que foi constatada uma prevalência de TMC de 29,61% (IC95%: 26,49-32,74), significativamente associada ao sexo, dor nas costas e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Mesmo demonstrando uma alta prevalência de TMC em quilombolas, nesse estudo não foi identificada nenhuma relação direta entre condições socioeconômicas e o agravamento em saúde mental (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019).

Cabe acrescentar que, no momento atual no Brasil, os quilombolas vêm sofrendo grandes impactos psíquicos decorrentes, de um lado, dos efeitos trazidos pela pandemia da Covid-19, e, de outro, do processo de desapropriação indevida de suas terras. Essas atuais condições vêm emergindo um sentimento coletivo de medo e insegurança pessoal de muitos quilombolas, especialmente das lideranças dessas comunidades, que se sentem ameaçadas pelo risco eminente de morte e por serem coagidas a saírem de suas terras (SANTOS et al., 2020).

A partir do modelo teórico e preditivo defendido neste trabalho, também se torna possível uma compreensão das determinações sociais envolvidos no processo de adoecimento mental nessa população. Pelo fato dos quilombolas fazerem parte dos grupos em situação de vulnerabilidade psicossocial, a investigação dos problemas envolvidos na determinação de doenças e agravos nessa população poderá contribuir para a desconstrução de iniquidades raciais em saúde.

Ademais, este estudo se fundamenta na tentativa de preencher uma lacuna no conhecimento relacionada à utilização dos construtos posição socioeconômica e da condição psicológica para se analisar quadros de adoecimento psíquico de grupos vulnerabilizados em sua condição de vida e saúde em nossa sociedade. Por fim, essa pesquisa tem como propósito principal contribuir com o fornecimento de dados epidemiológicos acerca do estado de saúde mental dos quilombolas no país, buscando, para tanto, compreender seus possíveis fatores associados.

Torna-se imperativo destacar o ineditismo dessa proposta de trabalho, já que ainda não existem estudos no Brasil que tratem de analisar a possível associação entre posição socioeconômica, condição

psicológica e a ocorrência de TMC nesse grupo étnico-racial e nem que explorem interrelações a partir da análise de construtos latentes. Isso posto, anuncia-se que esse trabalho tem como objetivo investigar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e a ocorrência de TMC em quilombolas de Feira de Santana, Bahia.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Esse estudo apresenta como problema de pesquisa a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC em quilombolas. Para tanto, sustenta-se nas seguintes perguntas de investigação: Qual a prevalência de TMC entre os quilombolas? Quais os fatores associados aos TMC entre quilombolas? A posição socioeconômica e a condição psicológica estão associadas com a ocorrência de TMC?

2.1 HIPÓTESE DE ESTUDO

A posição socioeconômica e a condição psicológica estão associadas a ocorrência de TMC em quilombolas.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pelo fato dos TMC serem considerados um grave problema de saúde pública no mundo, particularmente, apresentando potencial magnitude nas condições de vida e saúde/saúde mental de grupos socialmente vulnerabilizados, como é o caso dos quilombolas brasileiros. Faz-se importante realizar pesquisas epidemiológicas com esse grupo populacional, por conta da escassez de dados sobre o panorama de saúde mental das comunidades quilombolas no Brasil, o que retrata um quadro atual ainda de invisibilidade das necessidades e demandas e de identificação dos principais fatores associados à saúde mental dessa população.

Cabe destacar ainda que, o mapeamento da situação socioeconômica e da condição psicológica dos quilombolas da segunda maior cidade baiana permite uma análise comparativa dessa realidade com outras regiões do país, fundamentais para reflexão crítica acerca dos diferenciais em saúde mental entre regiões do Brasil, assim como para promover reflexão crítica sobre a necessidade de fortalecimento das políticas públicas em saúde voltadas à população negra.

Assim, este estudo se propôs a investigar interrelações mais complexas entre condição de vida, saúde psíquica e o desenvolvimento de TMC, trazendo um novo modelo metodológico de análise para se estudar determinantes sociais em saúde mental de grupos sociais vulnerabilizados. Fato que favorece o estado da arte sobre a saúde mental da população quilombola.

Finalmente, os dados apresentados por essa pesquisa podem fornecer subsídios para o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), cuja efetivação compreende uma lógica operacional com base em um perfil epidemiológico das diversas comunidades negras distribuídas por todo território nacional, que contemple as reais necessidade de saúde mental da população quilombola, para que as intervenções levem em conta a territorialização do cuidado em saúde, contribuindo assim para ações mais equânimes como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Investigar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC em quilombolas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns em quilombolas;
- ✓ Verificar os possíveis fatores associados aos TMC em quilombolas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 QUILOMBO, QUILOMBOLAS E QUILOMBISMO

Esse tópico objetiva explicitar o conceito de quilombo, quilombola e quilombismo por meio de uma análise sócio-histórica desde a entrada da população negra no Brasil, destacando a visão da antropologia, da história e das novas abordagens pautadas no movimento negro no país.

Para que se possa conceituar quilombo, faz-se necessário, num primeiro momento, compreender como se deu a entrada da população negra de origem africana no Brasil. Esse momento, data do período colonial (século XVI) quando o Brasil recebeu o maior número de negros/as africanos/as, havendo uma estimativa de 50.000 (cinquenta mil) negros/as chegando anualmente ao país (MOURA, 1993). A entrada dessa população deu-se pelo processo conhecido como “diáspora negra” ou “diáspora africana”, por meio do que foi caracterizado como navios negreiros. Esse fenômeno de diáspora foi uma imigração forçada, em que negras e negros eram embarcados em tumbeiros (navios insalubres), no processo de tráfico transatlântico até o Brasil (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2019).

A partir da análise do processo dessa diáspora dos negros/as africanos/as para o Brasil, há evidências de que os portugueses, ao contrário dos demais europeus, interessaram-se pelo continente africano e procuraram conquistar um espaço na região de Angola por já entenderem, desde o século XV, que a maior fonte de riqueza era o tráfico de escravos (GORENDER, 2002). Dessa forma, a vinda da população negra ao país esteve associada, principalmente, a interesses financeiros da coroa portuguesa. Situação esta, que facilitou um modelo de produção escravista, o qual passou a estruturar as principais relações de produção do país, resultando numa forma de organização da sociedade pautada num modelo de dominação de classe social que, inclusive, permaneceu também no momento pós-abolição (MOURA, 1993). Realidade que foi, posteriormente, determinante na sustentação de desigualdades de classes sociais no desenvolvimento e organização social da sociedade brasileira nos séculos posteriores (FERNANDES, 1964).

Assim, foi diante desse contexto de entrada da população africana no país pelo processo de escravidão, que foi construído o primeiro conceito de quilombo. Esse conceito inicial foi sancionado por um decreto do então Rei de Portugal, em 1741, tendo sido declarado quilombo toda alocação de pelo menos cinco negros fugidos, em locais considerados isolados socialmente (MOURA, 1993). Essa compreensão do conceito de quilombo preservou-se até o período imperial (Século XIX), como uma espécie de modelo de Estado africano no Brasil, reconhecendo quilombo como tentativas de organização social e formas de fuga da ordem escravista (ARRUTI, 2008).

Dada essa primeira concepção de quilombo, esses locais passaram, com a continuidade do

processo de escravidão, também a representar um lugar de complexas relações territoriais, militar e administrativa, inclusive, sendo espaço de abrigo para indígenas e brancos pobres que também sofriam com o processo de exploração de mão de obra barata na época. Em 1850, após “extinção dos navios negreiros”, passam a ser os/as crioulos/as – como eram chamados os/as negros/as nascidos/as no Brasil – as principais articulações e representação das comunidades quilombolas no país (BRASIL, 2005). A partir desse momento, o termo “quilombola” passa a descrever não apenas os negros africanos escravizados, mas, uma população afrodescendente, de origem étnica bem definida, que se organizava em comunidades como forma de resistência e luta.

Já com a instalação do período republicano, esse grupo étnico/racial passa a ser visto como forma de resistência, não só do processo de escravidão, mas por sua tentativa de continuidade da cultura africana (RODRIGUES, 1977).

Reconhecidamente, um dos elementos mais utilizados para reconhecimento de remanescentes de quilombos, além da história de entrada pela escravidão, diz respeito a sua origem étnica. Segundo historiadores, com a imigração desses diversos povos africanos para o Brasil, consolidou-se uma herança étnica extremamente diversa na cultura e organização social no país, fato que nos faz refletir na impossibilidade de conceber a história dos quilombolas como espaço geográfico homogêneo, restrito a ideia de uma única África. Uma boa exemplificação desse fato, diz respeito aos registros históricos dos grupos que mais sofreram com o tráfico de escravos para o Brasil: Fula, Mandinga, Mendle, Ashanti, Bankuka (Guiné Bissau); Cambindas (Congo); Mahii, Sombas (Dahomé); Mina (Togo); Mossi (Gabão); Fulani (Níger); Senufo, Baule, Dazon, Yalauré (Costa do Marfim); Ngola, Mbunda, Benguela, Ribolo, Quimbundo, Kassanje, Bacongo (Angola); Ijeshá (Nigéria) (BRASIL, 2005). Todas essas populações representavam diferentes formas de vida, diferenciando-se pelo idioma, pela arte, cultura e religião.

Contudo, conceituar quilombo não é uma tarefa das mais simples, haja vista tratar-se de uma categoria de análise ainda em disputa. Não somente em função de seu caráter polissêmico, mas, em decorrência das diversas ressemantizações ocorridas ao longo da história, assim como devido aos pressupostos teóricos que estudam grupos de minorias étnicos/raciais serem muito divergentes em suas definições (ARRUTI, 2008).

Segundo Arruti (2008), do ponto de vista da antropologia, a primeira ressemantização apresenta-se no plano de explicações de grandes autores, como Ramos (1942) e Carneiro (1988), que buscavam compreender as características afrodescendentes da população negra no país, particularmente, na resistência cultural ao processo escravista. Com essas novas explicações, o conceito de quilombo passou a representar não apenas local de fuga do processo de escravidão, mas, também, como sujeitos afrodescendentes que detinham etnia e presunção de ancestralidade africana.

O segundo plano refere-se ao momento pós-abolição, no qual quilombolas passaram a sofrer pela exclusão social e forte dominação de classes, tendo de resistir a várias opressões para tentarem contornar as desigualdades sociais que foram se estabelecendo entre esses grupos étnicos e as outras populações do Brasil. Com efeito, a conceituação de “quilombolas” foi sendo substituída pela referência da ausência do Estado e estruturas de dominação de classes sociais (ibidem).

O terceiro plano ocorre em meados de 1970, o qual perdura até os dias atuais, em que o movimento negro torna-se forte na operacionalização da atribuição dos negros afrodescendentes, numa perspectiva de resistência sociocultural. Como consequência desse último plano de ressemantização, a antropologia resolve problematizar o uso do conceito de quilombo, defendendo, assim, uma nova terminologia para tratar esse grupo, qual seja a de “comunidades negras rurais”.

Essa nova formulação conceitual apresenta-se como uma forma de expandir o entendimento sobre essa população de que não eram mais formados apenas por negros/as isolados/as historicamente em quilombos, mas, também, de negros/as com histórico de escravidão que não sofreram nenhuma reparação do Estado pela situação de exclusão social vivida (ibidem).

Dessa última reformulação conceitual das comunidades quilombolas, teve-se o grande marco constitucional significativo para a demarcação da caracterização dessa população no país, que se deu por meio da Promulgação da Constituição Federal de 1988, em que se cria uma categoria jurídica de definição dessas comunidades. Nesse decreto, essas populações são definidas como um grupo social específico, com ancestralidade da população negra que viveu o processo escravocrata, dotado de uma trajetória histórica própria e de relações territoriais bem específicas, podendo também ser conceituado de Terras de Preto, Terras de Santo, Mocambo, Terra de Pobre, entre outros (INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA, 2017).

Em razão dessas outras considerações acerca das novas formas de caracterização dos quilombolas que, desde 2003, a Fundação Cultural Palmares, vem utilizando a definição promulgada pelo Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, no qual essas populações são descritas como remanescentes de comunidades quilombolas, segundo critérios de auto-atribuição da trajetória histórica relacionada ao período escravocrata e as ligações específicas com o território (BRASIL, 2003).

Mais recentemente, devido às lutas do movimento negro pela garantia de direitos e valorização das formas de existência dessas comunidades quilombolas, a mesma fundação, passa a compreender que, o conceito quilombola deriva de relações de uma realidade complexa e diversa, não passível de generalizações ou reducionismos. Trata-se, de uma questão, antes de tudo, política e jurídica que implica na valorização das formas de existir em território, que as caracterizam como comunidades que apresentam formas de produção econômica própria (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2022),

como por exemplo a agricultura de subsistência, o extrativismo, a pesca, o artesanato e, especialmente a agricultura, destinada principalmente à produção de farinha de mandioca, azeites e vegetais e produtos de uso local, assim como caracterizam-se como grupos que se reconhecem e se organizam socialmente por meio de práticas culturais e religiosas de matrizes africanas.

Essa forma de atribuição das comunidades quilombolas baseia-se, em grande parte, na abordagem histórica e social de caracterização dos quilombolas brasileiros, oriundo dos movimentos sociais e de luta da população negra para o reconhecimento das potencialidades dessas comunidades e importância dessas práticas culturais e econômicas para a história do Brasil. Essa abordagem busca valorizar a perspectiva do que se chama “quilombismo”, que de uma forma geral, representa uma visão menos reducionista do conceito dos quilombolas, focando sua análise nas potencialidades dessas comunidades enquanto força cultural, religiosa, artística e de subsistência socioeconômica (NASCIMENTO, NASCIMENTO, 2013). Ressalta-se que o quilombismo diz respeito a uma forma de resistência e ao modo desenvolvido pela comunidade negra de reaver seu passado africano e afro-brasileiro (FILGUEIRA; SILVA, 2019).

Esse entendimento objetiva superar a conceituação desses grupos populacionais apenas como a expressão máxima da saga de resistência dos povos africanos ao sistema escravista mercantil, ou de grupos que se isolaram geograficamente para sobreviver. O quilombismo é uma expressão de organização política e movimento social negro, que objetiva romper com essa visão eurocêntrica, de ótica colonizadora que, por muitas vezes, escamoteou grandes contribuições dos negros na cultura brasileira, nas formas de produção econômica e de vivência religiosa e social. Esse movimento assume uma posição ética de luta para assegurar a condição humana do povo afro-brasileiro, há tantos séculos tratados de forma humilhante e opressora (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2013).

Por fim, diante de tantas abordagens conceituais sobre os quilombolas ao longo da história, retratada a partir de perspectivas diferentes, pode-se definir quilombolas como um grupo populacional específico, que se originou a partir da necessidade de sobrevivência ao processo escravista e pelo esforço em resgatar sua liberdade e dignidade por meio da resistência no período da república. Mas, que ao longo do tempo traduziu-se por um autêntico movimento amplo e permanente de busca pela valorização das formas de existência das comunidades quilombolas, que inclui o respeito pelas diversas etnias, religião, cultura, arte e formas de subsistência em nossa sociedade.

5.1.1 Panorama geográfico das comunidades quilombolas brasileiras

Esse subcapítulo tem como objetivo trazer um panorama da distribuição geográfica dos quilombolas da região latina, no Brasil, na região Nordeste, dando ênfase a localização geográfica das

populações quilombolas no estado da Bahia, particularmente, destacando as duas comunidades existentes no município de Feira de Santana, as quais são objeto de estudo desta tese.

Antes de adentrar sobre esse panorama geográfico das comunidades quilombolas no país, faz-se necessário pontuar que não se sabe ao certo quantos quilombolas existem no Brasil, o que possivelmente, configura-se como mais um elemento do racismo estrutural. Embora haja diversas estimativas, variando de cinco a seis mil comunidades no país, só se saberá exatamente o quantitativo após conclusão do censo de 2022.

Ao fazer um panorama da realidade latino-americana, é verificada a permanência de diversas comunidades quilombolas nesses territórios. Dentre essas regiões latinas, pode-se constatar a existência dessas populações específicas na Colômbia, Equador, Suriname, Honduras, Belize e Nicarágua, e com a mesma configuração política e social de luta por direitos às terras e por uma qualidade de vida e saúde melhores (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO, 2022).

Segundo o quadro geral por estados e regiões do total de comunidades quilombolas registradas pela Fundação Cultural Palmares (2022), atualmente, 3.502 (três mil, quinhentos e dois) comunidades quilombolas encontram-se certificadas no Brasil, distribuídas em todo o território nacional. Dessas populações espalhadas por todo país, encontram-se famílias, comunidades quilombolas que, ainda hoje, lutam pela garantia de suas terras e por políticas públicas que consigam garantir uma qualidade de vida digna, concedidas pelo marco inicial da constituição de 88 (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO, 2022).

Desse quantitativo geográfico, 61% dessas comunidades quilombolas encontram-se localizadas no Nordeste, 17% na região Sudeste, 10% no Norte, 7% no Sul, e 5% na região do Centro-Oeste no país. Dentre essas regiões, notadamente, o Nordeste apresenta-se como a região geográfica que possui mais comunidades quilombolas certificadas, somando um quantitativo de 2219 (duas mil, duzentas e dezenove) comunidades, no geral. No caso do estado da Bahia, nos dias atuais, existem cerca de 829 (oitocentos e vinte e nove) comunidades quilombolas certificadas, representando o segundo estado com maior quantitativo de famílias quilombolas registrados até o momento (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2022).

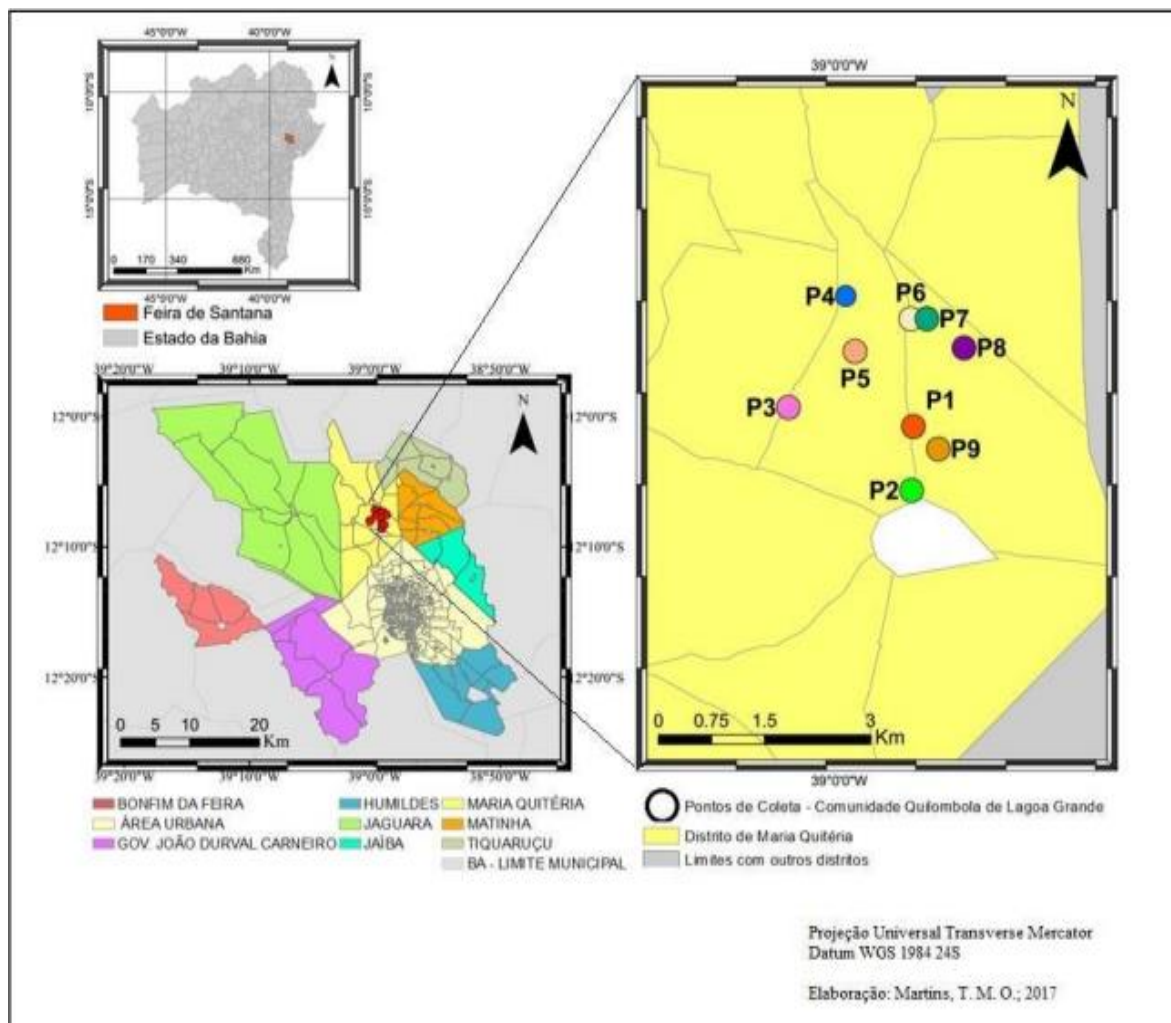
Vale ressaltar que, o processo escravocrata na Bahia ocorreu, primeiramente, no município de Salvador, depois chegou ao Recôncavo da Bahia. Posteriormente, com o interesse da coroa portuguesa na exploração da pecuária, que os negros escravizados chegaram na região de Feira de Santana e em todo semiárido baiano (AMORIM, GERMANI, 2005).

Em relação a Feira de Santana, segunda maior cidade baiana, com população total estimada, em 2020, de 619.609 (seiscentas e dezenove mil, seiscentas e nove) pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO

DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020), até o momento, há três comunidades quilombolas reconhecidas e certificadas pela Fundação Cultural Palmares, a saber: Lagoa Grande (certificada em 17 de abril de 2007), Matinha dos Pretos (certificada em 05/02/2014) e Fazenda Candéal II (certificada em 29 de novembro de 2016) (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2022).

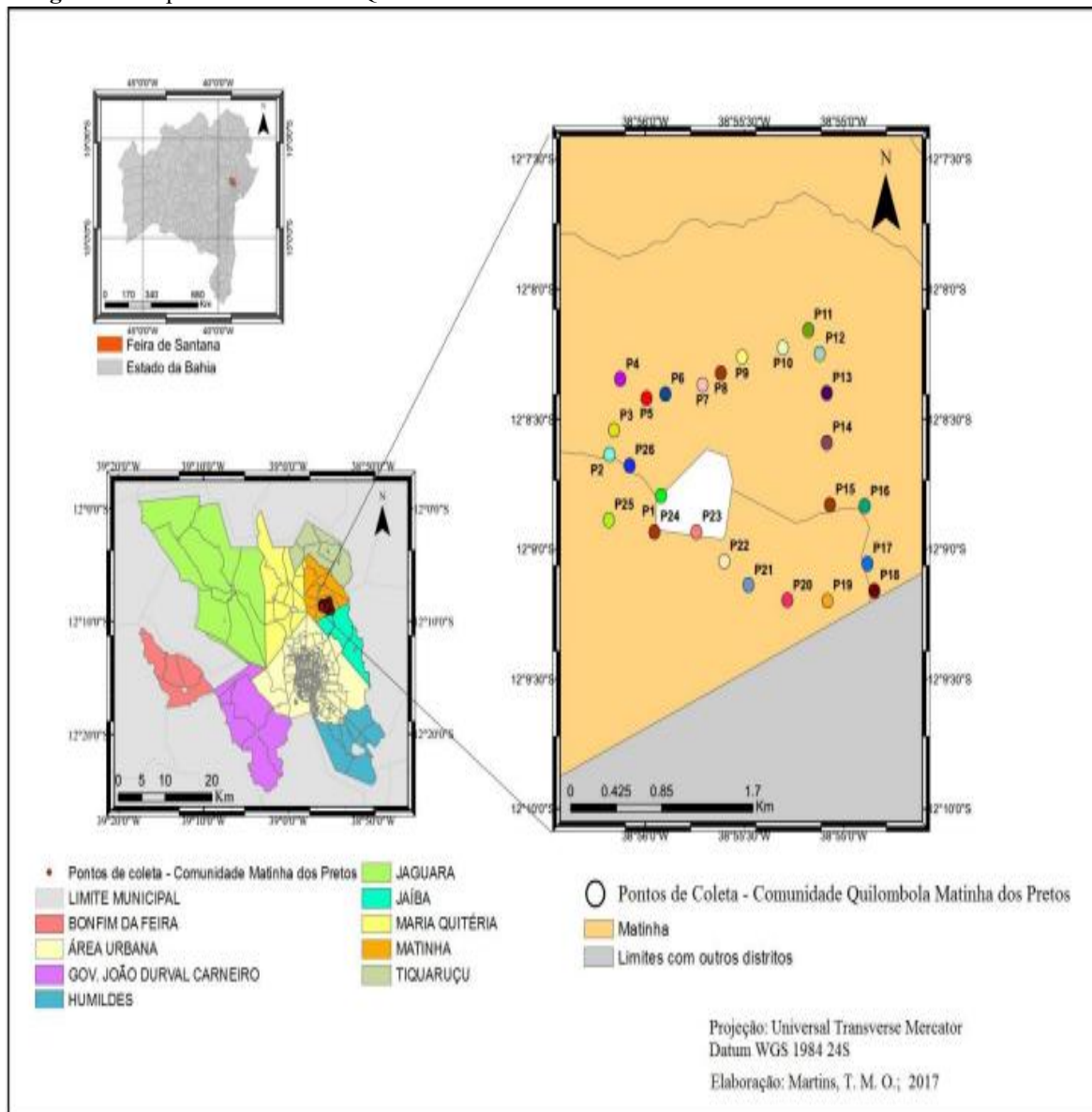
Em relação as duas comunidades quilombolas, objeto de estudo desta tese, houve um mapeamento geográfico realizado no ano de 2017, das famílias quilombolas existentes nas áreas territoriais da Lagoa Grande e Matinha dos Pretos, em que foram verificados pontos de concentração das comunidades quilombolas ao longo dos distritos, conforme elucidam os mapas abaixo:

Figura 1: Mapa da Comunidade Quilombola Lagoa Grande



Fonte: Araújo, 2017

Figura 2: Mapa da Comunidade Quilombola Matinha dos Pretos



Fonte: Araújo, 2017

No distrito Lagoa Grande estima-se que exista nessa comunidade rural 12.077, e na Matinha dos Pretos um total de 8.855 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Nessas duas comunidades quilombolas (**Figura 1 e Figura 2**), ainda são mantidas algumas tradições de origens africanas, como exemplo maior, têm-se as práticas peculiares de sustento baseadas no trabalho no campo (agricultura e artesanato) (SAMPAIO; BARZANO, 2013; MENDONÇA, 2014), assim como manifestações culturais e artísticas, como é o caso do grupo de samba de roda: “Quixabeira da Matinha”, uma das maiores expressões da cultura afrodescendente no território (SAMPAIO; BARZANO, 2013).

5.1.2 Políticas públicas de saúde para quilombolas

Este tópico trata do conceito de políticas públicas, de forma geral, e da relevância das mesmas ao campo da saúde, com destaque para as duas políticas públicas de saúde voltadas às comunidades quilombolas no país. Também evidencia uma análise crítica de alguns pontos envolvidos na efetivação dessas políticas para garantia de promoção da saúde dos quilombolas, por meio de reflexões críticas acerca do processo de implementação.

As políticas públicas possuem um caráter polissêmico, estando associadas às diversas abordagens teóricas/conceituais. Nesse contexto, grande parte delas encontram-se relacionadas ao entendimento de políticas públicas enquanto ações governamentais direcionadas às grandes questões sociais (BACHRACHB; BARATZ; 1962). Outra parte, enfatiza o papel das políticas públicas como ferramenta crítica para resolução de problemas de ordem social, privilegiando as ações de cooperação entre governo, sociedade civil e outras instituições (SOUZA, 2006).

Independentemente de sua conceituação, a criação e implementação de políticas públicas de saúde em uma sociedade têm uma importância efetiva muito significativa no enfrentamento das desigualdades sociais em saúde entre diversos grupos populacionais, haja vista representar um movimento significativo de inclusão social e direito ao exercício pleno da cidadania.

Ao ser analisada as políticas públicas brasileiras voltadas aos quilombolas, é possível identificar uma atuação estatal fragmentada e descontinuada, uma vez que essas ainda não abarcam todos os aspectos propostos pelos programas ofertados, resultando na reduzida visibilidade social desse grupo populacional nas iniciativas de intervenções estatais existentes (FEITOSA; CASTILHO; LACERDA, 2021).

Num panorama histórico, verifica-se que o primeiro marco constitucional dos direitos da população quilombola deu-se a partir da constituição de 1988, em particular, por meio de três artigos: art. 68 que descreve o direito à terra; o art. 215 que assegura a identidade étnica e cultural; e o art. 216 que assegura o direito patrimonial material e imaterial desses grupos específicos (BRASIL, 2012). Por conseguinte, houveram importantes ações governamentais implementadas no ano de 2003, no Governo do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, culminando na criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR), com objetivo estratégico de articular ações direcionadas a garantia de direitos e promoção de igualdade racial (BRASIL, 2004).

Logo após a criação dessa secretaria especial, foi criada, em 2004, por meio de uma pactuação entre SEPPIR e Governo Federal, a principal política pública voltada aos quilombolas no país: o “Programa Brasil Quilombola”. Esse programa foi construído por meio de um conjunto de medidas

estratégicas para garantir a melhoria das condições de vida dessa população (BRASIL, 2004).

O Programa Brasil Quilombola (PBQ) é dividido em eixos de intervenção, os quais se referem ao direito fundiário (eixo 1); aos mecanismos de articulação entre serviços governamentais para atender reais demandas sociais, de educação e saúde das comunidades quilombolas espalhadas em todo território nacional (eixo 2); apoio e incentivo ao desenvolvimento econômico através de produção local e fortalecimento de iniciativas regionais (eixo 3); incentivos direcionados ao protagonismo de lideranças quilombolas e controle social (BRASIL, 2013).

É notável o potencial desse programa para garantia ao acesso às terras ocupadas por esses grupos sociais ao longo da história, aos serviços de infraestrutura e ao exercício pleno da cidadania, por meio da melhoria das condições de vida dessa população (BARBOSA; BRAGA; RODRIGUES, 2016). Todavia, torna-se válido destacar que, este programa foi objetivamente extinto nos últimos quatro anos, como todas as demais políticas públicas para as populações tradicionais.

No que tange, especificamente, às políticas públicas voltadas à saúde dos quilombolas, atualmente em vigência no país existem duas políticas. A primeira, diz respeito a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que é uma política voltada a garantia de direito da população negra, que além de retratar a condição de desigualdade em saúde vivenciada pelos negros em nossa sociedade, estabelece princípios para as ações em saúde em todo território nacional, com vistas a melhoria dos indicadores de saúde desse grupo, especialmente, dos quilombolas e negros residentes em campos, florestas e ribeiras (BRASIL, 2009).

A segunda política refere-se à Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que objetiva melhorar o nível de saúde às populações do campo e floresta, visando a redução de riscos à saúde, melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida de diversas populações que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra, à exemplo das populações quilombolas (BRASIL, 2013).

A PNSIPN apresenta-se como um marco legítimo da garantia de equidade do acesso à saúde integral da população negra a partir de diretrizes e estratégias que visam diminuir desigualdades étnico/raciais, especialmente de negros mais vulnerabilizados em nossa sociedade, como é o caso dos quilombolas que devido ao seu processo sócio-histórico de exclusão social, caracteriza-se como um subgrupo em condições de vida de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2009). Para tanto, destaca eixos das esferas de gestão, com vistas a descrição estratégica de possibilidade de ações efetivas no direcionamento de uma organização em saúde que privilegie a melhoria dos indicadores de saúde da população negra.

Esses eixos compõem os princípios estabelecidos nessa política, com vistas a garantia da implementação das ações em saúde. Tais princípios foram estruturados em: 1) Marca (reconhecimento

das iniquidades em saúde, da vulnerabilização dos grupos étnicos/raciais e de alguns determinantes dessas desigualdades, como o racismo estrutural e a precária condição socioeconômica); 2) Diretrizes Gerais (inclusão de temas importantes para discussão em sociedade para superação do racismo em programas de educação permanente aos trabalhadores da área da saúde, incentivo à produção científica acerca dos temas, fortalecimento da participação dos movimentos sociais nas instâncias colegiadas, reconhecimento do saber popular em saúde, especialmente as de matrizes africanas, monitoramento de ações de redução dessas desigualdades, desenvolvimento de um sistema tecnológico de comunicação); 3) Objetivo Geral (promover saúde integral, com base na redução das desigualdades étnicos/raciais, fomentadas pelo racismo e à discriminação em serviços do SUS); 4) Objetivos Específicos (trata de objetivos que entendem esforços para efetivação do objetivo geral, os quais perpassam por medidas de garantia, apoio e organização de ações específicas) (BRASIL, 2009).

Ademais, na direção de uma tentativa de organização das estratégias de gestão, o Capítulo III, inciso IV da PNSIPN propõe o “estabelecimento de metas específicas para a melhoria dos indicadores de saúde da população negra, com especial atenção para as populações quilombolas” (BRASIL, 2009, pg. 29). Essa diretriz apresenta-se como processo operacional que visa fortemente o planejamento de metas, que se propõe a responder de forma efetiva as possíveis necessidades da população negra, em especial aos quilombolas, devido sua maior vulnerabilização.

Por consequência dessa diretriz, tem-se um grande passo na identificação de prioridades para o avanço das intervenções voltadas a esse segmento populacional, tendo em vista a abertura que o documento fornece para se pensar novas formas de gestão dessas ações em saúde para esse público, que perpassam pela elaboração de metas reais para melhoria de indicadores em saúde.

No entanto, pode-se destacar que, o documento, por não destacar as possibilidades de ferramentas, nem abordagem que pode ser utilizada, nem muito menos a metodologia, acaba por deixar a gestão frágil e sem sustentação prática que consiga, de forma efetiva, transpor para as práticas dos profissionais de saúde e para a lógica dos dispositivos que compõem a rede de assistência em saúde. Assim, não fica claro como pode-se planejar essas estratégias, ou ao menos, em que se basear para pensar possibilidades de ações/intervenções.

Além disso, não explicita qual a metodologia a ser utilizada para alcance desses fins, nem a abordagem que será adotada para organizar e garantir a implantação dessas práticas nos serviços de saúde, o que em certa medida, fragiliza a efetivação dessa política no Brasil.

Por sua vez, a PNSIPC trata de uma política sustentada na premissa de equidade no acesso à saúde, por meio de ações concretas focadas nas soluções de problemas relacionados à condição de vida e ao processo de trabalho no campo, na floresta e nas águas (BRASIL, 2013).

Vale destacar que, a PNSIPC é uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, que organiza suas ações a partir de planejamento estratégico, apresentando orientações de intervenções focadas no enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde vivenciadas pelas populações do campo e floresta. Para tanto, estrutura-se num plano operativo dividido em quatro eixos estratégicos, são eles: 1-acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde (trata da adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção de equidade em saúde de grupos em condições de vulnerabilidade); 2-Ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo e da floresta (refere-se às ações para a redução dos fatores de riscos e de agravos decorrentes dos processos de trabalho e desenvolvimento de intervenções visando saneamento ambiental); 3- Educação Permanente e educação popular em saúde como foco nas populações do campo e da floresta (trata de ações direcionadas ao desenvolvimento de processo de educação em saúde, tanto para profissionais da área, quanto voltadas às populações, além da realização de pesquisas e projetos de extensão na área da saúde e fortalecimento de atividades de fomento à gestão); 4-Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo e da floresta (refere-se às práticas de monitoramento e avaliação que priorizam como referência na atuação os indicadores de morbimortalidades nas populações do campo e florestas) (BRASIL, 2013).

Considerando estudos que descrevem os indicadores de saúde das comunidades quilombolas em nosso país, alguns inquéritos populacionais com esses subgrupos constataram que os péssimos indicadores de saúde estão significativamente associados com a condição de vida, como baixo nível educacional e de renda, bem como péssimas condições de moradia e a dificuldade do acesso aos serviços de saúde (BEZERRA, 2014; ARAÚJO et al., 2020). Essa realidade, traz uma primeira e importante reflexão sobre a relevância de esforços teórico/metodológicos para implementação da PNSIPN nos serviços do SUS, referente ao entendimento de que as diretrizes e princípios do SUS apesar de definitivas para garantir a atenção à saúde da população negra, ainda é insuficiente tais medidas, quando verificamos o perfil epidemiológico da condição de vida e saúde dessas populações específicas (WERNECK, 2020).

A incipiência de uma melhor gestão para melhoria dos indicadores de saúde dos quilombolas foi também verificada por Silva et al. (2018) com as pessoas adeptas das Religiões de Matriz Africana e Comunidades Quilombolas nos municípios da Bahia, no ano de 2018, com objetivo de avaliar qualitativamente a implementação da PNSIPN, evidenciando através de análise dos critérios observados e entrevistas realizadas que essa política não foi implementada adequadamente, demonstrando o quanto se faz urgente a reflexão dos fatores envolvidos nessa situação, além dos achados apontarem para a necessidade de criação de estratégias que possam garantir a integralidade da saúde dos quilombolas (SILVA; ARAÚJO; SANTOS, 2018).

Levando-se em consideração essas duas políticas públicas de saúde e as necessidades sociais das comunidades quilombolas, pode-se constatar que o Estado tem um relevante papel social para além de diminuir as disparidades em saúde existentes entre a população negra e branca, o de realizar um processo de reparação as injustiças sociais sofridas pelos quilombolas, tanto no período escravocrata, quanto no período pós-abolição, assim como de resguardar sua identidade étnica, fomentando assim, igualdade de oportunidades. No entanto, embora seja constatada a importância da implementação de políticas públicas para essa população, estudos apontam que, mesmo diante da condição de vulnerabilização enfrentada na condição de vida desse grupo social, ainda são poucas e restritas as iniciativas estatais voltadas a reparação histórica sofrida (FEITOSA; CASTILHO; LACERDA, 2021).

Essa condição de desamparo constante de políticas públicas de reparo social acaba por sustentar a manutenção da condição vulnerabilizada de vida e saúde desses grupos, fazendo perpetuar o panorama de desvantagens sócio-históricas vivenciadas, e acirrando ainda mais as diferenças socioeconômicas existentes entre os subgrupos étnicos/raciais.

5.2 POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA

A posição socioeconômica diz respeito a um construto teórico/conceitual muito utilizado em pesquisas em saúde (GALOBARDES et al., 2007), que analisa possíveis fatores socioeconômicos envolvidos na posição que os diversos grupos sociais ocupam dentro da estrutura da sociedade (LYNCH, et al., 1994; KRIEGER; WILLIAMS; MOSS, 1997). Por ter inúmeras formas de investigação, muitas vezes, esse termo é confundido com classe social. Por essa razão, torna-se imperioso antes de discutir sobre posição socioeconômica, descrever acerca da classe social, apontando as principais diferenças entre ambos os construtos.

Classe social refere-se à formação de grupos sociais em decorrência das relações de poder que se estabelecem a partir das vinculações de trabalho e estrutura econômica, como por exemplo, a relação estabelecida entre a classe trabalhadora e a empresarial (GALOBARDES et al., 2007). Apresenta-se como uma das medidas possíveis para explicar a magnitude das distribuições dos adoecimentos nas populações (POSSAS, 1989). Claro que, essas relações sociais podem ser operacionalizadas por meio de estratificações sociais, mas o conceito de classes não pode ser reduzido a essa operacionalização (LUDERMIR, 2008), haja vista referir-se à uma categoria teórica mais ampla.

Nesse sentido, classe social é um produto da sociedade, em que são desenvolvidos mecanismos de assimetrias entre populações, no qual um grupo social é explorado em detrimento de outro, por isso ela é capaz de informar uma miríade de trajetos sócio-históricos que levam a iniquidades sociais, de renda

e saúde. Por sua vez, a posição socioeconômica se relaciona aos principais fatores associados a condição de exposição, níveis de recursos e suscetibilidade que podem levar um grupo social a adoecer (GALOBARDES et al., 2007).

Segundo Krieger et al. (1997) existem dois aspectos extremamente relevantes na composição do construto de posição socioeconômica, quais sejam: a) recursos materiais reais (de natureza categórica, diz respeito a ter ou não ter recursos reais para o sustento financeiro) e b) a condição de status social, que envolve lugar social de prestígio nas relações entre as populações na sociedade (refere-se a posição hierárquica construída histórica e socialmente de um determinado grupo social).

Esses aspectos, segundo a Commission on Social Determinants of Health (CSDH), compõem os indicadores robustos de uma análise final da posição socioeconômica: estratificação e classe social para verificação de desigualdades sociais em saúde (SOLAR; IRWIN, 2010). A estratificação é observada pelo nível de acesso aos recursos materiais de um grupo social (riqueza e renda), e por meio de elementos simbólicos da posição social (status de privilégio, afetos e emoções). A classe social, numa visão weberiana, situa-se na noção de status entre os grupos sociais, que diz respeito distribuição hierárquica das pessoas dentro de uma comunidade (SOUZA, 2015).

No campo da epidemiologia, as origens teóricas da posição socioeconômica estão relacionadas as perspectivas de dois teóricos, Karl Marx e Max Weber. Para Marx, esse construto era relacionado a classe social estritamente, e definido por seus meios de produção e pelo conflito entre classes - os trabalhadores explorados e os capitalistas. Diferentemente de Marx, Weber entendia que a sociedade é estratificada a partir de hierarquias sociais e históricas, criando grupos socialmente semelhantes, pois compartilhavam formas de vida similares por conta da posição de mercado comuns, levando a oportunidades de vida diferentes (BARTLEY, 2004). Destaca-se que, nessa referida tese a filiação de posição socioeconômica é Weberiana, em decorrência da compreensão hierárquica de poder na sociedade, o que acarreta em disparidades de condições e vida.

Dentre os elementos possíveis de serem avaliados pela posição socioeconômica estão os indicadores baseados na habitação, pois responde a uma das grandes despesas da renda (que podem ser mensurados pelo acesso a água, banheiro, esgotamento sanitário, quantidade de cômodos na casa, material utilizado para fazer a casa, entre outros); renda (indicador mais direto da análise dos recursos materiais, apresentando implicações significativas no estado de saúde das pessoas); ocupação (na leitura de Weber como posição social ocupada, a relação entre renda e nível educacional, que pode influenciar nos níveis de exposição social) (GALOBARDES et al., 2007).

De acordo com Williams e Rucker (1996), a posição socioeconômica é mais que um conceito abstrato, posto que consegue indicar, a partir de marcadores sociais, o lugar social que os diferentes

indivíduos ocupam na sociedade, determinando assim a condição de vida, o acesso a bens e serviços e, conseqüentemente, o melhor ou pior estado de saúde. Ela é representada por indicadores de pobreza, rendimentos, riqueza, educação, ocupação ou um índice composto desses fatores, os quais acabam por explicar os diferenciais em saúde/ saúde mental existentes entre as populações (SCHOENDORF et al., 1992; KRIEGER et al., 1993; ADLER, et al., 1994; WILLIAMS; COLLINS, 1995; WILLIAMS; RUCKER, 1996; BHUÍ et al., 2005; ANTUNES, 2008; ALVES; RODRIGUES, 2011).

Estudos na área da saúde pública apontam que, existe uma maior propensão dos sujeitos que possuem menor condição socioeconômica a desenvolverem problemas de saúde física e mental (SCHOENDORF et al., 1992; KRIEGER et al., 1993; ADLER, et al., 1994; WILLIAMS; COLLINS, 1995; WILLIAMNS; RUCKER, 1996; PATEL et al., 1999; LUDERMIR, 2000; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; LUDERMIR, 2005). Por essa razão, inclusive, os indicadores que compõem o construto da posição socioeconômica apresentam-se como importantes preditores da investigação das manifestações psiquiátricas (AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION STATEMENT ON RACE, 1998).

5.2.1 Determinação sócio-histórica da posição socioeconômica dos quilombolas no Brasil

Na tentativa de explicar a determinação sócio-histórica da posição socioeconômica dos quilombolas no Brasil, optou-se pelo resgate crítico da história da entrada dos negros no Brasil, assim como a origem da condição vulnerabilizada de vida dessa população. Para tanto, nesse capítulo será utilizada duas teorias: a Teoria Sociológica Crítica, de Florestan Fernandes, em sua obra: “A integração do negro na sociedade de classes” e a teoria do “Espaço Dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos”, de Milton Santos. Essas teorias convergem e se complementam no entendimento da existência de uma ordem social pautada na iniquidade e desigualdades, e no impacto que essa condição revela para os que se situam abaixo na cadeia social.

5.2.1.1 Exclusão social como expressão das desvantagens sócio-históricas vivenciadas pelos quilombolas no Brasil, à luz da teoria da sociologia crítica

A análise sócio-histórica torna-se indispensável a uma interpretação correta da realidade da condição de vida e saúde dos quilombolas no Brasil. Para tanto, será descrito o panorama de desvantagens sócio-históricas a partir de uma breve explanação das abordagens teóricas da história, antropologia e sociologia acerca da temática. Essas diferentes abordagens e, mais particularmente, a análise teórica da

sociologia crítica de Florestan Fernandes, tentam explicar a condição de exclusão social vivenciada por esse grupo específico até os dias atuais. O estudo da história do processo de escravidão no Brasil permite localizar o início da trajetória de desvantagem social dos remanescentes de quilombo, com evidências de presença de herança traumática associada às memórias de grande sofrimento físico e psíquico. Essa herança traumática é evidenciada desde a chegada dos afrodescendentes, através do movimento conhecido como diáspora africana, a qual se apresenta como forte elemento do processo de desigualdade entre os grupos sociais no país e como contribuição para o status de população “sem poder”.

O termo diáspora corresponde a um movimento de deslocamento e dispersão, forçado ou não, de um determinado grupo populacional por outras partes do mundo (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2019). É sabido que os portugueses se interessaram mais pelo tráfico de escravos do que outros países, haja vista ter sido uma das maiores fontes de riqueza do Século XV. Nesse contexto, os mesmos invadiam o continente africano, com o apoio do rei do Congo, que orientava os ataques portugueses no sequestro de negras e negros, especialmente, nas áreas do sul da Angola, onde se situava a região de etnia mbundu (NASCIMENTO, 1984). Desse movimento violento, nascem diversas formas de resistência e luta da população negra para manter sua identidade cultural e integridade física e psicossocial no Brasil, sendo a formação dos quilombos a maior expressão desse movimento. Segundo o historiador Clóvis Moura (1993), o escravismo no Brasil tem especificidades, quando comparado com outros países ou regiões da América, posto que foram mais de 400 (quatrocentos) anos de escravidão, tendo sido consolidado no país, em meados de 1850, um modo de produção de trabalho específico baseadas nessa prática perversa.

Trata-se, na verdade, de um verdadeiro sistema social criado com bases nas desigualdades entre os grupos, tendo sido estabelecida uma forma de organização desigual também após a abolição.

Do ponto de vista da história, à medida que aumentava o número de escravos, consolidava-se a repressão do aparelho de Estado escravista; e, com isso, instituíam-se formas violentas de dominação social, ideológica e política, que desumanizavam a cada dia a população negra no país. Em outras palavras, a classe dos escravizados (oprimida) e a dos senhores (opressores/dominantes) tornava-se uma realidade social perversa, tendo em vista essa estratégia de dominação ter se cristalizado em forma de racismo estrutural, baseada na premissa de inferioridade da etnia/raça negra (MOURA, 1993).

O fato é que a escravidão no Brasil deu-se a partir de um processo violento e desumano, que gerou marcas físicas, psicológicas e sociais que se eternizaram ao longo da história, tendo repercussões geracionais demasiadamente traumáticas para o negro no país. Dentre as atrocidades vivenciadas pelos negros na escravidão, várias formas de dominação foram executadas, como os diversos tipos de torturas físicas (ferrados como animais; torturados até a morte, etc.) e humilhações psicológicas (os discursos e

tratamentos ofertados aos negros, sempre demarcados pelo discurso de inferioridade racial), conforme relata Moura (1993).

Assim, a exclusão social, além de ser uma forma de materialização ideológica, resultado da posição/status social destinada aos escravizados pela classe dominante desde o período colonial, também decorreu por vias de fato como ato de sobrevivência e resistência desse grupo, tendo sido a formação dos quilombos a maior expressão desse contexto. Ao analisar a relação entre “liberdade” dos negros e condição de escravidão, Jacob Gorender (2002) verifica que, mesmo diante do Decreto em 1794, da libertação dos escravos pela Revolução Francesa, a condição de escravos continuava sendo alimentada por grandes figuras da época, como foi o caso de Napoleão e Thomas Jefferson, que não viam incoerência entre a economia acontecer com ideias liberais de mercado e o escravismo, pois julgavam que os negros pertenciam a uma raça de inteligência inferior.

Todavia, a questão do entendimento do panorama de desvantagens sócio-históricas dos quilombolas não pode ser reduzida exclusivamente ao processo escravista ocasionado pela diáspora africana e pela escravidão. Ao invés disso, deve-se ater ao quadro dos determinantes da exclusão social provocado, em grande parte, pela forte dominação de classes vivenciada no Brasil no período da República. Essa observação conduz à necessidade de uma outra compreensão: de como se deu o destino do negro escravizado após a abolição e quais foram as condições sociais resultantes desse processo.

Passado o processo de abolição da escravatura, o contexto social que se viu foi o de abandono e exclusão total dos ex-escravizados, por conta de não existir uma proposta de reintegração social ou qualquer política/reforma de reparação à condição de sofrimento vivenciada. Pelo contrário, o que houve foi um projeto de modernização conservadora, o qual fez exacerbar o racismo como forma de discriminação. Por essa razão, o advento da abolição não pode ser atribuído apenas como forma de justiça social; a verdade é que, no período da República, com a modernização e industrialização dos processos de trabalho, o escravismo tornou-se mão de obra cara e obsoleta, a qual dava lugar para uma nova visão de lucro, a do imigrante europeu assalariado (MARINGONI, 2011).

Concernente à compreensão da sociologia crítica, parece ter surgido uma nova forma de organização social pautada nas ideias liberais de economia, segundo as quais o negro tinha de achar meios para a sobrevivência de si próprio e de seus dependentes, embora não dispusesse de recursos técnicos/profissionais nem morais para conseguir competir por uma vaga como trabalhador liberal. Como consequência dessa nova ordem social imposta, os remanescentes da escravidão tornavam-se cada vez mais susceptíveis economicamente, incorporando-se à massa de desocupados e de semicupados em práticas laborais de subsistência, em localidades mais afastadas do centro ou em outras regiões.

Somando-se a essa realidade, ainda existia uma disparidade no que se refere ao acesso às poucas

oportunidades de subempregos que existiam, seja por conta da ausência de preparo técnico, quando comparados à mão de obra europeia importada ou decorrente de atribuição condenatória de valores morais, sociais e de ideias políticas de que a “raça” branca deveria ser a dominante, por supostamente ser uma “população superior” (FERNANDES, 1964). Na prática, essa situação atribuía aos remanescentes de escravos o começo da eternização sócio-histórica do lugar de grupo mais pobres da sociedade brasileira.

Os resultados de tais condições de disparidades entre subgrupos populacionais retratam um dos maiores problemas ideológicos propagados até hoje no Brasil, referente à ideia de “progresso” do país a partir da sustentação teórica de superioridade da raça branca em detrimento de outros subgrupos. Trata-se aqui de discutir acerca das teorias racialistas que fomentaram uma organização social pautada na ideologia do racismo, e que tinham como objetivo a tentativa de justificar a condição de superioridade intelectual, moral e física do europeu branco. O primeiro formulador dessas ideias foi o conde francês Joseph Arthur Gobineau (1876-1882), que defendia que os direitos não poderiam ser equânimes, posto a inferioridade da raça negra (MARINGONI, 2011).

A tese posterior, a da “democracia racial”, defendida por Gilberto Freyre em sua obra “Casa Grande e Senzala” (1939), pautava-se na ideia de que o negro não sofria racismo no Brasil, sustentando que práticas raciais discriminatórias foram deixadas no passado, junto com o período da escravidão, e que essa experiência não pode ter resultado em trauma psíquico. O autor tentou justificar essa hipótese através da possível “boa índole” do povo brasileiro, bem como defendia que os prestígios sociais e materiais foram igualmente ofertados durante o processo de expansão urbana e industrial (FERNANDES, 1964). A verdade é que a ideologia do racismo sustentava tanto a dominação de classes, quanto as desigualdades sociais entre as camadas populacionais no país, tendo raízes no preconceito racial abolicionista.

Os resultados disso reverberam até os dias atuais na sociedade brasileira, ao se confirmar a história de exclusão social vivida pelo negro no Brasil, e pelo retrato das condições de vida dessa população, as quais demarcam a posição de camada mais pobre do país (MARINGONI, 2011).

Segundo Florestan Fernandes (1964), enquanto o branco da classe dominante conseguia boa condição socioeconômica e destaque em sua posição sociopolítica, o negro era o operário desqualificado que não conseguia equiparar-se a qualquer outra classe trabalhadora, nem ao assalariado branco estrangeiro ou nacional. Restava para o negro disputar eternamente oportunidades residuais, de baixa valia ou, até mesmo, compor a parcela marginal do sistema. Essa situação condicionava os ex-escravizados a uma condição de vida similar ao da escravidão, no que tange aos direitos aos mínimos sociais, uma vez que os mesmos acabavam procurando trabalho com seus antigos senhores ou em outras fazendas, ainda que fossem trabalhos forçados, para a manutenção de sua sobrevivência (FERNANDES,

1964).

É somente a partir desse entendimento que podemos compreender o contexto de iniquidade social vivenciado pelas comunidades quilombolas no país e a constatação da necessidade da efetivação de políticas sociais reparadoras, que venham a garantir a cidadania plena e sua adequação orçamentária capaz de mitigar as condições socioeconômicas vulneráveis, já que se reconhecem as diferenças sociais entre os grupos populacionais no Brasil (FRASER, 2006).

Ademais, são notórios os efeitos da privação histórica que os ex-escravizados ou remanescentes de quilombo passaram, concernentes aos meios para organização de vida em liberdade no novo sistema econômico modernizado, resultando num desajustamento econômico, regressão ocupacional e desequilíbrio social.

5.2.1.2 Segregação socioespacial e formação do “circuito inferior”: uma explicação teórica da exclusão social vivenciada pelos remanescentes de quilombos no Brasil

O estudo da história dos grupos étnicos com presunção de ancestralidade africana no Brasil permite revelar uma especificidade em seu processo de espacialização e de território ocorrida ao longo do tempo. Essa especificidade aparece claramente como possível reflexo da exclusão social vivenciada por esses indivíduos, que é expressa na condição de vida, no espaço territorial e no acesso a bens e serviços por esses grupos.

Dessa forma, essa proposição será explanada considerando uma possível explicação para essa condição, com base na teoria do “Espaço Dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos”, de 1979, desenvolvida pelo geógrafo Milton Santos.

Num esforço de simplificação, pode-se dizer que, no período da República, ou seja, pós-abolicionista, o Brasil viveu grandes transformações sociais e econômicas decorrentes do processo de modernização e industrialização, que chegou com a implantação de uma dinâmica capitalista – materializada nas relações comerciais do café; casas bancárias; estradas de ferro; bolsa de valores, etc. Essa nova organização de trabalho levou a uma transformação de parte da oligarquia agrária em uma classe burguesa.

Por conta dessas mudanças, estabeleceram-se modificações severas no funcionamento do Estado e nas relações sociais, assim como nos modos de produção, baseados em ideias liberais de mercado, as quais consideravam o ex-escravizado como trabalhador sem utilidade. Tais condições acabaram por levar ao avanço do capitalismo e, de outro lado, à inviabilização do escravismo brasileiro e à consequente posição de subalterno do negro na sociedade (MARINGONI, 2011). Assim, o essencial da análise da

exclusão social dos quilombolas recai primordialmente no entendimento das consequências desse processo na condição de vida dessas pessoas. Essas consequências, em grande parte, estão relacionadas com a desagregação do regime servil, conduzida pelo processo escravocrata e senhorial que operou no Brasil, no qual o negro foi expulso do sistema econômico e das relações de produção por ser considerado mão de obra não compatível com o novo regime trabalhista do país (FERNANDES, 1964).

Por sua vez, toma-se mister esclarecer que a resposta ao aparelho econômico, que oscila entre a adaptação aos processos de trabalho moderno e as realidades sociais herdadas, acabou por criar dois circuitos econômicos no país, um superior e outro inferior (SANTOS, 1979), condição que fez gerar uma segregação socioespacial importante para se analisar o panorama de desvantagens existentes entre os subgrupos populacionais no país. Sendo assim, o problema de uma sociedade econômica não pode ser estudado de modo fragmentário: ao lado dos aspectos da produção, é indispensável considerar e analisar os aspectos da distribuição e do consumo, assim como os do emprego e da condição de vida das pessoas. Por esse motivo, a posição socioeconômica deve ser considerada uma variável de análise importante.

Foi nessa conjuntura de exclusão social dos quilombolas na cadeia produtiva capitalista que essas pessoas se viram segregadas socialmente e em seu espaço territorial, passando a integrar o circuito inferior da economia brasileira. Não obstante o reconhecimento da existência dos dois circuitos econômicos, derivados da segregação socioespacial decorrente do processo de urbanização e modernização, verifica-se a necessidade de discussão de alguns conceitos teóricos importantes, tais como: modernização; segregação socioespacial; e circuitos superior e inferior.

A teoria do espaço dividido de Milton Santos (1979) discute o impacto social do processo de industrialização e urbanização no Brasil. Essa vertente teórica demonstra como o país, que incorporou o modelo de urbanização importado, baseado no capitalismo, acabou se tornando uma sociedade segregada, por não analisar as demandas sociais que enfrentava, organizando-se espacialmente de forma desigual, e deixando visíveis as diferenças regionais, econômicas e sociais entre grupos populacionais específicos. Nessa teoria, compreende-se que o impacto da modernização tecnológica sobre o espaço do Terceiro Mundo considera como fundamental as bases econômica e política (SANTOS, 1979).

Para esse autor, as teorias que tentaram explicar a evolução dos países subdesenvolvidos não levaram em consideração dados específicos da dinâmica do espaço, uma vez que o espaço não é o mesmo em países que se mantiveram historicamente subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil. O sistema urbano e a cidade possuem, à luz dessa teoria, dois circuitos de funcionamento socioeconômico: o moderno e o inferior. Outrossim, a análise que fizeram do processo de urbanização nos países emergentes não foi adequada, haja vista ter considerado apenas o circuito moderno, isto é, de industrialização. Assim, os sistemas históricos (processos de urbanização e modernização) do Brasil acabaram por impactar de

forma desigual na organização ou reorganização do espaço, da sociedade e da economia, devido, em grande parte, à ausência de articulação local das atividades e da redistribuição regressiva da renda (ibidem).

Numa breve definição, entende-se modernização como um tipo de inovação com tendência à generalização e influência em todas as camadas sociais. Desse processo moderno surge o circuito superior como resultado direto, caracterizando-se como o setor onde as atividades funcionam com base no progresso tecnológico e as pessoas conseguem se beneficiar desse desenvolvimento. Por sua vez, o circuito inferior caracteriza-se como resultado indireto da modernização, dirigindo-se, de maneira parcial, a poucas pessoas ou nenhuma da camada mais pobre da sociedade.

Nesse setor, o trabalho é fator essencial, enquanto no circuito superior é o capital, sendo o emprego uma realidade difícil de definir, pois compreende tanto o trabalho mal remunerado, quanto o trabalho temporário ou instável. Ademais, pode-se apresentar o circuito superior como constituído pelos bancos, comércio e indústria de exportação, indústria urbana moderna, serviços modernos, atacadistas e transportadores. Já o circuito inferior, forma-se a partir de atividades de pequena dimensão, a exemplo da agricultura (ibidem).

De resto, evidencia-se que o problema do processo de modernização encontra-se, de um lado, na pouca oferta de vagas de emprego, visto que as indústrias possuem nível alto de capital; e, por outro lado, desvalorizam-se as atividades locais, como a atividade em lavouras, levando à exclusão social de muitos subgrupos populacionais situados nas camadas mais pobres do sistema econômico (ibidem), a exemplo das comunidades tradicionais, que em sua maioria vivem da agricultura, não tendo atividades fixas, nem renda permanente. Dessa forma, populações tradicionais acabam por não usufruírem desse “progresso” com a instalação da modernização socioeconômica.

Por sua vez, grupos populacionais, como é o caso dos remanescentes de quilombo, que foram empurrados para o circuito inferior, nem sequer entram na análise de desenvolvimento. Trata-se, então, da necessidade de análise do desenvolvimento econômico em sua dimensão espacial, ou seja, deve-se considerar informações sobre o nível de vida dos grupos populacionais e características associadas à multidimensionalidade da posição socioeconômica.

Com efeito, diante de tudo o que foi exposto, não é de se estranhar o lugar social dos remanescentes de quilombos no circuito inferior da cadeia produtiva, pois os mesmos compõem a massa social mais deserdada da história do Brasil. Não foram marginalizados, somente, como a maioria das camadas mais pobres do país; mas sim, explorados e oprimidos historicamente, com presença de herança traumática de um contexto de exclusão social determinado por dois momentos históricos: o da escravidão e o da dominação de classes sociais. Como consequência, tem-se uma relação inegável de causa e efeito

entre o pertencimento ao circuito inferior e à exposição direta à situação de empobrecimento. Assim sendo, possivelmente, estar exposto ao setor mais vulnerável socioeconomicamente, com todo histórico de exclusão social sofrido, leva os quilombolas à condição de pobreza estrutural.

5.2.2 Perfil epidemiológico da condição de vida vivenciada pelas comunidades Quilombolas no Brasil

Do ponto de vista do perfil epidemiológico da condição de vida das comunidades quilombolas no país, é constatada a dificuldade de se produzirem evidências científicas atualizadas e que realmente revelem a realidade de vida e saúde desse grupo étnico/racial devido, em grande parte, pelo desinteresse dessa pauta nas agendas políticas do país, por meio da não implementação plena e do não monitoramento de políticas públicas importantes para essa população, como a PNSIPN e, particularmente, do PBQ e sua agenda social criada para realização de ações/intervenções visando a melhorias da condição de vida e saúde dessas pessoas.

Para embasar esses argumentos, um estudo realizado por Teixeira e Sampaio (2019), com apoio da Fundação Getúlio Vargas (FGV) e da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Maranhão (FAPEMA), com o objetivo de analisar a alocação orçamentária do PBQ e seu nexo com a execução de políticas públicas no Brasil e no Maranhão, verificou que esse programa foi sustentado de forma mais simbólica pelo governo devido à pressão do movimento negro do país pela melhoria das condições dos remanescentes de quilombos. O fato é que não existiu via de regulamentação orçamentária efetiva para manter as ações/intervenções planejadas na agenda social do PBQ, desvelando-se em uma situação de ocaso das políticas públicas com recorte racial no âmbito do Governo Federal (TEIXEIRA; SAMPAIO, 2019).

Um dos diagnósticos mais recentes da condição de vida dos quilombolas do Brasil foi produzido no ano de 2016 pela SEPPIR, no qual se retratam os resultados do mapeamento dos indicadores sociais fornecidos com base em pesquisas realizadas nas comunidades quilombolas, bem como se descrevem os avanços do PBQ, destacando as implementações realizadas no contexto ambiental e em termos de avanço legislativo (BRASIL, 2016).

Nesse relatório social da SEPPIR foi verificado que, mesmo diante de ações implementadas pelo PBQ até 2015, as condições socioeconômicas dos quilombolas estão ainda muito vulnerabilizadas – realidade que ainda mantém esse grupo étnico/racial em condição de miserabilidade. Nesse diagnóstico constatou-se que 64 (sessenta e quatro) mil famílias quilombolas, 79,78% do total dos quilombolas do país, necessitavam de ajuda financeira do Governo Federal. Por este motivo, grande parte das famílias

estava inserida em programas sociais como o Bolsa Família (agora nomeado Auxílio Brasil). Das 80 (oitenta) mil famílias quilombolas cadastradas no sistema de proteção social, 74,73% estão em situação de extrema pobreza (BRASIL, 2016).

No âmbito de vulnerabilidades individuais, destaca-se que 24,8% não sabem ler, e 82,2% estão inseridos em ocupações de menor prestígio, atuando como trabalhadores braçais ou agricultores, isto é, permanecem inseridos no circuito inferior da economia do país. Em relação ao contexto ambiental, constata-se as seguintes vulnerabilidades: 48,7% das casas dos quilombolas são de piso de terra batida; 55,21% não possuem água canalizada; 33,06% não possuem banheiro ou sanitário; 54,07% não têm acesso a esgotamento sanitário; e 57,98% não possuem coleta regular de lixo (ibidem).

Esse panorama de desvantagens socioeconômicas corrobora com os diversos estudos epidemiológicos realizados com comunidades quilombolas no Brasil. Foram evidenciadas diversas vulnerabilidades em nível individual e ambiental. No que tange ao nível individual, verifica-se, em todos os estudos com quilombolas, um baixo nível educacional, com uma média de 05 (cinco) a 07 (sete) anos de estudo (BEZERRA et al., 2013; PAULI, 2016; MELO; SILVA, 2015; ARAÚJO et al., 2020); bem como apresentam vínculos de trabalho fragilizados, com uma taxa elevada de quilombolas na condição de trabalhador informal (SILVA, 2007; CABRAL-LIMA; DATTOLI; DIAS-LIMA, 2010; AMORIM, et al., 2013; SANTOS; SILVA, 2014; MELO; SILVA, 2015; ARAÚJO et al., 2020). Quanto as condições ambientais, alguns estudos evidenciaram condições inadequadas, como ausência de água encanada, de esgotamento sanitário e até de banheiro (SILVA, 2007; BRASIL, 2012; MELO; SILVA, 2015; ARAÚJO et al., 2020).

Nesse ínterim, é interessante notar que, mesmo localizados em regiões diferentes do país, as evidências científicas produzidas pelos estudos apresentam-se bem similares, fato que demonstra que existem outros incrementos na realidade do Brasil que acabam afetando todos os quilombolas de maneira similar, como é o caso do racismo. Ora, por isso que se torna inviável estudar grupos específicos sem levar em consideração seu histórico social e suas experiências de vida, uma vez que a posição de desvantagens sociais vividas pelos grupos étnicos/raciais não é algo recente na sociedade. Talvez, a perpetuação dessa lógica racista de dominação entre classes sociais seja, de fato, a maior explicação para os piores indicadores sociais e de saúde desse grupo específico, assim como pode ser explicado pelo desinteresse em colocar essa temática em pauta nas agendas sociais das políticas públicas.

5.3 CONDIÇÃO PSICOLÓGICA

Não existe uma definição única acerca do conceito de saúde e saúde mental, uma vez que, a

explicação é fundamentada historicamente por contextos sócio-políticos e pela evolução de práticas em saúde de diversos campos de saberes (GAINO et al., 2018). Atualmente, nas definições de saúde mental, prevalece, de um lado, um discurso do saber psiquiátrico que considera saúde mental como ausência de sinais e sintomas que prejudiquem o bem-estar ou qualidade de vida dos sujeitos (AMARANTE, 2013; FOUCAULT, 2012). Por outro lado, condição psicológica compreende o estado de saúde mental e bem-estar autopercebido pelos sujeitos, presentes na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), entendido como de natureza subjetiva (GATRELL, 2013; HUNTER, 2013), no qual o indivíduo percebe sua própria condição e estado mental e de suas habilidades de encontrar estratégias de enfrentamento para lidar com situações de estresse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Por não existirem formas únicas de conceituação de saúde mental, também não observa-se somente uma forma de análise do estado psíquico dos sujeitos. As formas de mensuração atuais que incorporam as formas de aferição da condição psicológica abrangem medidas mais objetivas em saúde, com uso de tecnologias (exames laboratoriais, por exemplo), de saúde observada (avaliação clínica) e de saúde percebida (medidas pela autopercepção dos sujeitos) (SADANA et al., 2002). Isto posto, pode-se entender que a condição psicológica é um estado subjetivo, no qual a saúde e bem-estar é uma condição que passa pela subjetividade alcançada pela percepção do próprio sujeito sobre suas emoções e sensações (GORENSTEIN; WANG; HENGERBUHLER, 2016).

A avaliação da condição psicológica apresenta-se como um dos mais relevantes recursos utilizados na área da saúde coletiva, por conta da possibilidade de melhorar a sistematização dos vários aspectos do funcionamento dos serviços, para acompanhar a efetividade dos tratamentos em saúde/saúde mental e para traçar medidas de intervenção mais efetivas para as necessidades emocionais dos sujeitos em sofrimento mental (CAPITÃO; SCORTEGAGNA; BAPTISTA, 2005).

Um estudo populacional realizado em 2019 com 3.618 sujeitos em São Paulo, com objetivo de estimar a prevalência de TMC e analisar seus principais fatores associados, identificou que a prevalência de TMC foi maior nos sujeitos que referiram autopercepção emocional negativa em saúde nos últimos 15 dias (36,9%); ter alguma deficiência física (21,6%); ter algum tipo de adoecimento mental ou intelectual (44,4%); relatar algum problema emocional ou mental (48,9%); cefaleia (33,63%); e ter diagnóstico de uma ou mais doenças crônicas (24,1%).

Por meio da análise da condição psicológica dos indivíduos, torna-se possível mensurar, dentre diversos elementos, o sentido e significado do adoecimento, compreendendo as implicações concretas do sofrimento psíquico na vida cotidiana dessas pessoas (GAINO et al., 2018). Com efeito, os indicadores que compõem a condição psicológica perpassam pela mensuração de indicadores de morbidade

autorreferida, como a autoavaliação de saúde e de percepção do estado emocional dos sujeitos.

A autoavaliação é considerada um importante indicador multidimensional da saúde. Consiste na percepção do sujeito sobre seu estado de saúde geral, portanto, é um marcador subjetivo e multidimensional em saúde, pois engloba sinais físicos, aspectos da sensação de bem-estar e satisfação com a própria vida (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Esse indicador em saúde/saúde mental vem sendo utilizado em grande escala em estudos epidemiológicos, sendo importante preditor de morbimortalidade das populações (PIKHART, 2001; FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003).

Assim, a percepção do estado de saúde não advém somente das sensações físicas que o corpo produz, mas, sobretudo das sensações subjetivas e sociais (SZWARCOWALD, 2005). De uma forma geral, estudos apontam que, a saúde, tende a ser pior avaliada entre as mulheres, sujeitos com enfermidades de saúde, idosos, pessoas com menor escolaridade e menor renda, reforçando o entendimento que o estado de saúde é uma condição atravessada por múltiplos fatores sociais (MORAES; MOREIRA; LUIZ, 2011; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Ademais, estudos apontam que a mensuração da autoavaliação de saúde também apresenta-se como um importante marcador social de problemas de saúde, que vem sendo aplicado para estabelecer diferenças na morbidade entre subgrupos populacionais (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Por essa condição, mostra-se como uma medida que funciona como uma mensuração relevante para a prática clínica (SILVA; MENEZES, 2007), além de se mostrar uma ferramenta de fácil captura do estado de saúde das populações em estudos epidemiológicos (PIKHART et al., 2001; FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003).

Esse tipo de autoavaliação do estado de saúde foi recentemente incorporado às pesquisas sobre condições de saúde entre populações, sendo respaldada por diversos estudos que tratam de associações mais robustas entre saúde e qualidade de vida (SZWARCOWALD et al., 2005; LIMA-COSTA et al., 2012), compreendendo uma análise global dos aspectos mais objetivos (sensações do corpo físico) e subjetivos (sensopercepção). Por isso, pode ser considerado um conceito subjetivo que mesmo sendo mensurado por meio da utilização de indicadores objetivos em saúde, é medido pelas vivências psicossociais, em que os sujeitos interpretam e dão significado (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014).

Um outro importante estimador da condição psicológica de um sujeito é a autopercepção do estado emocional. É um indicador de autorreferência, fundamental para avaliar como uma pessoa percebe suas emoções, o que facilita na identificação de sinais e sintomas e formulação de hipótese diagnóstica (DALGALARRONDO, 2008). Torna-se válido ainda destacar que, por exemplo, a ausência da utilização de medidas de autopercepção das sensações e emoções em quadros depressivos pode agravar

a sintomatologia instalada, retardando a busca por tratamento mais especializados em saúde mental (JORGETTO; MARCOLAN, 2017).

Vale lembrar que os aspectos emocionais podem ser influenciados por condições diversas, tais como: traços de personalidade, redes de suporte social, condições ambientais, e esse estado emocional pode desenvolver enfermidades de ordem física (CAPITÃO; SCORTEGAGNA; BAPTISTA, 2005).

Para além da autoavaliação de saúde e autopercepção do estado emocional, a terapêutica medicamentosa é um importante recurso no tratamento em saúde mental, pois favorece a melhoria da qualidade de vida das pessoas, contribuindo, assim, para a melhor percepção do bem-estar físico e mental (KANTORSKI et al., 2013; FREIRE et al., 2013; XAVIER et al., 2014).

Em síntese, a adoção de formas de mensuração da condição psicológica das pessoas apresenta-se como um recurso fundamental na avaliação em saúde mental, tanto na prática clínica, quanto nas pesquisas em saúde. Todavia, torna-se válido destacar que, mensurar os aspectos subjetivos não ocorre por meio de análise direta desses elementos, mas, sim, através da verificação de suas propriedades e indicadores que os caracterizam, por meio de diversos instrumentos, como por exemplo escalas, questionários e inventários (GORENSTEIN; WANG; HENGERBUHLER, 2016).

5.3.1 Perfil epidemiológico da condição psicológica dos quilombolas no Brasil

A análise do perfil epidemiológico da condição psicológica possibilita a identificação da situação de saúde mental das populações, além de permitir mapear seus principais condicionantes e determinantes. As demandas de origens psíquicas são complexas porque são determinadas pelo contexto biopsicossocial, por esse motivo, precisam ser analisadas por diversas abordagens que busquem integrar questões individuais, sociais e biológicas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No tocante à condição psicológica dos quilombolas no Brasil verifica-se que, em decorrência desse grupo social encontrar-se em persistente situação de vulnerabilidade social e invisibilidade política, essas populações continuam apresentando os piores indicadores sociais e de saúde, quando comparadas a outros grupos populacionais (VOLOCHKO; BATISTA, 2009; AMORIM; GERMANI, 2005).

Uma revisão sistemática da literatura realizada em 2020, com objetivo de identificar a condição psicológica dos quilombolas no Brasil constatou que os fatores socioeconômicos estão associados significativamente à condição de saúde mental dos membros das comunidades quilombolas brasileiras (BATISTA; ROCHA, 2020).

Um estudo realizado em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, com 764 adultos, com objetivo de estimar a prevalência e fatores associados ao Episódio Depressivo Maior

(EDM), verificou triagem positiva para depressão em 12% dos participantes (IC95%: 10 a 14%), e associação estatisticamente significativa com autoavaliação da saúde ruim ou muito ruim (RP = 1,14; IC95%: 1,04 a 1,26), doenças crônicas (RP = 1,08; IC95%: 1,04 a 1,13), sedentarismo (RP = 1,06; IC95%: 1,01 a 1,11) e acesso razoável (RP = 1,07; IC95%: 1,01 a 1,13) ou ruim aos serviços de saúde (RP = 1,07; IC95%: 1,02 a 1,12) (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014).

Outra pesquisa realizada com quilombolas do município de Feira de Santana, Bahia com 864 adultos quilombolas, para identificação de agravos mais prevalentes em saúde mental, constatou uma prevalência maior de ansiedade (26,7%); transtornos mentais comuns (18,4%) e fobias sociais (12,3%), estando associados a marcadores sociais tais como: o não acesso aos programas sociais (OR = 1,63; IC80%: 1,07; 2,50), casas não de alvenaria (OR = 3,22; IC80%: 1,17; 8,80), sem coleta de lixo (OR = 1,51; IC80%: 1,07; 2,13), sem banheiro (OR = 2,82; IC80%: 1,17; 6,77), autoavaliação de saúde ruim (OR = 2,64; IC80%: 1,92; 3,65) ter cáries/canal (OR = 1,47; IC80%: 1,07; 2,01) (ARAÚJO et al., 2021).

Tomando-se os dados produzidos por esses estudos epidemiológicos em relação à condição psicológica de quilombolas no Brasil, fortalece-se a compreensão de que pessoas que são expostas às condições precárias de vida, acabam sofrendo diversas formas de exclusão e opressão social, fatores que determinam a condição de sofrimento psíquico (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Levando em consideração a autoavaliação de saúde como medida de análise da condição psicológica, apontam-se dois estudos com as comunidades quilombolas brasileiras que estimaram a prevalência de autoavaliação de saúde e fatores associados nessas populações. O primeiro ocorreu em 20 municípios de Minas Gerais, com 737 quilombolas, em que foi verificado uma prevalência de 46% de autopercepção negativa de saúde, mostrando-se associada com características demográficas, socioeconômicas e à morbidade autorreferida (OLIVEIRA et al., 2015).

O outro estudo foi realizado em 2011, com 797 adultos quilombolas, residentes nas comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia. Nele foi verificada prevalência de autoavaliação negativa de saúde de 12,5%, mostrando-se associada às dimensões: socioeconômica/demográfica, hábitos de vida, suporte social e situação de saúde (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014).

Quando analisados os resultados das pesquisas de autoavaliação de saúde em quilombolas, é notório que a autopercepção negativa sobre sua saúde está intimamente associada às condições de vulnerabilidades psicossociais. Realidade que demonstra que, no caso dos quilombolas a saúde mental só pode ser compreendida a partir da análise das inter-relações entre a percepção subjetiva e o contexto de realidade social vivenciada. Um dos pontos que sustenta esse entendimento diz respeito a verificação de que a saúde mental está diretamente relacionada à qualidade de vida (SARDINHA et al., 2019), estando

incluídas questões estruturais de acesso a condição de moradia, habitação, educação (BATISTA; ROCHA, 2020), o que remete a lógica da compreensão da posição social ocupada pelos grupos sociais na sociedade.

5.4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Embora os TMC não caracterizem uma categoria nosológica da 10ª Classificação Internacional de Doença (CID-10), por não representar um quadro de transtorno mental considerado grave, constitui-se como um importante problema de saúde pública, devido ao seu caráter incapacitante (BRAGA et al., 2010). Dados representativos da prevalência de adoecimento mental na população mundial apontam uma piora dos transtornos mentais em todo o mundo, com aumento superior a 25% dos novos casos de depressão e ansiedade. Apenas no primeiro ano da pandemia de Covid-19, 53 milhões de pessoas desenvolveram depressão, outros 76 milhões tiveram ansiedade — totalizando 129 milhões e altas de 28% e 26% da incidência, respectivamente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). Os resultados dessa alta prevalência de adoecimentos mentais reverbera em quadros de recorrência de fases agudas de adoecimento psíquico, sendo constatados pela persistência de sintomas ansiosos e depressivos, o que acaba por apresentar sérios impactos econômicos na sociedade, devido a piora da qualidade de vida e o aumento de serviços de saúde especializados (BRAGA et al., 2010).

Os TMC representam uma condição de agravo em saúde mental descrita por um conjunto de sintomas não psicóticos, definidos pelo aparecimento de sintomas, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, além de condições psíquicas mais significativas, como episódios depressivos e ansiosos, os quais podem incorrer, na maioria dos casos, em incapacidade funcional dos indivíduos (GOLDEBERG; HUXLEY, 1992). Constitui-se, assim, como morbidade psíquica de significativa prevalência nas sociedades modernas, trazendo sofrimento mental tanto para indivíduos acometidos, como para seus familiares (ROCHA et al., 2010).

Evidências científicas sugerem que os impactos dos TMC são responsáveis por incapacidades funcionais similares ou até mais graves que os transtornos mentais de ordem psicótica (MARAGNO et al., 2006), assim como possuem altas taxas de morbidade entre os usuários dos serviços de saúde (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

No que tange aos principais fatores associados às ocorrências de TMC, alguns estudos apontam para uma relação significativa entre indicadores socioeconômicos e a triagem positiva para TMC (WILLIAMS; JACKSON, 1997; MYER et al., 2008; WILLIAMS et al., 2008; JACKSON et al., 2010; BARROSO, MELO; GUIMARÃES, 2014; MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019).

Há estudos que inferem que, dentre as características de maior vulnerabilidade para desenvolvimento desse agravo em saúde, encontram-se baixo nível de renda, menor escolaridade, ser do sexo feminino, estar na condição de imigração, possuir baixo status de ocupação ou estar desempregado, bem como presença de carências do acesso à boa condição de moradia e/ou outros indicadores de pobreza (COUTINHO et al., 1999; PATEL et al., 1999; LUDEMIR, 2000; LUDERMIR; LEWIS, 2001; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; KLEINMAN, 2003; FORTES, 2004; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; COUTINHO et al., 2014).

A despeito da possível associação entre TMC e as condições socioeconômicas, estudos transversais têm evidenciado que quanto piores são essas condições, mais altas são as taxas desse agravo na população (PATEL et al., 1999; COUTINHO et al., 1999; LUDEMIR, 2000; LUDEMIR; FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; FORTES, 2004; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; MARAGNO et al., 2005; MARÍN-LEÓN et al., 2007). Somando-se a esses resultados, outro estudo aninhado a um estudo longitudinal, realizado em Pelotas (RS), no Brasil, em 1982, com 4.297 (quatro mil, duzentos e noventa e sete) indivíduos, com o objetivo de estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com fatores de risco numa coorte de adultos jovens, mostrou que os indivíduos com menor renda familiar e de minorias étnico-raciais apresentam maior prevalência de TMC, fato que indica haver impactos nas disparidades raciais em saúde mental desde o nascimento dos sujeitos (ANSELMU et al., 2008).

Esses resultados que retratam a relação entre condições socioeconômicas e TMC também podem ser evidenciados em países desenvolvidos. Uma revisão sistemática realizada no Reino Unido, em 2003, identificou, dentre os estudos que analisaram as possíveis associações entre marcadores sociais e TMC, que esse agravo é mais prevalente em populações socialmente desfavorecidas, tendo o nível educacional, condição de emprego e carências materiais como indicadores de maior associação entre os eventos estudados (FRYERS; MELZER; JENKINS, 2003).

Considerando todas essas evidências aqui relatadas, fica explícito que existe um consenso na literatura nacional e internacional de que, nas populações em situação de vulnerabilidade social, a ocorrência de TMC é maior. Aponta-se, dessa forma, que as condições socioeconômicas, especialmente pobreza, menor renda, baixa escolaridade, gênero, condições de moradia e outras carências materiais favorecem o desenvolvimento de TMC entre subgrupos populacionais específicos.

5.4.1 Critérios de análise de triagem positiva para TMC

Em 1970, diante de uma significativa lacuna em relação as possibilidades de métodos, técnicas

e recursos para rastrear os transtornos mentais na população mundial, uma força tarefa foi criada pela OMS, com objetivo de analisar e testar instrumentos de avaliação em saúde mental, produzidos até então (GORESNTIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016). Entre as diversas propostas pensadas pelo Estudo Colaborativo em Estratégias para Atendimento em Saúde Mental, um instrumento de rastreio psiquiátrico de fácil aplicação foi uma das principais metas a ser alcançada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1975). Foi dessa realidade que surgiu o Self- Reporting Questionnaire (SRQ), instrumento de rastreio psiquiátrico criado por Harding e colaboradores (HARDING et al., 1980).

O aumento da prevalência de TMC em grupos vulnerabilizados socialmente tem fomentado novas pesquisas sobre esse desfecho em saúde, particularmente, sobre a associação entre condições socioeconômicas e saúde mental das populações. As consequências decorrentes dos TMC têm trazido impactos econômicos relevantes, visto que está relacionado com as complicações em saúde mental que mais incapacitam biopsicossocialmente os sujeitos (GOLDEBERG; HUXLEY, 1992).

O SRQ foi elaborado com base em outros instrumentos de apuração de adoecimentos psiquiátricos desenvolvidos ao redor do mundo, tais como o questionário elaborado na Colômbia, o Patient Symptom Self-Report (PASSR), e o questionário de 60 itens conhecido como General Health Questionnaire, utilizado para países desenvolvidos ou em desenvolvimento, entre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

Segundo Santos et al. (2011), o SRQ inicialmente continha 24 (vinte e quatro) questões, das quais 20 (vinte) que mensuravam sintomas neuróticos e quatro aferiam sintomas psicóticos. Todavia, a versão adotada pelo Brasil retirou os quatro sintomas psicóticos como forma de facilitar a aplicação, ficando com os vinte itens (SRQ-20) para avaliar a sintomatologia não psicótica. Da versão que permaneceu no país, consegue-se realizar uma triagem em saúde mental, haja vista o SRQ-20 conseguir apurar suspeição positiva de algum transtorno mental por meio de 20 (vinte) perguntas relacionadas com os sinais e sintomas associados com transtornos mentais de menor ordem.

Embora o SRQ-20 foi criado prioritariamente para ser utilizado na Atenção Básica em Saúde (ABS), teoricamente este instrumento de rastreio de autorresposta pode ser aplicado em qualquer ambiente clínico e não clínico, assim como em qualquer população, haja vista ser de simples aplicação e manuseio (GORESNTIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016).

Nesse esforço metodológico, destacam-se alguns dos principais estudos de validação desse instrumento no país, a saber: “Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil”, de Ludermir e Lewis (2001); “Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns”, de Ludermir e Melo Filho (2002); “Estrutura fatorial e consistência interna do Self- Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana”, de Santos, Araújo e Fernandes (2009);

“Estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)”, de Santos et al. (2011), e o estudo de “Consistência interna do Self-Reporting Questionnaire-20 em grupos ocupacionais”, de Santos, Carvalho e Araújo (2016). Todos eles encontraram consistência interna, validade e precisão no instrumento para medir sinais e sintomas não psicóticos em populações vulnerabilizadas, segundo estratificação por sexo, idade, situação conjugal e outras condições sociais.

Deve-se ressaltar que, por conta da necessidade de identificar sintomas e sinais de adoecimento psíquico, esses epidemiologistas acabaram adotando diferentes critérios de escores de corte para suspeição de TMC. Por exemplo, os resultados dos estudos de Santos et al. (2010) estiveram mais voltados para a população adulta residente na zona urbana, assim como foram mais específicos para a população trabalhadora (SANTOS et al., 2016). Por outro lado, os estudos de Ludermir e Lewis (2001) voltaram-se para a especificidade de mensuração de indicadores socioeconômicos de populações mais pobres da região Nordeste do Brasil. Essas diferenças de critérios de triagem positiva estão demonstradas no **Quadro 01**, abaixo:

Quadro 01: Critérios de triagem positiva de suspeição de TMC segundo condição socioeconômica

CRITÉRIOS DE SUSPEIÇÃO POSITIVA PARA TMC	
Autores/Ponto de corte adotado	Principais indicadores socioeconômicos associados com TMC
POPULAÇÃO EM GERAL DE ÁREA CARENTE DO NORDESTE DO BRASIL	
Ludermir e Lewis (2001) /6 (até 5 respostas positivas=não caso/ 6 ou mais questões positivas=caso)	Educação pobre (odds ratio, OR 2,5, IC 95% 1,2-5,2; <5 anos vs > ou = 11 anos de educação) e baixa renda (OR 2,4, IC 95% 1,0-5,6; <ou = 1/4 mínimo salário vs> 1 salário mínimo).
POPULAÇÃO GERAL	
Ludermir e Melo Filho (2002) 5/6 (até 5 respostas positivas=não caso/ 6 ou mais questões positivas=caso)	As variáveis relativas às condições de vida foram ajustadas entre si e por sexo, idade e situação conjugal. Apenas escolaridade ($p<0,0001$) e condições de moradia ($p=0,02$) mantiveram-se associadas aos TMC. Em relação à estrutura ocupacional, os trabalhadores manuais informalmente inseridos no processo produtivo (OR=2,21; IC95% 1,1-4,5) e os indivíduos com pior situação de renda familiar <i>per capita</i> (OR=2,87; IC95%1,4-5,8).
POPULAÇÃO QUE POSSUI OCUPAÇÃO	
Santos, Araújo e Oliveira (2009) 6/7 (até 6 respostas positivas=não caso/ 7 ou	Aponta para um desempenho aceitável do SRQ-20 em avaliar os transtornos mentais

mais questões positivas=caso)	comuns, com rastreamento da saúde mental em âmbito ocupacional.
POPULAÇÃO GERAL	
Santos et al. (2011) 6/7 (até 6 respostas positivas=não caso/ 7 ou mais questões positivas=caso)	Os resultados indicam que o SRQ-20 possui característica discriminante regular.
DIFERENTES GRUPOS OCUPACIONAIS	
Santos, Carvalho e Araújo (2016) 6/7 (até 6 respostas positivas=não caso/ 7 ou mais questões positivas=caso)	O SRQ-20 apresentou boa consistência interna nas categorias profissionais Avaliadas: trabalhadores informais; professores; trabalhadores da Saúde e trabalhadores urbanos.

Fonte: Elaboração própria, 2022

Por fim, torna-se válido destacar que a grande maioria dos estudos que se propuseram a analisar a relação entre condições socioeconômicas e TMC foram de desenho transversal, fato que se configurou como uma das principais limitações dos estudos levantados. Um deles diz respeito à difícil interpretação dos resultados, devido à falta de melhor padronização e rigor na definição de identificação dos casos, risco de viés e, principalmente, em decorrência das limitações intrínsecas aos estudos de prevalência, como a não possibilidade de inferir causalidade (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Todavia, apesar dessas limitações, as evidências científicas produzidas na literatura tanto internacional quanto nacional vêm contribuindo sobremaneira com a epidemiologia, a julgar pela possibilidade de análise entre construtos sociais importantes para a determinação de problemas graves de saúde pública, pois permitem estimar a prevalência de casos, descrevendo sua distribuição em determinados subgrupos populacionais, especialmente os mais vulnerabilizados em sua condição de vida e saúde.

5.4.2 Prevalência de TMC em quilombolas no Brasil e principais fatores associados

Existem poucos estudos epidemiológicos que estimaram a prevalência de TMC e seus fatores associados em quilombolas no Brasil, o que demarca uma grande lacuna acerca da condição de saúde mental dessa população. Em relação a existência de pesquisas específicas que investigaram, particularmente, a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC em quilombolas, não foram encontradas pesquisas sobre a temática.

No Brasil, um estudo de revisão sistemática realizado em 2016, com o objetivo de avaliar a relação entre a variável raça/cor e TMC, identificou, das seis análises multivariadas realizadas em diferentes extratos de raça/cor, resultados estatisticamente significantes para maiores chances ou prevalências de TMC em pessoas não brancas, em comparação com pessoas brancas, condição que

revela diferenças raciais em saúde importantes entre subgrupos, demonstrando assim, a necessidade de realização de mais pesquisas nessa área (SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Pesquisa de análise multinível foi realizada na cidade de São Paulo, com 2.366 (dois mil, trezentos e sessenta e seis) adultos, tendo por objetivo investigar fatores de risco que contribuíam para a prevalência de TMC considerando distintos níveis contextuais – indivíduo, domicílio e setor censitário – evidenciou que alguns indicadores que compõem a posição socioeconômica, tais como escolaridade e ocupação, foram características individuais associadas significativamente à ocorrência de TMC. E ao se considerar uma análise das variáveis do domicílio, a aglomeração e renda familiar estavam relacionados com o agravo em saúde mental. Esses resultados apontam que indicadores socioeconômicos contribuem para o adoecimento psíquico (COUTINHO et al., 2014).

Estudo transversal realizado com 818 adultos (>18 anos), no município de Guanambi-BA observou uma prevalência de 29,6% de TMC (IC95%: 26,49-32,74), tendo sido observada maior probabilidade de TMC ($p<0,05$) entre as mulheres, sujeitos com idade > 40 anos e aqueles que não possuem recebimento de remuneração financeira relacionada ao trabalho (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019). Outra verificação epidemiológica realizada no município de Vitória da Conquista-Ba, com 764 quilombolas adultos, com objetivo de estimar a prevalência e fatores associados à triagem positiva para Episódio Depressivo Maior (EDM) em comunidades quilombolas, verificou que, a triagem foi positiva para EDM em 12% dos participantes, mas apenas 2,3% das pessoas relataram diagnóstico prévio. A triagem para depressão associou-se à autoavaliação da saúde ruim ou muito ruim, doenças crônicas, sedentarismo e acesso razoável ou ruim aos serviços de saúde (BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014).

Pesquisa de prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, com 589 adultos foi verificado que 29,3% dessas pessoas tinham TMC (PAULI, 2016).

Além dessas pesquisas, também foram realizados estudos no estado de Alagoas. O primeiro em 2010, com objetivo de investigar a existência de associação entre os TMC materno e o estado nutricional infantil, constatou que, 65,3% das mães quilombolas apresentavam TMC, tendo sido encontradas evidências de associação entre TMC nas mães e impacto nutricional nas crianças de 6 a 60 meses de idade (NEIVA, 2010). O segundo estudo ocorreu em 2021, com 252 mulheres quilombolas, com objetivo de investigar a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e se os TMC e outros preditores promovem sua interrupção precoce (IP-AME), constatou que, das mães estudadas, 42,9% tinham suspeição positiva para TMC (ARAÚJO et al., 2021).

A partir da compreensão da existência de diferenças étnicos/raciais em saúde, torna-se possível

analisar desigualdades ou disparidades nas variações do estado de saúde mental entre grupos sociais. Essas diferenças são, em grande parte, decorrentes de um longo processo de desvantagens sócio-históricas sistematicamente vivenciadas por essas populações específicas. Diante dessas constatações, a comparação entre grupos torna-se necessária para avaliar a equidade em saúde, sendo a posição socioeconômica uma das principais explicações aos fatores de risco à saúde (SANTOS, 2011).

Estudando a associação entre discriminação racial, sofrimento psicológico e saúde autoavaliada entre negros americanos nascidos nos Estados Unidos e estrangeiros, Krieger et al. (2011), identificaram que dos negros que estavam expostos a altos níveis de pobreza (51% e 57%, respectivamente) e que disseram ter sofrido discriminação racial (76% e 60%), relataram altos níveis de sofrimento psicológico grave (14% e 16%).

O fato é que existem desigualdades sociais e de saúde, as quais, em sua maioria, expressam um contexto social e histórico de acúmulos de exclusões sociais e dificuldades diversas que acabam por acarretar desvantagens entre subgrupos populacionais. Assim, o reconhecimento da existência de diferenças de oportunidades entre grupos diferentes possibilita aos pesquisadores em saúde ampliarem o campo de análise, aproximando-se de forma mais efetiva do entendimento das reais necessidades de saúde pública das coletividades.

Interessante notar também que, nas investigações de diferenças raciais na saúde/saúde mental, mesmo nivelando as condições socioeconômicas entre os grupos sociais, ainda se verificou que os negros têm pior estado de saúde, quando comparados com os brancos (SCHOENDORF et al., 1992), fato que corrobora com o reconhecimento do racismo e das condições de desvantagens sócio-históricas de exclusão social como determinantes em potencial do processo de saúde-doença desses segmentos étnico/raciais.

6 MARCO TEÓRICO – DETERMINAÇÃO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO ENTRE POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E TMC EM QUILOMBOLAS

Do ponto de vista das teorias que estudam a relação entre contexto social e saúde coletiva, Barata (2009) destaca que a análise das desigualdades sociais em saúde deve ter como base o entendimento da estrutura social da região, a julgar pela influência que a lógica de organização e reprodução social de um país exerce no processo de saúde-doença de uma coletividade.

No que pese especificamente à reprodução social dos diferentes grupos, observa-se que sempre é compartilhado entre os subgrupos populacionais um padrão de trabalho e consumo, o qual pode produzir saúde ou gerar adoecimento. Essa decisão vai depender da maneira como a sociedade se

organiza socioeconomicamente e do meio como ela se estrutura, se de forma equânime, respeitando as diferenças e necessidades sociais de cada grupo ou se criando um abismo de disparidades que vão desde o acesso ao saneamento básico até a condição de renda.

Se, em certos casos, como no estudo do espaço dividido de Milton Santos (1979), o fenômeno do capitalismo resultou num avanço tecnológico e na modernização do processo produtivo, criando segregação socioespacial e suscetibilidade econômica entre as camadas sociais, outras abordagens conceituais, metodológicas e técnicas relacionadas ao estudo das desigualdades sociais e saúde afirmam que a situação de saúde de uma dada população é fortemente influenciada pela reprodução social de uma dada classe social.

Classe está determinada, de um lado, pelas condições de trabalho, tipo de ocupação e modo de vida, e por outro, pela renda per capita, assim como pela intervenção estatal através de políticas públicas e a partir do nível de conhecimento das pessoas acerca dos determinantes do processo saúde-doença e controle social como forma de melhoria da condição de vida (PAIM, 1997). Isto significa dizer que a condição de vida (condições sanitárias; renda; educação; condições de trabalho etc.) pode determinar a situação de saúde de indivíduos e coletividades.

Tal entendimento é útil, portanto, para a compreensão acerca da condição de vida vulnerabilizada das populações afrodescendentes no país que, potencializada pelo racismo estrutural, tiveram seu desenvolvimento econômico totalmente centrado nas formas de economia do “circuito inferior”, principalmente, na agricultura, condição que já os coloca distantes das estatísticas de crescimento da economia. Num esforço de simplificação, pode-se reconhecer o racismo estrutural como o resultado das relações entre classes sociais, pela maneira como um grupo é classificado quando comparado a outros, por conta de diferenças étnico-raciais, marcando, assim, um quadro de desvantagens sócio-históricas e culturais, ou seja, o racismo surge pela estruturação institucionalizada das relações entre as pessoas em nossa sociedade (ALMEIDA, 2019).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração no entendimento do contexto da segregação socioespacial, no caso dos quilombolas, é o comportamento do espaço, já que o mesmo foi afetado por disparidades geográficas e sociais vivenciadas por essa população ao longo da história. Nesse sentido, a posição socioeconômica desvantajosa dos quilombolas tem associação, também, com a localização espacial dos mesmos, tendo em vista que parte dessa condição é concernente ao histórico do processo de refúgio dos negros à condição de escravidão, uma vez que os mesmos se estabeleceram em áreas rurais ou em localidades distantes dos grandes centros.

E por conta desse antecedente de isolamento geográfico, as comunidades quilombolas até hoje situam-se em espaço de escala produtiva menor. Por este motivo, sofrem mais os impactos econômicos

e sociais, além de estarem submetidos, em muitos casos, as péssimas condições ambientais. Esses impactos são juntamente influenciados pela posição hierárquica inferior em termos de atividades ocupacionais e de nível de estudo, contexto que acaba por situar esses sujeitos em posição social de desvantagens (BRASIL, 2012). O resultado disso nos dias atuais é que, em muitos casos, os quilombolas são obrigados a deixarem suas terras; e por não conseguirem se sustentar com a agricultura, passam a se voltar para os trabalhos informais ou subempregos e/ou a necessitarem de programas federais de transferência de renda (BRASIL, 2013).

Além disso, algumas variáveis importantes acabam por potencializar o empobrecimento dos quilombolas, como o fato de serem populações em sua maioria rurais, historicamente discriminadas. O problema da “marginalização geográfica” constitui um aspecto extremo das desigualdades regionais. Isso pode explicar a maior vulnerabilidade e pobreza dos quilombolas do Norte e Nordeste do Brasil, quando comparados a outras regiões do país (BRASIL, 2012).

Dados os efeitos negativos da nova ordem social que se instalou no Brasil, provenientes das deformações introduzidas pelo regime capitalista na organização socioespacial e na reprodução de formas de vida, o país testemunhou um contexto duradouro de disparidades de oportunidades entre subgrupos populacionais que resultaram na estruturação de diferenças na posição da escala de poder na sociedade (SANTOS, 1979).

Segundo Breilh (1998), em sua teoria: “La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género”, os modos de vida estão condicionados pelo nível de concentração de poder e da iniquidade social que esta produz, refletidos pela estrutura classista que se formou em países onde operam a dominação de classes sociais. Como polo dominado, os grupos étnicos/raciais têm sofrido desagregação social e intelectual por suas diferenças biológicas, convertidas em uma suposta inferioridade natural. Essa condição de dominação vem atribuindo, desde o processo escravista, uma baixa posição na escala de poder social aos remanescentes de quilombos, tornando-os uma representação da subordinação perante indivíduos atribuídos como de “maior valor”, como a figura do branco europeu.

No que pese essa condição de subordinação, o mesmo autor traz definições importantes para o centro das discussões sobre desigualdades sociais. A primeira delas diz respeito ao conceito de “figura sem poder” ou dos “sem poder”. Essa atribuição refere-se ao grupo social que se encontra em posição de subalterno, dispondo de menor poder na sociedade – situação que se traduz na impossibilidade de pior desenvolvimento humano e de dominação sobre bens e riquezas.

A segunda definição corresponde ao entendimento da origem da concentração de poder nas sociedades. Esse termo remonta ao começo da humanidade, mas se estabeleceu com a instauração das sociedades classistas, as quais se consolidaram a partir de três fontes interdependentes de iniquidades: a

condição de gênero, a origem étnico/racial e a situação de classe dos grupos na sociedade (BREILH, 1998).

Seria ingênuo, tendo em vista o bojo da discussão que interessa a esse trabalho, não notar duas questões relevantes dessa argumentação feita por Breilh (1998) em relação às variáveis que fundamentam toda a ideologia que fortalece as camadas dominantes da sociedade, quais sejam: a discriminação dirigida aos sujeitos que possuem origem étnica/racial – entendendo etnia como filiação cultural e social a um determinado território, diz sobre ancestralidade, e raça como construto social de análise crítica das diferenças de classes sociais em nossa sociedade – assim como a condição de desigualdade vivida por países que derivam de contextos sócio-históricos oriundos da dominação de classes.

O resultado dessas análises conduz, mais uma vez, ao reconhecimento da condição de vulnerabilidade social vivida pelos quilombolas, a julgar pelo fato desses sujeitos representarem as duas variáveis, das três existentes, que justificam a condição de subalternização desse subgrupo dentro da sociedade. Em outras palavras, a condição de exclusão social doravante ao panorama de desvantagens sócio-históricas vivenciadas por essas pessoas acaba por influenciar a baixa posição na escala social e o seu reconhecimento como população “sem poder”.

Embora a identificação da gênese da subordinação seja importante, não se pode deixar de frisar as principais formas de expressão dessa dominação de classes, visto seu alto potencial de reprodução social. A forma mais contundente de exteriorização desse comando dominante é representada pelas práticas sobrepostas às relações interpessoais e institucionais, como maneira de manter os privilégios que são obtidos por meio da subordinação de grupos mais vulneráveis socialmente e através das ideologias utilizadas para justificar comportamentos discriminatórios, os quais estão envoltos pelas noções de superioridade étnica/racial e de inferioridade (KRIEGER, 1993). Assim, numa sociedade que se forma a partir da divisão seletiva e da competição por poder, a desigualdade torna-se estruturada e, assumindo a forma de um sistema de exclusão social, acaba se tomando a fonte primária das disparidades em saúde entre os subgrupos em uma sociedade (BREILH, 1998).

Dessa maneira, a formação de um sistema excludente é responsável por grandes diferenças, tais como: o acesso das pessoas aos bens e serviços; o nível de renda dos sujeitos; a condição sanitária e de habitação; e, principalmente, o estado de empobrecimento das populações. Não obstante a essa questão, destaca-se que, para que se consiga analisar a posição socioeconômica de uma camada social, faz-se necessário compreender os fundamentos que conceituam e estruturam a vulnerabilidade em sua gênese.

Mann, Tarantola e Netter (1992, p. 276) afirmam que “o termo vulnerabilidade é originário da área da advocacia internacional dos Direitos Humanos, que se refere a grupos ou indivíduo fragilizados jurídico e politicamente, os quais não usufruem de direito à cidadania”. Palma e Matos (2001)

conceituam vulnerabilidade como uma vertente social, relacionando-a com o cenário de exclusão e discriminação dos grupos sociais, os quais se encontram mais fragilizados socialmente por não conseguirem reagir com enfrentamento a essa condição.

Especificamente na área da saúde, o quadro de análise da vulnerabilidade emergiu na década de 1980, na tentativa de ampliar as perspectivas teóricas acerca da contaminação por Infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/AIDS, reconhecendo outros caminhos para adquirir essa doença, retirando o viés da tendência apenas individualizante desse adoecimento (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). A partir dessa preocupação, surgiram várias teorizações sobre a vulnerabilidade, e de como ela poderia representar uma possibilidade de unidade analítica para superar o modelo biológico tradicional de explicar a causalidade das doenças.

Dentre essas teorizações, destaca-se o estudo de Delor e Huber (2000), da matriz heurística construída com base nas suas investigações com portadores do HIV/ADIS, na Bélgica, em 1997. Os resultados de suas pesquisas apontaram para três dimensões envolvidas no processo de vulnerabilização de uma pessoa doente: trajetória social, interação e contexto social. A trajetória social diz respeito ao resultado de todo percurso que o sujeito fez ao longo da sua história de vida e a qualidade dos enfrentamentos tomados frente a essas experiências. Já a dimensão da interação, refere-se à relação entre o indivíduo e o contexto social ao qual ele está exposto e à incorporação dos fatores do contexto de vida do mesmo como, por exemplo, as características econômicas, políticas e culturais da sociedade onde vive, assim como a interação que ocorre através da relação da qualidade dos vínculos entre as pessoas.

Na análise final do somatório dessas dimensões, é possível compreender o processo de construção de identidade e de vulnerabilidade dos sujeitos (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Em outras palavras, podem existir diversos fatores, ao longo da trajetória de vida das pessoas, que as expõem em menor ou maior grau à condição de fragilização psíquica ou social – fato que interfere sobremaneira na possibilidade de um quadro de adoecimento.

No Brasil, salienta-se o estudo de Ayres et al. (1999) sobre o modelo de vulnerabilidade, no qual apontam para níveis de fragilidades de indivíduos e grupos a partir de três planos interdependentes de determinação, a saber: individual, social e programático. O campo individual corresponde ao comportamento do indivíduo, expressado por seu estilo de vida e suas escolhas pessoais, que podem ou não colocá-lo em condição de risco. Em segundo plano, tem-se a vulnerabilização a partir do contexto social em que vive o sujeito, isto é, a maior ou menor disponibilidade de recursos mínimos à sobrevivência digna, o que é materializado por sua condição de vida. E, em última análise, tem-se a existência ou não de políticas públicas voltadas às necessidades das coletividades, que podem diminuir a fragilidade de grupos sociais, aumentando seu potencial de enfrentamento às adversidades vividas. Dito

isso, pode-se constatar o quanto essa teoria reconhece os determinantes sociais do contexto de vida da coletividade para explicar o padrão de adoecimento entre grupos populacionais.

A partir das ponderações acerca das possibilidades de utilização do conceito de vulnerabilidade, pode-se inferir que os fatores que estruturam os modos de vida das pessoas, especialmente na forma de inserção dos grupos em classes sociais, estão associados aos padrões de saúde-doença de uma coletividade (BREILH, 1991). Assim, vale enfatizar que a interpretação do estado de saúde de populações perpassa, em primeira instância, pela necessidade de um diagnóstico sobre as condições de vida de grupos sociais, que vai além da instância de análise individual/biológica, o qual possa abranger aspectos coletivos e contextuais que expõem os sujeitos (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Além dessa contribuição de Palma e Matos (2001), outras considerações são fornecidas à exclusão social, como é o caso da teoria de Dupas (1999), que defende que o maior enfoque dessa condição é a posição socioeconômica dos sujeitos, a julgar pelo potencial de expressão dessa dimensão na situação de vida e saúde das pessoas. Nesse sentido, as condições socioeconômicas não devem ser analisadas de maneira isolada, apenas relacionadas com os aspectos de renda. A definição dos mais pobres em nossa sociedade esbarra na leitura ampliada da condição de vida dos sujeitos, situação de saúde, contexto social em que vivem e o processo histórico que os diferenciam.

Assim, no tocante à relação entre exclusão social e a condição de vulnerabilidade de grupos sociais e sua consequente ascensão à pobreza, verifica-se o quanto se faz necessário prestar atenção aos reais elementos que compõem a condição de vida dos sujeitos, a fim de identificar os principais fatores que podem torná-los mais vulneráveis (DELOR; HUBERT, 2000). Dessa forma, pode-se inferir que a vulnerabilidade é um indicador importante para identificar a posição socioeconômica e a condição psicológica dos sujeitos. Isto implica dizer que, quanto mais vulnerabilizado estiver um subgrupo populacional, torna-se pior suas condições socioeconômicas, fato que aumenta a probabilidade de provocar desconfortos emocionais e de sensação de mal-estar, além da possibilidade de desenvolvimento de agravos em saúde.

Do ponto de vista da análise dos conglomerados de infortúnios experienciados pela população quilombola, constata-se desvantagens sócio-históricas decorrentes tanto do processo de escravidão, quanto da dominação de classe vivida no período da República e do estabelecimento do racismo estrutural no país.

De resto, somam-se outras situações que contribuíram para esses conglomerados, como: a repercussão geracional da herança traumática de dor e sofrimento psíquico vivenciados; a segregação socioespacial; e a maior susceptibilidade socioeconômica desse grupo na sociedade. Ademais, o estudo da posição socioeconômica, condição psicológica e seus determinantes permite evidenciar a possível

associação dessas condições psicossociais com a maior probabilidade de adoecimento psíquico, já tendo sido produzidas diversas evidências científicas que comprovam a plausibilidade entre as condições socioeconômicas e a ocorrência de TMC em grupos específicos que vivem em condições crônicas de vulnerabilização de suas condições de vida (SCHOENDORF et al., 1992; Krieger et al., 2011).

Desse modo, tem-se um subgrupo populacional que emergiu de um contexto de exclusão social, decorrente de um panorama de desvantagens sócio-históricas determinado pela escravidão e forte dominação de classes, sustentado pelo racismo. Isso determinou a posição de desvantagem socioeconômica dos quilombolas, estando até os dias de hoje à margem do processo de crescimento econômico do país, convertendo-se em população exposta, de maneira crônica, a uma posição socioeconômica de desvantagens e privação de direitos, a qual se alimentou e ainda se alimenta de fatores estruturantes como, por exemplo, a desigualdade social e o racismo, de persistência secular (FERNANDES, 1964).

Todavia, é sintomático observar que, mesmo tendo sido reconhecida a situação de exclusão social vivida pelos remanescentes de quilombo ao longo da história e de seu contexto de vida contemplado por desvantagens sócio-históricas, ainda assim verifica-se a inexistência de políticas de reparação social para esses grupos. Com efeito, tem-se a possibilidade de compreensão do contexto de exclusão social, a qual está relacionada com os piores indicadores sociais (pobreza, baixos rendimentos, não acúmulo de riquezas, baixo nível educacional e péssima situação de ocupação) que, por conseguinte, acabam por vulnerabilizar as condições de vida e saúde dos quilombolas, tornando fácil o entendimento da relação de plausibilidade entre posição socioeconômica desfavorecida, resultando numa piora da condição psicológica e com isso a ocorrência de adoecimento mental nessa população.

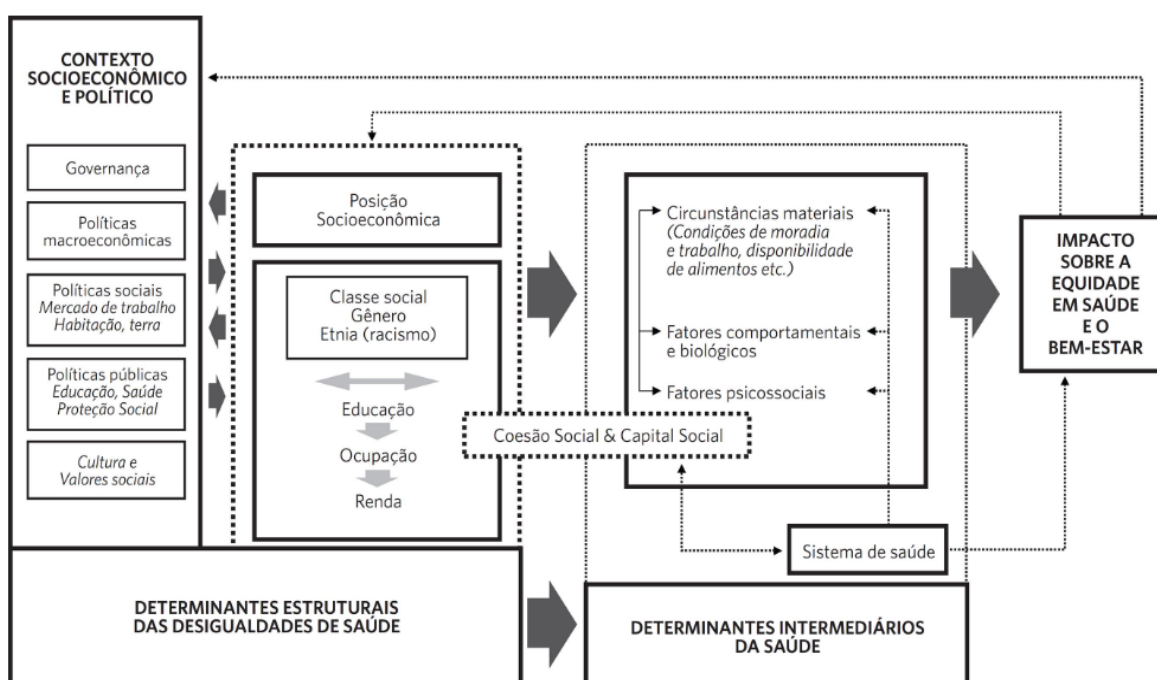
Levando em consideração todo o processo de determinação social do processo saúde/doença dos quilombolas brasileiros, e levando-se em conta os diversos modelos explicativos que tentam analisar os possíveis fatores envolvidos com o processo de adoecimento das populações, adotou-se nesta tese, o modelo teórico dos determinantes estruturais das desigualdades de saúde de Solar e Irwin (2010). Esse modelo explicativo foi adotado como marco conceitual sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) pela OMS, em 2010, com objetivo de considerar interrelações mais complexas entre os determinantes envolvidos no quadro de adoecimento de uma população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Nesse modelo, considera-se os fatores sociais em saúde como elementos estruturais que determinam a posição social de determinado grupo em nossa sociedade, que operam por intermédio de vulnerabilidades materiais da condição de vida. Essas vulnerabilidades socioeconômicas acabam por influenciar tanto a posição social dentro da hierarquia na sociedade, quanto produz diferenciais nas

condições de saúde entre as populações (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Segundo Solar e Irwin (2010), existem fatores do contexto social responsáveis pela manutenção da posição socioeconômica e de produção social das populações em nossa sociedade, considerados determinantes mais distais do processo saúde/doença, são eles: 1) estruturas macros de governança formais e informais; 2) políticas econômicas e a forma de estruturação do mercado; 3) políticas sociais as áreas de trabalho, habitação e direito à terra; 4) políticas públicas relacionadas à saúde, educação e saneamento e 5) políticas ligadas a direito a cultura e valores sociais, conforme ilustrado na **Figura 03**.

Figura 03 – Modelo Teórico de Determinação Social da Saúde de Solar e Irwin (2010).



Fonte: Solar e Irwin (2010).

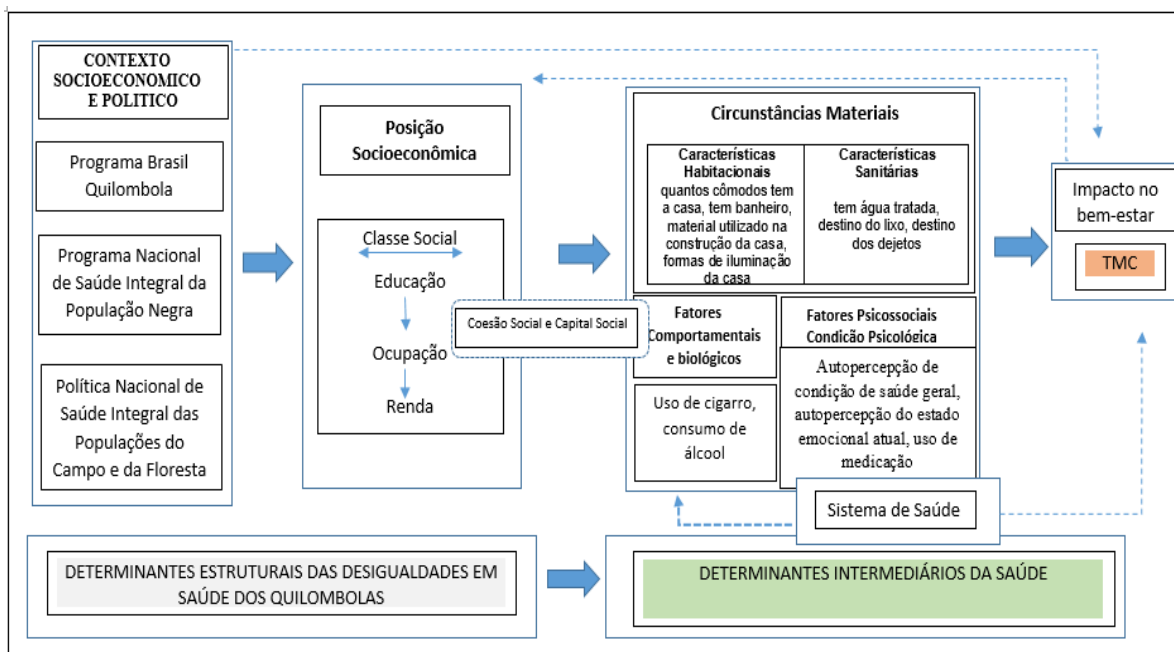
Os determinantes considerados intermediários incluem a condição de moradia, condições de trabalho e variáveis ambientais. Por sua vez, fatores comportamentais, como estilo de vida e características biológicas, como fatores genéticos e variáveis psicossociais como estresse são percebidos como determinantes mais proximais. E o sistema de acesso à saúde é considerado um intermediário importante da saúde, enquanto as dimensões sociais e o capital são entendidos como uma problemática estrutural de cada sociedade (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Partindo do entendimento exposto até o momento, cabe esclarecer que a saúde, entendida como reflexo das condições sociais, incorpora uma pluralidade de possibilidades em sua determinação que dificulta qualquer certeza de causa a seu respeito. E que esse sistema complexo vem exigindo de estudiosos da área da saúde coletiva, abordagens cada

vez mais dialogadas com outras áreas do conhecimento e com recortes teóricos que estejam mais relacionados com os contextos reais de uma sociedade, tal como a exclusão social e a pobreza (PALMA; MATOS, 2001). Desse modo, para estudar a saúde das populações e seus determinantes, a condição em que vivem os sujeitos não pode ser desconsiderada da análise, uma vez que se torna insuficiente explicar um quadro de adoecimento apenas pelo viés biológico, haja vista que o sujeito é um ser que influencia e é influenciado pelo ambiente em que vive.

Esses mesmos autores defendem que a noção de exclusão social é algo importante a considerar quando se pretende analisar qualquer contexto de vulnerabilidade e saúde, visto que os grupos que são colocados à prova da exclusão estão enfraquecidos de suas capacidades de reação às diversas adversidades sofridas em seus contextos de vida e, talvez por isso, sejam mais fáceis de adquirir algum agravo em saúde. É por isso que exclusão social se torna uma variável de análise tão importante no campo da saúde pública (SOLAR; IRWIN, 2010).

Figura 04-Modelo teórico da associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC em quilombolas de Feira de Santana, Bahia



Fonte: Elaboração própria, 2022

7 MATERIAL E MÉTODOS

O desenho metodológico adotado nesta tese corresponde aos métodos empregados nos dois artigos que o compõe. Desta forma, para cada artigo, utilizou-se uma metodologia específica.

7.1 ARTIGO 1: FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM QUILOMBOLAS DE UMA REGIÃO DO SEMIÁRIDO BAIANO

7.1.1 Objetivo específico:

Estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) e seus fatores associados em adultos quilombolas de uma região do semiárido baiano.

7.1.2 Material e Método

Tipo de estudo: trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória. Esse estudo é também um recorte de uma pesquisa anterior intitulada: “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia” desenvolvido pelo Núcleo de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), no período de Julho a Setembro de 2016.

Local de estudo: Essa investigação foi realizada em duas comunidades quilombolas: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, localizadas na área rural de uma região central do semiárido baiano (município de Feira de Santana, estado da Bahia).

População do estudo: foram incluídos todos os adultos quilombolas (≥ 18 anos), residentes nos domicílios, que foram sorteados aleatoriamente e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Plano Amostral: Para o cálculo amostral assumiu-se uma prevalência de 50% considerando os diversos desfechos estudados, com poder de estudo de 80% e, acréscimo de 10%, considerando possíveis

perdas, conforme utilizado no estudo de base populacional com quilombolas no sudoeste da Bahia (BEZERRA et al., 2013). Para tanto, foi realizada seleção aleatória, com o uso do software Open Epi, versão 3.03. Esse parâmetro adotado para o cálculo amostral levou em consideração a heterogeneidade das variáveis estudadas e a simultaneidade dos múltiplos eventos a serem mensurados.

Levantamento e processo de coleta de dados: Anterior a coleta de dados, foi realizado estudo piloto em uma comunidade negra rural, com características demográficas e socioeconômicas similares da população quilombola estudada, com objetivo de calibrar os instrumentos para pesquisa. Além disso, foi realizada sensibilização anterior com a comunidade a partir do apoio dos líderes comunitários.

Para a coleta dos dados, utilizou-se dois formulários padronizados. Na tentativa de reduzir o viés de informação, houve treinamento dos coletadores para uniformização do levantamento de dados.

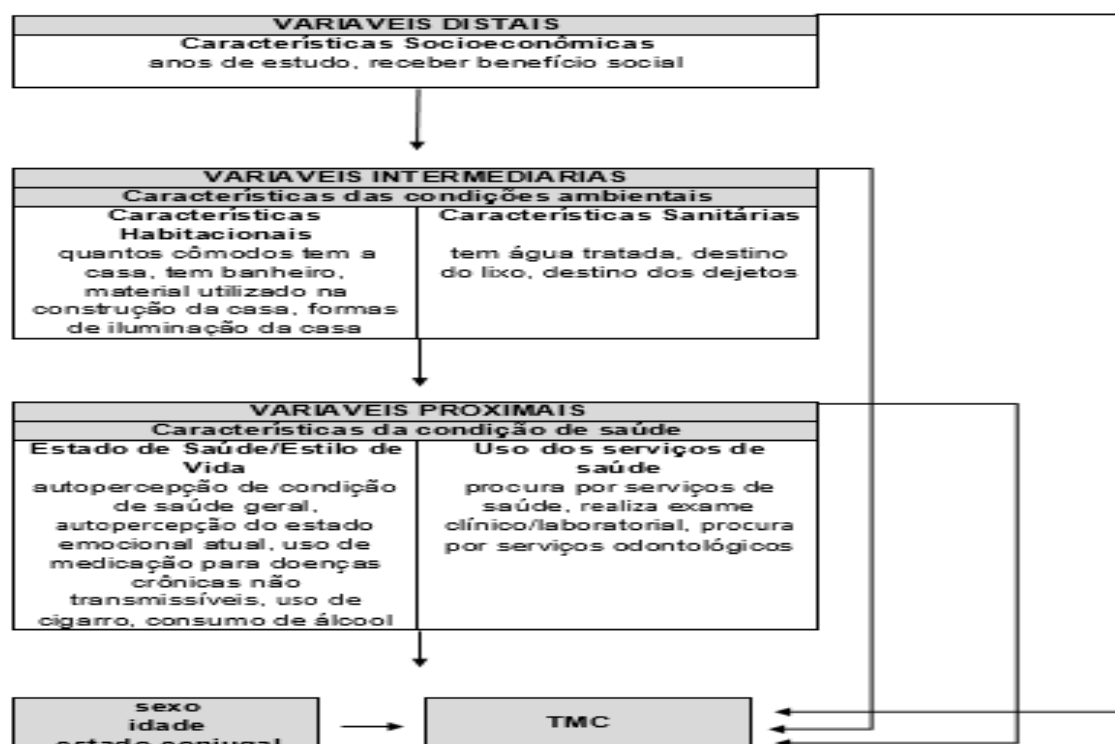
Aplicou-se dois instrumentos validados cientificamente, com objetivo de avaliar características demográficas, socioeconômicas, ambientais, do estilo de vida e referente às condições de saúde dos sujeitos. O primeiro teve como objetivo levantar as condições de vida e saúde dos quilombolas, fundamentado no inquérito do Projeto “COMQUISTA”, utilizado por Bezerra et al. (2013) em outras pesquisas em comunidades quilombolas com o mesmo objetivo dessa pesquisa. O segundo foi o instrumento Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), que tem como objetivo realizar uma triagem de sintomas psíquicos, somáticos e físicos para verificação de diagnóstico de suspeição de TMC. Esse instrumento foi criado pela OMS para ser utilizado em países emergentes, como o Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986).

Definição de variáveis: Para investigar a variável desfecho TMC foi utilizado o seguinte questionamento: “tem ou não tem TMC?”. Para tanto, definiu-se o ponto de corte de classificação de suspeitos de TMC em sete ou mais respostas positivas, baseado no estudo de validação de Santos et al. (2009), o qual aponta para um desempenho aceitável do SRQ-20 em avaliar os transtornos mentais comuns na população brasileira. Optou-se pela dicotomização dos resultados da somatória das respostas positivas em 0- não tem TMC e 1- tem TMC. Assim, os quilombolas com sete ou mais respostas positivas pontuavam 1 e, nos casos de pontuação inferior a sete pontuavam 0.

A seleção das variáveis independentes para o modelo de regressão, usada na investigação dos fatores associados aos TMC, foi executada usando-se um modelo hierárquico (VICTORA et al., 1997). Foram considerados fatores predisponentes envolvidos nos determinantes ambientais, econômicos, sociais e de saúde dos TMC (SANTOS et al., 2019). Assim, as variáveis foram agrupadas em três níveis, organizadas conforme sua proximidade epidemiológica com o desfecho. No nível distal encontram-se as características socioeconômicas; no nível intermediário encontram-se as características das condições ambientais e, no nível proximal, as características relacionadas às condições de saúde dos indivíduos

(Figura 1).

Figura 1 - Modelo explicativo hierárquico para a investigação dos fatores associados aos TMC em quilombolas no semiárido baiano



Fonte: Elaboração própria, 2022

No nível distal foram avaliadas as seguintes variáveis socioeconômicas: anos de estudo (7 ou mais anos de estudo/ até seis anos de estudo) e recebimento de benefício social do Governo Federal (recebe/ não recebe). Também foram investigadas, no nível intermediário, as características relacionadas aos fatores habitacionais (quantos cômodos tem a casa, tem banheiro, material utilizado na construção da casa, formas de iluminação da casa) e das condições sanitárias (tem água tratada, destino do lixo, destino dos dejetos). No nível proximal, foram registradas as características relacionadas ao estado de saúde e ao estilo de vida dos indivíduos (autopercepção da condição de saúde geral, autopercepção do estado emocional atual, uso de medicação para doenças crônicas não transmissíveis, uso de cigarro, consumo de álcool), bem como ligadas a utilização dos serviços de saúde (procura por serviços de saúde, realiza exame clínico/laboratorial, procura por serviços odontológicos).

Análise dos dados: inicialmente foi executada a análise descritiva de todas as variáveis de interesse: o desfecho, as variáveis demográficas, socioeconômicas, ambientais e referentes as condições de saúde da população estudada.

A análise de regressão logística múltipla foi realizada conforme o seguinte procedimento: inicialmente foram introduzidas variáveis do nível distal, permanecendo no modelo aquelas com

associação estatisticamente significativa ao nível de 30% ($p\text{-valor} \leq 0,30$). Em seguida foram adicionadas as variáveis dos níveis intermediário e proximal, com o mesmo critério de permanência. No modelo final, permaneceram as variáveis com significância estatística de 5%.

O modelo foi ajustado com o uso da linguagem computacional e estatística R, (R CORE TEAM, 2021). Foi feito também, o diagnóstico do modelo e verificada a adequabilidade do mesmo.

Por se tratar de um estudo epidemiológico de corte transversal, as razões de prevalência foram calculadas usando-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta, (BARROS; IRAKATA, 2003).

Os resultados referentes à associação entre autopercepção de saúde e TMC bem como autopercepção emocional e TMC foram estratificados por sexo, identificado como modificador de efeito destes preditores.

7.2 ARTIGO 2: POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E SAÚDE MENTAL EM QUILOMBOLAS: UMA ANÁLISE DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

7.2.1 Objetivo específico

Analisar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e o desenvolvimento de TMC em quilombolas adultos das comunidades rurais de Feira de Santana, Bahia.

7.2.2 Material e Método

Tipo de estudo: trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória. Esse estudo é um recorte de uma pesquisa anterior intitulada: “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia” desenvolvido pelo NUDES, no período de Julho a Setembro de 2016.

Local de estudo: Essa investigação foi realizada em duas comunidades quilombolas: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, localizadas na área rural de uma região central do semiárido baiano (município de Feira de Santana, estado da Bahia).

População do estudo: foram incluídos todos os adultos quilombolas (≥ 18 anos), residentes nos domicílios, que aceitavam participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Plano Amostral: a amostra não havia sido estimada com a finalidade de analisar a associação

entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC, por esse motivo optou-se por utilizar o total da amostra, como forma de aumentar o poder da pesquisa.

Levantamento e processo de coleta de dados: Na coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, previamente testado em estudo piloto. Além do instrumento de rastreio em saúde mental, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

Definição de variáveis: A variável desfecho TMC foi avaliada pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Trata-se de um instrumento autoaplicável, composto de 20 questões mensuradas em escala dicotômica (sim/ não). Em relação ao ponto de corte, por conta de não existirem estudos de validação para grupos populacionais específicos, adotou-se o ponto de corte de sete respostas positivas para ambos os sexos, conforme estudo de validação realizado com população de Feira de Santana (amostra mais similar com a do referido estudo) (SANTOS; ARAÚJO; PINHO; SILVA, 2010).

Para a construção da variável latente posição socioeconômica, foi levada em consideração a teoria de classe social e posição socioeconômica elaborada por Krieger; Williams e Moss (1997) e dos construtos teóricos de formação do indicador de posição socioeconômica de Galobardes et al., (2007), os quais apontam que os fatores sociais e econômicos influenciam a posição social dos grupos na sociedade, o que acaba gerando uma determinada condição de saúde, sendo um dos construtos mais recomendados em pesquisas em saúde com grupos vulnerabilizados em sua condição de vida.

Neste indicador, os fatores sociais e econômicos influenciam a posição social dos grupos na sociedade, o que acaba por gerar uma determinada condição de saúde, sendo representado pelos seguintes indicadores: educação em anos de estudo; condições de moradia-aspectos materiais das circunstâncias socioeconômica: acesso a água, banheiro, esgotamento sanitário, material usado na casa, quantidade de cômodos na residência e renda - somatório de receitas/ quantidade de pessoas que dependem da renda. Ademais, esse indicador aceita diversas formas de mensuração, sendo sugeridas os procedimentos de cálculo adotados pelos órgãos oficiais de cada país/ região (GALOBARDES et al., 2007).

Após adotar os fundamentos teóricos para construção da variável latente posição socioeconômica, adotou-se, o modelo dos indicadores sociais utilizados no Brasil, enquanto procedimento metodológico de formação do indicador. Para tal fim, levou-se em consideração os múltiplos fatores envolvidos na realidade social dos quilombolas, que compõem-se de diversas carências/necessidades, adotando-se assim, uma abordagem mais operacional das condições socioeconômicas, que visa avaliar de forma estrutural as condições materiais que essa população dispõe.

Dessa forma, criou-se um indicador composto, o qual aglutinou os seguintes indicadores sociais: indicador de pobreza como carências múltiplas (avalia dimensão da pobreza não monetária, representando indicadores baseados no estado de carência ou necessidade básica nas áreas de educação,

emprego, entre outros e indicador de renda familiar total (representado por diversas formas de rendimento, tais como: rendas do trabalho, aposentadoria, pensões, trabalho ocasional, seguro-desemprego, transferências governamentais, entre outros). Salienta-se que esses indicadores são reconhecidos como indicadores sociais aplicáveis às condições sociais do Brasil (JANNUZZI, 2003).

Foram analisadas duas das dimensões do indicador de pobreza como carências múltiplas: inserção no trabalho, mensurada por escala dicotômica (sim/ não) e anos de estudo, estimada por métrica dicotômica (0=sete anos ou mais de estudo; até seis anos=1). Por sua vez, foi utilizado o indicador recebe alguma ajuda financeira do governo federal, mensurada por escala dicotômica (0= recebe alguma ajuda financeira /1= não recebe nenhuma ajuda).

Vale destacar que, as variáveis na modelagem de equações estruturais podem ser classificadas em relação a vários aspectos do modelo. Quanto à sua mensurabilidade, podem ser classificadas como variáveis latentes, de medição e indicadoras. As variáveis aqui mencionadas como latentes diz respeito as variáveis que não são passíveis de mensuração direta, sendo mensuradas aproximadamente por um conjunto de variáveis observadas (AMORIM et al., 2010).

A outra variável latente, condição psicológica, foi obtida baseando-se em três questões relacionadas a autopercepção do estado de saúde, autopercepção de estado emocional e do nível de comprometimento de saúde, por meio do uso de medicamentos controlados, pertencentes às questões relacionadas às dimensões do estado de saúde de quilombolas, do questionário inspirado no inquérito populacional do Projeto "COMQUISTA", utilizado por Bezerra et al. (2013). Pertencentes a variável latente condição psicológica, incluídos os seguintes indicadores: (1) Autoavaliação do estado de saúde: Em geral, como o senhor (a) avalia a sua saúde? (2) Autopercepção das sensações emocionais: Como vem se sentindo nos últimos 15 dias? Essas questões foram avaliadas em escala do tipo Likert, que variou da seguinte forma: 0= Muito Boa; 1= Boa; 2= Regular; 3=Ruim; 4= Muito Ruim, e 0= Muito Bem; 1= Bem; 2= Regular; 3= Mal; 4= Muito Mal, respectivamente. Por fim, o indicador (3) Comprometimento da Saúde: Você faz uso de algum medicamento controlado? Essa questão teve métrica dicotômica de avaliação (sim/ não). Para todos esses indicadores, utilizou-se da mediana como ponto de corte para a dicotomização das escalas propostas por ser uma medida estatística resistente à variabilidade dos dados.

Outrossim, as variáveis de autopercepção do estado de saúde, no geral, são recomendadas para análise da saúde das populações (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013), por ser considerado um indicador subjetivo da percepção do indivíduo sobre a própria saúde, confiável e passível de ser aplicado de maneira eficaz (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). Em populações quilombolas, esse indicador vem mostrando-se relevante para análises mais subjetivas do estado de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Análise dos dados: foram estimadas as frequências das características demográficas, socioeconômicas e do estado de saúde dos/as quilombolas, segundo sexo. Foi realizada previamente análise fatorial, utilizando o software Factor (BROWN, 2015), com base na matriz de correlação de Pearson, com objetivo de verificar se as variáveis observadas explicavam e justificavam bem a formação dos fatores.

Define-se Análise Fatorial Exploratória (AFE) como um conjunto multivariado de técnicas que objetiva identificar uma melhor estrutura subjacente em uma matriz de dados, com vistas a determinar quais fatores melhor representam um conjunto de variáveis (BROWN, 2015). Nesse sentido, um fator (variável latente não observada diretamente) influencia mais de uma variável observada (indicadores), representando, assim, a covariância entre elas (DAMÁSIO, 2012).

Após realizada a AFE, utilizou-se a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), ferramenta estatística construída tendo como base vários tipos de procedimentos estatísticos para avaliar relações entre variáveis observadas, com o objetivo de permitir a realização de análises quantitativas sobre modelos teóricos hipotetizados pelo pesquisador (AMORIM et al., 2012). Nesse estudo, foi utilizada a análise confirmatória da MEE, com objetivo de testar um conjunto pré-estabelecido de relações (NEVES, 2018) envolvendo a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC. Nesse caso, foram feitas mensuração (análise fatorial) e estimação (análise de regressão) das variáveis do modelo.

O modelo de mensuração verifica quais indicadores exercem maior contribuição para a formação de determinado construto latente. Por se tratar de variáveis de natureza abstrata, na etapa de mensuração, foram considerados os itens (propostos para representar os construtos) com cargas fatoriais padronizadas significantes e maiores ou iguais a 0,30. Também foi verificada a validade discriminante satisfatória dos constructos por meio da correlação entre eles, tendo sido verificados valores menores que 0,90 (GANA; BROCK, 2019).

Passando para a etapa do modelo de regressão, foram avaliados os efeitos diretos e indiretos entre as variáveis latentes e o desfecho. As interações, foram julgadas significantes quando o efeito estabelecido era de um $p\text{-valor} < 0,05$, conforme estabelecido em literatura especializada (KLINE, 2015).

Todas as análises foram estratificadas segundo sexo, tendo em vista que a experiência de sofrimento psíquico distribui-se desigualmente entre homens e mulheres quilombolas (DIMENSTEIN et al., 2020). Por essa razão, nesse estudo, às diferenças entre as prevalências de TMC foram consideradas a partir desse atravessamento de gênero. A compreensão adotada aqui, compreende gênero enquanto categoria social, baseada nas relações sociais assimétricas de poder entre os sexos, especialmente, às diferenças percebidas entre os homens e mulheres nesse sistema social (SCOTT, 1995).

Além disso, existem diferentes condicionantes para o sofrimento psíquico entre os quilombolas,

por exemplo, os sistemas sociais produtores de múltiplas desigualdades sociais, como é o caso da raça e da classe (DIMENSTEIN et al., 2020). Dessa forma, verifica-se que, no caso dos quilombolas, múltiplos são os fatores envolvidos no adoecimento mental dessa população, além das iniquidades sociais provenientes da vulnerabilidade relacionadas ao racismo estrutural e a posição socioeconômica desfavorável. As mulheres quilombolas ainda enfrentam vivências de sofrimento psíquico diferenciadas quando comparadas aos homens, o que vem resultando em diminuição de autonomia plena delas sobre suas vidas (FERNANDES; SANTOS, 2019), assim como redução de sua qualidade de vida, em razão dos impactos do cotidiano de vida no meio rural (AMORIM et al., 2018).

O software usado para a análise foi o Mplus versão 5.21 (MÚTHEN; MÚTHEN, 2010). Por se tratar de variáveis dicotômicas, foram estimadas as cargas fatoriais e os coeficientes de regressão padronizados (IC95%), por meio da utilização do método de Médias Ponderadas dos Mínimos Quadrados e Variância Ajustada (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted – WLSMV).

Ademais, foram utilizadas medidas de bondade de ajuste (HAIR et al., 2009) de índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index – CFI=0,90); o índice de ajuste de Tucker-Lewis (TLI=0,90); e raiz do erro quadrático médio de aproximação (Root Mean Square Error of Approximation – RMSEA < 0,06), e limite superior do intervalo de 90% de confiança (IC90%) < 0,08, com objetivo de verificar se os dados estavam bem ajustados pelo modelo proposto.

7.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os parâmetros da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), através do protocolo CAAE: 57412416.4.0000.0053. A participação dos quilombolas ocorreu de forma voluntária após entendimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

7.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO TRANSVERSAL

Define-se estudo transversal, como um estudo de recorte específico no tempo, das condições de saúde de uma dada população, demonstrando vantagem pelo seu baixo custo e sua ampla descrição dos resultados obtidos (ROUQUAYROL, 2003). Representa uma maneira simples de estudo populacional, fornecendo, em um momento escolhido pelo pesquisador, um retrato de como se relacionam as variáveis num determinado tempo e, a prevalência de doenças e de outras características da população (PEREIRA,

2015).

Além disso, o estudo de corte transversal apresenta-se como o mais indicado para estudar indivíduos selecionados aleatoriamente, o que possibilita maior generalização das estimativas de prevalência encontradas nos estudos (MEDRONHO et al., 2009). Contudo, destaca-se que estudos transversais possuem limitações referentes, principalmente, a ausência de respostas acerca da causalidade dos fatores envolvidos num estudo, não conseguindo determinar a incidência de doenças, bem como pode apresentar viés da prevalência, fornecendo uma imagem distorcida da realidade da população estudada, por só informarem os casos existentes naquele momento do tempo, tendo menos chance de agravos à saúde de curta duração apresentar-se e, da super-representação de pacientes com doenças crônicas (PEREIRA, 2015).

RESULTADOS

8.1 ARTIGO 1

FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM QUILOMBOLAS DE UMA REGIÃO DO SEMIÁRIDO BAIANO

FACTORS ASSOCIATED WITH COMMON MENTAL DISORDERS IN MARRONS IN A REGION OF THE SEMI-ARID BAHIA

Roberta Lima Machado de Souza Araújo
Edna Maria de Araújo
Aloísio Machado da Silva Filho
Nelson Fernandes de Oliveira
Carlos Alberto Lima da Silva

RESUMO

OBJETIVO: Objetivou-se estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) e seus fatores associados em adultos quilombolas de uma região do semiárido baiano. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal de natureza exploratória, com 915 quilombolas moradores das comunidades quilombolas Matinha dos Pretos e Lagoa Grande aleatoriamente selecionados. O desfecho foi obtido a partir da aplicação do Self-Reporting Questionnaire-20. As variáveis de exposição foram propostas previamente por modelo hierarquizado e coletadas através de formulário que levantou características socioeconômicas, ambientais e de condições de saúde. As medidas foram estimadas utilizando-se regressão logística, tendo como base o resultado da seleção hierarquizada das variáveis e todas as análises estatísticas foram executadas na linguagem computacional e estatística R. **RESULTADOS:** após análise de Regressão Logística verificou-se que quilombolas com até seis anos de estudo apresentaram 1,29 vezes (IC95%: 1,05-1,57) maior de TMC, do que os quilombolas com maior de nível de escolaridade. Dos quilombolas que não recebiam algum benefício social do Governo Federal apresentaram 29% menos de TMC. As mulheres quilombolas que referiram autopercepção ruim do seu estado de saúde geral tiveram uma prevalência 80% maior de TMC. As quilombolas com a pior autopercepção emocional apresentaram 1,45 maior de TMC, quando comparadas as quilombolas com melhor autopercepção emocional. **CONCLUSÃO:** as evidências científicas produzidas puderam esclarecer que as características socioeconômicas e as condições psicológicas comportaram-se como determinantes do TMC, além da reafirmação da necessidade de considerar as diferenças de gênero em pesquisas com esse desfecho. A partir desse estudo pôde-se dar maior visibilidade às iniquidades em saúde mental vivenciadas por essa população específica, que para além da vulnerabilização provocada pela exclusão social histórica sofrida, padece pela ausência da efetivação de políticas públicas voltadas a esse público.

Palavras-chave: Grupos com Ancestrais no Continente Africano; Fatores Associados; Saúde Mental.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective was to estimate the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) and their associated factors in Quilombola adults in a semi-arid region of Bahia. **METHODS:** This is a cross-sectional study of an exploratory nature, with 915 Quilombolas living in the Quilombola communities Matinha dos Pretos and Lagoa Grande randomly selected. The outcome was obtained from the application of the Self-Reporting Questionnaire-20 instrument. Exposure variables were previously proposed using a hierarchical model and collected using a form that collected socioeconomic, environmental and health conditions characteristics. The measures were estimated using logistic regression, with the use of Poisson regression, with robust variance, based on the result of the hierarchical selection of variables and all statistical analyzes were performed in computational language and R statistics. **RESULTS:** after logistic regression analysis, it was found that quilombolas with up to six years of study had 1.29 times (95%CI: 1.05-1.57) higher CMD than quilombolas with higher educational level. Of the quilombolas who did not receive any social benefit from the Federal Government, 29% had less CMD. Quilombola women who reported poor self-perception of their general health status had an 80% higher prevalence of CMD. The quilombolas with the worst emotional self-perception had a 1.45 higher CMD, when compared to the quilombolas with the best emotional self-perception. **CONCLUSION:** the scientific evidence produced could clarify that socioeconomic characteristics and psychological conditions behaved as determinants of CMD, in addition to reaffirming the need to consider gender differences in research with this outcome. From this study, it was possible to give greater visibility to inequalities in mental health experienced by this specific population, which, in addition to the vulnerability caused by the historical social exclusion suffered, suffers from the lack of implementation of public policies aimed at this public.

Keywords: Groups with Ancestors on the African Continent; Associated Factors; Mental health.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais apresentam-se como graves problemas de saúde pública, devido aos seus impactos na qualidade de vida dos indivíduos, assim como pelas altas despesas públicas com o tratamento desses adoecimentos. Segundo estimativas elaboradas a partir dos sistemas de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e através do último Censo do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (CENSO/IBGE), no ano de 2010, as maiores taxas de internações hospitalares (por 10.000 hab.) por transtornos mentais e comportamentais (exceto por uso de álcool e outras substâncias psicoativas), no Brasil, foram observadas na população negra (pretos e pardos) 12,6%, em detrimento de uma taxa de 6,8% na população branca¹.

Os TMC representam um conjunto de sinais e sintomas de ordem não psicótica, associados a episódios depressivos e ansiosos, que podem ser identificados através de uma sintomatologia somática inespecífica (nervosismo, enxaqueca, sensação de desânimo, insônia, irritabilidade, etc.) (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Estudos epidemiológicos têm evidenciado elevada taxa de TMC em grupos vulnerabilizados em sua condição de vida, particularmente, entre camadas pobres e algumas classes trabalhadoras, estando associados com variáveis relacionadas às condições socioeconômicas no geral (escolaridade, renda, trabalho, situação ocupacional), idade e gênero (PATEL et al., 1999; COUTINHO et al., 1999; LUDEMIR, 2000; LUDERMIR; LEWIS, 2001; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; ROCHA et al., 2010).

Evidências científicas internacionais (SCHOENDORF et al., 1992; KRIEGER et al., 1993; ADLER, et al., 1994; WILLIAMS; COLLINS, 1995; e nacionais (LUDERMIR, 2002; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; LUDERMIR, 2005) constataram que quanto mais baixo o nível socioeconômico de um determinado grupo social, mais altas as taxas de prevalência de TMC.

Em razão desses indicadores, faz-se necessário analisar a prevalência de TMC e seus fatores determinantes em grupos mais vulnerabilizados em sua condição socioeconômica, como é o caso de alguns grupos étnicos/raciais, a exemplo dos quilombolas. Os quilombolas são caracterizados como um grupo étnico-racial, com presunção de ancestralidade africana e características socioculturais próprias, segundo critérios de auto-atribuição (BRASIL, 2003).

Apesar de haver algumas pesquisas que descrevem o estado de saúde mental dessas populações no Brasil (SILVA; 2007; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; CARDOSO; MELO; CESAR, 2015; SILVA; MENEZES, 2016; MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019; ARAÚJO et al., 2019), ainda é incipiente evidências empíricas acerca da análise da determinação dos possíveis fatores associados a esses agravos.

Tendo em vista a magnitude e os efeitos dos agravos em saúde mental para grupos populacionais vulnerabilizados social e historicamente, o rastreamento dos possíveis determinantes dos TMC em comunidades quilombolas pode conferir maior visibilidade às iniquidades vivenciadas por essa população, além de possibilitar melhor planejamento das ações em saúde dirigidas aos quilombolas, atendendo assim as diretrizes e objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Ademais, a identificação dos fatores associados ao adoecimento mental, considerando os diferenciais entre os gêneros, em populações pouco estudadas na literatura nacional e internacional, como é o caso das populações quilombolas, confere o caráter de ineditismo ao presente estudo, condição que contribui com o avanço do estado da arte sobre a Saúde da População Negra no Brasil.

Com o propósito de identificar os processos de determinação do adoecimento psíquico em populações quilombolas, este estudo objetiva estimar a prevalência de TMC e analisar seus possíveis

fatores associados em quilombolas de uma região do semiárido baiano.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de natureza exploratória. Esse estudo é um recorte de uma pesquisa anterior intitulada: “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia” desenvolvido pelo Núcleo de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES), no período de Julho a Setembro de 2016 (ARAÚJO, et al., 2017).

Essa investigação foi realizada em duas comunidades quilombolas: Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, localizadas na área rural da região central do semiárido baiano. Foram elegíveis para o estudo todos os adultos quilombolas (≥ 18 anos), residentes nos domicílios, que foram sorteados e aceitavam participar da pesquisa e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para tanto, a seleção da amostra foi realizada por amostragem probabilística sistemática, tendo o domicílio como unidade amostral.

Para o cálculo amostral assumiu-se uma prevalência de 50% considerando os diversos desfechos estudados, com poder de estudo de 80% e, acréscimo de 10%, considerando possíveis perdas, conforme utilizado no estudo de base populacional com quilombolas no sudoeste da Bahia (BEZERRA et al., 2013). Para tanto, foi realizada seleção aleatória, com o uso do software Open Epi, versão 3.03. Esse parâmetro adotado para o cálculo amostral levou em consideração a heterogeneidade das variáveis estudadas e a simultaneidade dos múltiplos eventos a serem mensurados.

Anterior a coleta de dados, foi realizado estudo piloto em uma comunidade negra rural, com características demográficas e socioeconômicas similares da população quilombola estudada, com objetivo de calibrar os instrumentos para pesquisa. Além disso, foi realizada sensibilização anterior com a comunidade a partir do apoio dos líderes comunitários.

Para a coleta dos dados, utilizou-se dois formulários padronizados. Na tentativa de reduzir o viés de informação, houve treinamento dos coletadores para uniformização do processo de levantamento de dados.

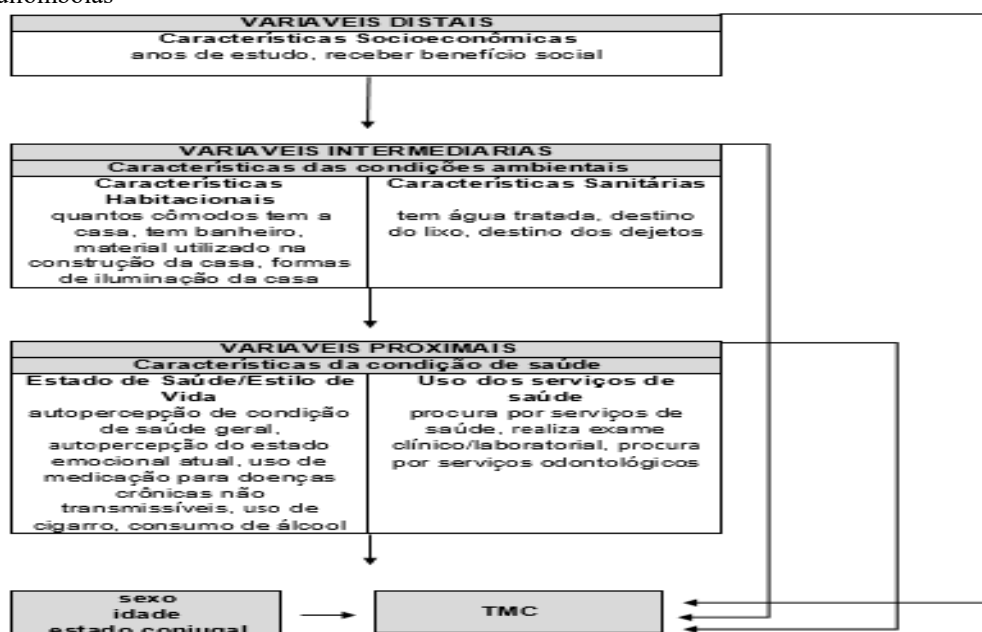
Aplicaram-se dois instrumentos validados cientificamente, com objetivo de avaliar características demográficas, socioeconômicas, ambientais, do estilo de vida e referente as condições de saúde dos sujeitos. O primeiro teve como objetivo levantar as condições de vida e saúde dos quilombolas, fundamentado no inquérito do Projeto “COMQUISTA”, utilizado em outras pesquisas em comunidades quilombolas com o mesmo objetivo dessa pesquisa (BEZERRA et al., 2013). O segundo foi o instrumento Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), que tem como objetivo realizar uma triagem de

sintomas psíquicos, psicossomáticos para verificação de diagnóstico de suspeição de TMC. Esse instrumento foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser utilizado em países emergentes, como o Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986).

Para investigar a variável desfecho TMC, os participantes responderam aos 20 itens do SRQ-20 numa escala de sim ou não. Em seguida, computou-se um ponto a cada resposta positiva, obtendo-se um escore para cada pessoa. No final, utilizou-se, na soma dos escores, um ponto de corte para ter ou não suspeição de TMC. Para tanto, definiu-se o ponto de corte de classificação de suspeitos de TMC em sete ou mais respostas positivas, baseado no estudo de validação de Santos et al. (2009), o qual aponta para um desempenho aceitável do SRQ-20 em avaliar os transtornos mentais comuns na população brasileira. Optou-se pela dicotomização dos resultados da somatória das respostas positivas em 0 - não tem TMC e 1 - tem TMC. Assim, os quilombolas com sete ou mais respostas positivas pontuavam 1 e, nos casos de pontuação inferior a sete, pontuavam 0.

Estruturou-se uma metodologia para selecionar as variáveis independentes para o modelo de regressão, discriminando-as em blocos hierarquizados, uma vez que não existem modelos teóricos que abarcassem as relações de hierarquização dos fatores associados aos TMC em quilombolas. Discriminaram-se a contribuição dos blocos de variável para o ajuste do modelo, e avaliaram-se os aspectos estatísticos que poderiam influenciar a modelagem. (VICTORA et al., 1997). Foram considerados fatores predisponentes envolvidos nos determinantes ambientais, econômicos, sociais e de saúde dos TMC (QUADROS et al., 2020; SANTOS et al., 2019). Assim, as variáveis foram grupadas em três níveis, organizadas conforme sua proximidade epidemiológica com o desfecho. No nível distal encontram-se as características socioeconômicas; no nível intermediário encontram-se as características das condições ambientais e, no nível proximal, as características relacionadas as condições de saúde dos indivíduos (**Figura 1**).

Figura 1 - Modelo explicativo hierárquico para a investigação dos fatores associados aos TMC em quilombolas



No nível distal foram avaliadas as seguintes variáveis socioeconômicas: anos de estudo (7 ou mais anos de estudo, até seis anos de estudo) e recebimento de benefício social do Governo Federal (recebe, não recebe). Também foram investigadas, no nível intermediário, as características relacionadas aos fatores habitacionais (quantos cômodos tem a casa, tem banheiro, material utilizado na construção da casa, formas de iluminação da casa) e das condições sanitárias (tem água tratada, destino do lixo, destino dos dejetos). No nível proximal, foram registradas as características relacionadas à condição psicológica e do estilo de vida (autopercepção de condição de saúde geral, autopercepção do estado emocional atual, uso de medicação para doenças crônicas não transmissíveis, uso de cigarro, consumo de álcool), bem como ligadas a utilização dos serviços de saúde (procura por serviços de saúde, realiza exame clínico/laboratorial, procura por serviços odontológicos).

Inicialmente foi executada a análise descritiva de todas as variáveis de interesse: o desfecho, as variáveis demográficas, socioeconômicas, ambientais e referentes às condições de saúde da população estudada.

A análise de regressão logística foi realizada conforme o seguinte procedimento: inicialmente foram introduzidas variáveis do nível distal, permanecendo no modelo aquelas com associação estatisticamente significativa ao nível de 30% ($p\text{-valor} \leq 0,30$). Em seguida foram adicionadas as variáveis dos níveis intermediário e proximal, com o mesmo critério de permanência. No modelo final, permaneceram as variáveis com significância estatística de 5%.

O modelo foi ajustado com o uso da linguagem computacional e estatística R (R CORE TEAM, 2021). Foi feito o diagnóstico do modelo e verificada a adequabilidade do mesmo. As razões de prevalência foram calculadas usando-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta (BARROS; IRAKATA, 2003).

Os resultados referentes à associação entre autopercepção de saúde e TMC bem como autopercepção emocional e TMC foram estratificados por sexo. (**Tabela 4**).

A pesquisa seguiu os parâmetros da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/201233, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, através do protocolo CAAE: 57412416.4.0000.0053.

RESULTADOS

Na amostra estudada (N=915), predominaram quilombolas do sexo feminino (62,6%), com idade entre 40 anos ou mais (51,3 %), em situação conjugal sem companheiro (50,0%), apresentando baixo nível de escolaridade, sendo que 51,3 % só completaram até seis anos de estudo. A maioria dos

quilombolas não recebia ajuda de nenhum benefício social (75,7%).

Considerando as características relacionadas a condição psicológica dos quilombolas constatou-se que 49,7% apresentaram uma autopercepção ruim do seu estado de saúde geral, assim como 44,8% autoperceberam seu estado emocional como ruim. Observou-se que 54,5% da população disse fazer uso de alguma medicação para tratar doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, ansiedade e depressão, etc.). Por outro lado, no que tange aos cuidados em saúde observou-se que 32,1% não procuram os serviços de saúde básicos com frequência e 81,8% dos entrevistados relataram raramente fazerem exames clínicos e laboratoriais, assim como 75,0% dos quilombolas raramente utilizaram serviços odontológicos.

As maiores prevalências de TMC foram observadas no sexo feminino (78,3%), na faixa etária de 40 anos ou mais (60,0%), quem estava com companheiro (52,6%), com até seis anos de estudo apenas (60,0%), que não recebiam ajuda financeira (68,3%) do Governo Federal, residentes em casas sem tijolos (98,6%) e sem esgotamento sanitário (98,6%), que possui pior autopercepção da saúde (70,0%) e do seu estado emocional (63,0%), que raramente realizam exames clínicos e laboratoriais (79,3%) e utilizam os serviços odontológicos (77,6%) (**Tabela 1**).

Tabela 1- Distribuição dos quilombolas com TMC segundo características sociodemográficas, de condições ambientais e de saúde, de uma região do semiárido baiano, Brasil.

Variáveis (n)*	n*	Sim	TMC		
			f*	Não	f*
Sexo (915) *					
Masculino	342	65	19,0%	277	81,0%
Feminino	573	338	59,0%	235	41,0%
Idade (915) *					
18 a 39 anos	445	120	27,0%	325	73,0%
40 ou mais	470	180	38,3%	290	61,7%
Situação Conjugal (915) *					
Com companheiro (a)	457	158	34,6%	299	65,4%
Sem companheiro (a)	458	142	31,0%	316	69,0%
Anos de Estudo (915) *					
7 ou mais anos de estudo	445	120	27,0%	180	38,3%
Até seis anos de estudo	470	325	73,04%	290	61,7%
Receber Benefício Social (915) *					
Recebe	222	95	42,8%	127	57,2%
Não Recebe	693	205	29,6%	488	70,4%
Quantos Cômodos tem a Casa (915) *					
Melhor condição (≥ 4 cômodos)	507	165	32,5%	342	67,5%
Pior condição (até 4 cômodos)	408	135	33,1%	273	66,9%
Tem banheiro (915) *					
Sim	856	282	32,9%	574	67,1%
Não	59	18	30,5%	41	69,5%
Material Utilizado na					

Construção da Casa (915) *					
Com tijolos	879	289	32,9%	590	67,1%
Sem tijolos	36	11	30,6%	25	69,4%
Formas de Iluminação da Casa (915) *					
Elétrica	907	298	32,9%	609	67,1%
Óleo/querosene/gás de botijão	8	2	25,0%	6	75,0%
Tem Água Tratada (915) *					
Sim	809	41	38,7%	65	61,3%
Não	106	259	32,0%	550	68,0%
Destino do Lixo (915) *					
Coleta regular	665	214	32,2%	451	67,8%
Queima/joga em terrenos (915) *	250	86	34,4%	164	65,6%
Destino dos Dejetos (915) *					
Com rede de esgoto	18	296	33,0%	601	67,0%
Sem rede de esgoto	897	4	22,2%	14	77,8%
Autopercepção de condição de saúde geral (915) *					
Melhor autopercepção	594	370	80,4%	90	19,6%
Pior autopercepção	321	245	53,8%	210	46,2%
Autopercepção do estado emocional atual (915) *					
Melhor autopercepção	614	111	22,0%	394	78,0%
Pior autopercepção	301	189	46,1%	221	53,9%
Uso de Medicação para doenças crônicas não transmissíveis (915) *					
Não	416	179	43,0%	237	57,0%
Sim	499	121	24,2%	378	75,8%
Uso de Cigarro (915) *					
Não	814	268	32,9%	546	67,1%
Sim	97	31	32,0%	66	68,0%
Consumo de Álcool (915) *					
Não	758	267	35,2%	491	64,8%
Sim	157	33	21,0%	124	79,0%
Procura por Serviços de Saúde (915) *					
Frequentemente	621	180	29,0%	441	71,0%
Raramente	294	120	40,8%	174	59,2%
Realiza Exame Clínico/Laboratorial (915) *					
Frequentemente	166	62	37,3%	104	62,7%
Raramente	749	238	31,8%	511	68,2%
Procura por Serviços Odontológicos (915) *					
Frequentemente	228	161	70,6%	67	29,4%
Raramente	687	454	66,1%	233	33,9%

*respostas válidas das variáveis; ** total de amostra com e sem TMC.

Na **Tabela 2** verifica-se os resultados da análise de Regressão Logística, de modelo hierarquizado proposto, no qual permaneceram no modelo distal as covariáveis sociodemográficas: até seis anos de estudo e não recebimento de algum benefício social do Governo Federal. No modelo intermediário, não foi selecionada nenhuma das covariáveis relacionadas as condições ambientais, mantendo-se neste modelo somente as variáveis do submodelo 1. No modelo final, permaneceram as covariáveis significantes ao nível estatístico de 5%: até seis anos de estudo; não recebimento de algum benefício social do Governo Federal; pior autopercepção do estado de saúde geral; pior autopercepção do estado emocional; não utilizar medicamentos para tratamento de alguma doença crônica não transmissível e consumir bebida alcoólica. Embora sem verificação de associação estatisticamente significativa, a co-variável raramente frequentar os serviços de saúde, permaneceu no modelo final, em decorrência do critério epidemiológico.

Tabela 2- Fatores associados com TMC de regressão logística, Feira de Santana, Bahia, Brasil

Variáveis	Modelo 1 – Distal		Modelo 2 – Intermediário		Modelo 3 – Proximal	
	OR	p-valor	OR	p-valor	OR	p-valor
Anos de estudo (até 6 anos de estudo)	1,74	0,00009***	1,74	0,00012***	1,32	0,05213.
Receber benefício social (não)	0,55	0,00013***	0,54	0,00296***	0,61	0,00296**
Dispõe de água tratada (não)			(-----)		(-----)	
Destinos dos dejetos (sem esgotamento sanitário)			(-----)		(-----)	
Autopercepção de saúde (pior)					2,19	0,00000***
Sensações emocionais (pior)					1,65	0,00202**
Uso de medicações (sim)					0,68	0,01191*
Consumo de bebidas alcoólicas (sim)					0,66	0,04942*
Frequência aos serviços de saúde (raramente)					1,29	0,14293
Última vez que realizou exames (raramente/nunca)					(-----)	
Frequência ao dentista					(-----)	

Signif. codes: 0 ‘***’ 0,001 ‘**’ 0,01 ‘*’ 0,05 ‘.’ 0,1 ‘ ’ 1

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A **tabela 3** aponta os resultados obtidos pela análise de Regressão Logística dos fatores associados aos TMC em quilombolas. Verificou-se que, os quilombolas que têm até seis anos de estudo apresentaram 1,29 vezes maior de TMC, do que os sujeitos com sete ou mais anos de estudo. Dos quilombolas que não recebiam algum benefício social do Governo Federal averiguou-se que 29% a menos de TMC, quando comparados aos que recebiam. Por sua vez, os quilombolas que reportaram não fazer uso de nenhuma medicação para tratamento de alguma doença crônica não transmissível apresentaram prevalência 20% menor de TMC, ao se comparar com os sujeitos que faziam uso.

Ademais, os indivíduos que raramente frequentaram os serviços de saúde apresentaram 1,13 vezes maior de TMC, do que os quilombolas que frequentavam de fora regular. Entretanto, essa associação não foi estatisticamente significativa ao nível de 5%.

Tabela 3- Resultado da análise de Regressão dos fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em adultos quilombolas, Feira de Santana, Bahia, Brasil

VARIÁVEL N (915)	TMC	
	RP** IC (95%)	p-valor
Anos de Estudo (até 6 anos de estudo)	1,29 (1,05-1,57)	0,020
Receber Benefício Social (não receber)	0,81 (0,68-0,98)	0,043
Uso de Medicamentos (sim)	0,80 (0,66-0,96)	0,021
Frequência aos serviços de saúde (raramente)	1,13 (0,95- 1,35)	0,142

*ajustado por idade/ **utilizada regressão de Poisson com variância robusta

Fonte: Elaboração própria, 2022

Na **Tabela 4** descreve-se os resultados da associação entre variáveis da condição psicológica e TMC, segundo estratificação por sexo. Observou-se que as mulheres quilombolas que referiram autopercepção ruim do seu estado de saúde geral, tiveram uma prevalência 80% maior de TMC, quando comparadas as mulheres com boa autopercepção do seu estado de saúde. Entre os homens quilombolas verificou-se prevalência 39% maior de TMC, em comparação aos homens que reportaram boa autopercepção de saúde. Entretanto, mesmo diante da associação positiva no grupo de homens, não foi considerada estatisticamente significativa. Quanto à autopercepção emocional, as quilombolas com pior autopercepção emocional apresentaram 1,45 vezes maior de TMC, quando comparada com outras quilombolas que reportaram melhor autopercepção emocional. No caso dos homens quilombolas verificou-se 14% menor de TMC naqueles que disseram perceber-se com pior estado emocional, quando comparadas com os quilombolas que reportam melhor autopercepção emocional.

Tabela 4- Associação entre as variáveis da condição psicológica e TMC estratificada por sexo

VARIÁVEL	TMC			
	Masculino		Feminino	
	RP IC (95%)	p-valor	RP IC (95%)	p-valor
Autopercepção de saúde (ruim)	1,39 (0,85- 2,28)	0,218	1,80 (1,37- 2,36)	0,000
Autopercepção emocional (ruim)	0,96 (0,59, 1,58)	0,874	1,45 (1,13- 1,87)	0,001

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

DISCUSSÃO

A precária condição de vida dos quilombolas do referido estudo reitera a discussão já presente na literatura sobre essa população específica, especialmente da região norte e nordeste do país (CABRAL-MIRANDA; DATTOLI; SILVA, 2007; OSHAI; SILVA, 2013; AMORIM, 2013; SANTOS, 2014; MELO; SILVA, 2015; ARAÚJO et al., 2019; AFONSO; CORRÊA; SILVA, 2020) e também através dos dados apresentados nos relatórios oficiais do governo federal acerca da exposição das comunidades quilombolas brasileiras as condições vulnerabilizadas de vida (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

A condição psicológica e as características de saúde aqui associadas aos TMC, também têm sido descritas em outros estudos com adultos quilombolas no Brasil. No entanto, a proporção de quilombolas com autopercepção ruim do seu estado de saúde neste estudo (49,7%) foi superior à das pesquisas conduzidas em outras comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais (46,0%) (OLIVEIRA et al., 2015) e do município de Vitória da Conquista, na Bahia (12,5%) (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014). As diferentes percepções e entendimentos do estado de saúde por serem bem singulares na forma como as pessoas se percebem ao longo de suas experiências de vida, e pela própria condição psicológica que parece decorrer de um sistema simbólico e cultural estabelecidos pelos laços territoriais e em razões das condições de vida que cada grupo populacional dispõe (ACIOLE; SILVA, 2021), devem ser considerados nesses locais como possíveis justificativas para as diferenças encontradas.

A prevalência global de TMC foi considerada elevada (32,7%) nos quilombolas participantes do estudo, indicando a necessidade de uma análise mais robusta dos possíveis fatores envolvidos nesse adoecimento, haja vista se tratar de uma população que já apresenta condição de vida vulnerabilizada e quadros de outras doenças crônicas relacionadas com esse contexto social (JARDIM et al., 1992; BORGES, 2011; BEZERRA et al., 2013; MELO; SILVA, 2015; ARAÚJO et al., 2019; ARAÚJO et al., 2021). Cenário que acrescentado a uma proporção alta de adoecimento psíquico pode contribuir para um quadro de alta incapacidade e repercussões negativas significativas para a saúde dos quilombolas. Por essa razão, aspectos ambientais, políticos e socioeconômicos devem ser considerados nesse cenário.

A prevalência global de TMC encontrada no presente estudo é maior que os 29,6% identificado

em pesquisa com comunidades quilombolas de Guanambi/Bahia (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019) e dos 33,1% em quilombolas do Rio Grande do Sul (RS) (PAULI, 2016). No entanto, foi menor que a proporção encontrada na comunidade quilombola (44,2%), situada na área rural do município do Bom Jesus localizado a cerca de 46 km da capital Natal, Rio Grande do Norte (DIMENSTEIN et al., 2020), de 65,3% em comunidades quilombolas do estado do Alagoas (NEIVA, 2010) e 42,9% em quilombolas em outras comunidades no município de Maceió (AL) (ARAÚJO, 2020). De qualquer forma, pode-se afirmar que, independentemente do estudo, as elevadas frequências estimadas de TMC em quilombolas vem denunciar o quanto que esse grupo específico vem sendo afetado pela invisibilidade das suas condições de vida e saúde e pelo pouco alcance das políticas públicas, tomando-se alvo certo de vulnerabilização, racismo e, conseqüentemente, de sofrimento psíquico (DIMENSTEIN et al., 2017).

Os quilombolas que possuíam até seis anos de estudo apresentaram 1,29 vezes maior de TMC, quando comparados aos sujeitos de maior nível de escolaridade. Esse achado reafirma a forte associação entre baixo nível de escolaridade e TMC na literatura (COUTINHO et al., 1999; PATEL et al., 1999; LUDEMIR, 2000; LUDERMIR; LEWIS, 2001; LUDEMIR; MELO FILHO, 2002; KLEINMAN, 2003; FORTES, 2004; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDEMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; COUTINHO et al., 2014).

A variável de não recebimento de benefícios sociais, que não havia sido incluída ainda em estudos sobre determinantes dos TMC em quilombolas, contribuiu para uma prevalência 29% a menos de TMC do que naqueles que recebiam alguma ajuda financeira. Dessa forma, essa variável apresenta-se como condição de menor exposição ao desenvolvimento de sofrimento mental, uma vez que receber algum benefício social envolve os critérios de extrema vulnerabilidade social e econômica do Governo Federal (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2021). Essa condição pode ser justificada pelo fato de que as família que auferem melhor condição de renda, conseqüentemente, apresentam melhor segurança econômica e, por essa razão, melhor condição de saúde emocional.

De acordo com Williams e Rucker (1996), a condição socioeconômica é mais que um conceito abstrato, posto que consegue indicar, a partir de marcadores sociais, a posição social que os diferentes indivíduos ocupam na cadeia social, determinando assim a condição de vida, o acesso a bens e serviços e, conseqüentemente, o melhor ou pior estado de saúde.

Ela é representada por indicadores de pobreza, rendimentos, riqueza, educação, ocupação ou um índice composto desses fatores, os quais acabam por explicar as variações étnico/raciais em saúde/saúde mental existentes (SCHOENDORF et al., 1992; KRIEGER et al., 1993; ADLER, et al., 1994; WILLIAMS; COLLINS, 1995; WILLIAMS; RUCKER, 1996; BHUÍ et al., 2005; ANTUNES, 2008; SANTOS, 2020), ficando claro, assim, que a posição socioeconômica dos grupos étnicos/raciais

minoritários em níveis mais baixos de estratificação social conduz a uma condição de vulnerabilização de suas condições de vida e saúde (KRIEGER et al., 1993; WILLIAMS; RUCKER, 1996; ANTUNES, 2008).

Com efeito, as diferenças socioeconômicas entre os grupos étnicos/raciais não podem ser analisados de forma simplificada, considerando que os indicadores sociais que representam as condições socioeconômicas estão entrelaçados a um panorama de desvantagens sócio-históricas advindo de um contexto de exclusão social vivenciado, em parte, pelo processo de escravidão e, por outro lado, pela forte dominação de classes sociais existentes desde o período da industrialização e modernização do processo econômico e de trabalho nas sociedades. Essa condição, por si só, já elucida a intersecção de exposições implicadas nas relações existentes entre condições socioeconômicas e o estado de saúde dos sujeitos (KRIEGER; WILLIAMS; MOSS, 1997).

No presente estudo, os quilombolas que faziam uso de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, no geral e outros agravos em saúde/saúde mental apresentaram 0,20% menos de prevalência de ter TMC, quando comparados com os que não utilizavam nenhum medicamento para algum tratamento de saúde. A esse resultado pode-se atribuir o fato de que o uso de medicações para o controle de outras morbidades em saúde pode atenuar, de alguma maneira, os sinais e sintomas físicos, somáticos e até psíquicos que determinam os TMC. Esse achado já havia sido discutido em estudo anterior (MIRANDA et al., 2021), quando foi observado que na tentativa de lidar com os adoecimentos mentais, alguns quilombolas recorreram ao consumo de antidepressivos, benzodiazepínicos e principalmente ao uso abusivo de álcool.

Apesar da variável frequência aos serviços de saúde ter apresentado uma Razão de Prevalência de 1,13, nenhuma associação foi demonstrada, nesse estudo, entre o fato de frequentar raramente os serviços de saúde e ter TMC em quilombolas, embora essa relação tenha um alto valor epidemiológico para essa população segundo a literatura disponível. Conforme apontam dados oficiais do Governo Federal sobre o diagnóstico da situação de saúde das comunidades quilombolas em todo o país, verifica-se que ainda é insuficiente a cobertura dos serviços de saúde para essa população, em particular os cuidados primários em saúde (BRASIL, 2013). Há um grande desafio a ser travado para garantia do acesso pleno aos serviços de saúde pelos territórios quilombolas, pois, apesar da portaria nº 822/GM/MS, de 2006, que altera a oferta de estratégias de saúde da família para comunidades quilombolas, através da garantia do aumento de repasse de 50% nos valores para as equipes de saúde a municípios que atendessem populações quilombolas, estudos apontam para o desconhecimento dos gestores de saúde sobre a importância desse acréscimo para esse grupo, além da falta de compreensão de políticas públicas voltadas à população negra, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2009,

reforçando assim a condição de vulnerabilização da saúde desses indivíduos (MELO, 2015).

Em pesquisa realizada no sudoeste da Bahia, sobre utilização dos serviços de saúde pela população quilombola, mais da metade dos sujeitos subutilizam os serviços de saúde e apresentam maior dificuldade de acesso a esses dispositivos. A explicação trazida pelos pesquisadores para essa realidade diz respeito a precariedade das condições socioeconômicas dos quilombolas, que interferem na sua frequência aos serviços de saúde, até por residirem em espaços geográficos distantes dos postos de saúde, assim como da baixa infraestrutura dos dispositivos em saúde, particularmente, os da zona rural, e a ausência de capacitação dos profissionais de saúde acerca das reais necessidades em saúde dessa população (GOMES et al., 2013). Segundo a Organização Pan-Americana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007), às iniquidades sociais históricas que determinam a pobreza e constroem as barreiras para o acesso aos serviços de saúde são os problemas de saúde mais recorrentes neste segmento populacional.

Embora estudos apontem que características individuais e do domicílio têm maior determinação nos TMC do que o contexto social (THOMAS et al., 2007; WEICH et al., 2003), nesse estudo não foram observadas associações entre características habitacionais e sanitárias do domicílio e TMC. Essa divergência pode ser justificada, em parte, pelo próprio nível de determinação distal das características ambientais nos processos de saúde-doença, uma vez que essas variáveis acabam por influenciar a situação de saúde de uma população mediada pelas condições socioeconômicas (como anos de estudo, renda, etc.) e não de forma direta (CNDSS, 2008).

Por outro lado, as variáveis que geralmente compõem a análise do domicílio não conseguiram explicar o que tem no domicílio que predispõe aos TMC, além da pouca variabilidade entre fatores habitacionais e sanitários encontrados, haja vista que as comunidades quilombolas estudadas apresentam condições ambientais muito similares, o que promove uma amostra muito homogênea e, conseqüentemente, uma baixa variabilidade entre os resultados. Essa realidade também foi observada no estudo de análise multinível entre TMC e contexto social (COUTINHO, 2014).

A presente investigação também mostrou que as mulheres quilombolas com autopercepção ruim do seu estado de saúde apresentaram prevalência (80%) superior de TMC, do que as quilombolas que reportaram melhor autopercepção do estado de saúde. Esse percentual encontrado neste estudo é maior que os 65% observados no estudo com as mulheres quilombolas de Guanambi/Bahia (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019).

Ademais, um estudo realizado com 1.128 mulheres no Sul do Brasil, baseado em clusters, com objetivo de identificar fatores associados aos TMC, constatou que a percepção negativa em saúde esteve associada com TMC em mulheres (GRAPIGLIA et al., 2021). Esse é um achado importante, dada a

magnitude da associação entre autopercepção do estado de saúde ruim e TMC entre mulheres quilombolas e a diferença da proporção quando comparados as mulheres em mesma condição de autopercepção de saúde.

Conforme a literatura aponta, a autopercepção da saúde é considerada um recurso eficaz para reunir informações de saúde de grupos populacionais, sendo uma medida válida e aceita cientificamente, independentemente de seu cunho subjetivo de análise (SINGH-MANOUX et al., 2006; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012). Esse recurso apresenta-se, também, segundo outros aportes científicos, como medida eficaz de capturação mais real do que se é percebido subjetivamente por uma pessoa (SZWARCWALD et al., 2005; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013) e, por essa razão é tão efetiva para avaliar estado de saúde e condição psicológica de sujeitos.

Quando comparada a alta prevalência de TMC em mulheres quilombolas desse estudo e a média global de TMC em mulheres não quilombolas no mundo e no Brasil, verifica-se o quanto as frequências desse adoecimento estão elevadas nessa população. Uma boa ilustração dessa realidade é quando analisados dois estudos de grande escala sobre TMC em mulheres. O primeiro diz respeito a uma metanálise de 174 publicações de 63 países, no qual estimou uma prevalência de 19,7% de mulheres com TMC (STEEL et al., 2014). Enquanto o segundo estudo, realizado no Brasil, com 848 mulheres identificou uma prevalência global de TMC de 18,7% (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). Essa realidade permite afirmar que TMC em quilombolas, particularmente nas mulheres, apresenta-se como um grave problema de saúde pública, com grandes impactos na qualidade de vida desse segmento, que, por sinal, já apresenta outras vulnerabilizações relacionadas a própria condição de vida, fato que expressa a necessidade emergente da efetivação das ações de políticas públicas voltadas a esse grupo específico, como por exemplo a PNSIPN e o Programa Brasil Quilombola.

Dada a associação em potencial entre autopercepção negativa do estado de saúde e TMC em mulheres quilombolas, faz-se importante analisar seus principais condicionantes sociais. Outro ponto importante, quando considerado os aspectos da saúde mental das mulheres, refere-se a divisão desigual do trabalho entre homens e mulheres, especialmente, em relação às tarefas domésticas. Esse contexto, aparece estreitamente ligado à qualidade de vida, especialmente da saúde psíquica das mesmas. Assim, as atividades domésticas mantêm-se associadas aos TMC em mulheres de forma significativa (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005), demonstrando o quanto esse desfecho aponta epidemiologicamente para a consideração de diferenciais de gênero.

No que tange a essas diversas demandas, as quilombolas, que além de ser mulher, são pobres e têm que, muitas vezes, prover o sustento econômico das suas famílias, acabam sendo posicionadas num cruzamento interseccional de possibilidades de desenvolvimento de adoecimento mental (COUTO-

OLIVEIRA, 2007). Além dessas questões sociais, as mulheres parecem se cobrar mais subjetivamente por conta da imposição social de ter que ser “naturalmente” maternas e cuidadoras, condição que ultrapassa as relações de casa, estendendo-se aos amigos e outros familiares, fato que por si só já tem produzido diversos adoecimentos psicológicos (ZANELLO, 2016).

Diferente das mulheres, que apresentam uma tendência a reconhecerem que estão experimentando dificuldades quanto ao bem-estar físico e psíquico, os homens quilombolas tendem a perceber seu sofrimento psíquico associando-o com o estresse mais objetivo, relacionando-os às seguintes condições: carga de trabalho agrícola, a precariedade das condições de trabalho, a perda da vitalidade física e o surgimento de doenças crônicas (DIMENSTEIN, et al., 2020).

Esses achados encontram-se com coerência com os resultados descritos pela pesquisa de Pinho e Araújo (2012), os quais revelaram que as mulheres apresentam mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que os homens. Esta diferença pode ser compreendida, entre outros aspectos, por meio das disparidades encontradas na experiência social de sofrimento vivida entre homens e mulheres.

Sabe-se que a compreensão de gênero está associada a um sistema de relações sociais, no qual os conceitos normativos do que é “papel” do homem e da mulher já são estabelecidos e, por fim, na construção das identidades subjetivas (SCOTT, 1995), que acabam por legitimar, as diferentes formas de lidar com o mal-estar psíquico. Uma boa ilustração dessa condição é a concepção social de que os homens devem ser mais fortes emocionalmente que as mulheres, nem podendo chorar, e que as mulheres são um “sexo frágil”. Por essa razão, homens e mulheres, produzem padrões socialmente instituídos de masculinidades e feminilidades, apresentando diferentes condicionantes para o sofrimento psíquico, produzindo variadas formas de perceber o adoecimento, além de elaborarem várias formas distintas de estratégias de cuidado (DIMENSTEIN, et al., 2020). Assim sendo, fica claro que, ao ser consideradas as diversas narrativas das experiências com o sofrimento mental, deve-se ser considerados os possíveis atravessamentos do cotidiano, que diferem entre homens e mulheres (AMORIM, 2018).

Nos homens quilombolas averiguou-se uma Razão de Prevalência (RP) de 1,39 referente a autopercepção do estado de saúde ruim. Uma razão disso pode ser encontrada na forma como homens e mulheres vivenciam sua saúde mental, baseando-se em geral em modelos socioculturais que habitam suas subjetividades (SILVA; MENEZES, 2016), reproduzindo assim formas diferentes de análise do seu estado emocional. Ainda para esse autor, esses modelos de socialização determinam fortemente nas formas de expressão dos adoecimentos psíquicos.

Nesse sentido, as mulheres são influenciadas a analisar suas emoções, a internalizar suas angústias e conflitos, condição que favorece o desenvolvimento de TMC e outros agravos em saúde

mental. Enquanto os homens são estimulados a tomar postura resolutiva para suas aflições, evitando assim pensar sobre seu estado emocional, realidade demonstrada pelas frequentes manifestações antissociais, uso abusivo de substâncias e taxa de suicídio maior em homens do que em mulheres (AMORIM; ARAÚJO, 2016). Um bom exemplo desse contexto encontra-se no estudo realizado em comunidades do nordeste do Brasil, com 64 famílias quilombolas, com objetivo de verificar os padrões do consumo de álcool entre homens e mulheres, em que foi identificado maior uso problemático de álcool nos homens (50,1% n=61), comparado às mulheres (8,2% n=32) (DIMENSTEIN et al., 2019).

Desta forma, os modelos de manifestações sociais do sofrimento psíquico encontram-se diretamente associados com os papéis de gênero em nossa sociedade, contribuindo assim para comportamentos emocionais muito divergentes entre homens e mulheres (RABASQUINHO; RIBEIRO, 2007).

Por sua vez, deve-se levar em consideração que, independentemente dessas diferenças da autopercepção do estado emocional entre homens e mulheres quilombolas, o processo histórico de inserção social desqualificada e desvalorizada e a ausência de ações em saúde que levem em consideração as reais necessidades psicossociais desse grupo específico na sociedade brasileira podem oferecer uma vivência de estado constante de estresse e mal-estar psicológico nesses sujeitos. Conforme aponta Lopes (2003), a condição sócio-histórica de sentimento de pertença e, ao mesmo tempo, o emergente sentimento de proteção dos efeitos adversos do estresse provocado pelas multideterminações ambientais, podem provocar uma maior exposição da população negra a uma vulnerabilidade individual, podendo ocorrer adoecimentos psíquicos, físicos e problemas comportamentais significativos.

Em contrapartida, as mulheres com autopercepção ruim do seu estado emocional apresentaram 1,45 vezes maior de TMC, enquanto que nos homens não houve associação estatisticamente significante. Esse achado corrobora com os resultados encontrados em outra pesquisa sobre os fatores associados aos TMC em quilombolas, o qual evidenciou que as mulheres quilombolas que tinham TMC relataram um estado emocional negativo, representado pelos sintomas emocionais de nervoso, tensão ou preocupação (71,2%) (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019).

Como dito anteriormente, as mulheres, em decorrência do acúmulo de atividades e por conta das formas sociais ensinadas de como lidar com os conflitos psíquicos, acabam por apresentar maior prevalência de TMC. Isso corrobora com estudo encontrado na literatura, onde se apresenta associações feitas por mulheres em contexto rural entre a incidência de TMC e estressores do cotidiano, como morte de parentes, gravidez, violência, perdas afetivas, dificuldades financeira e migração de esposo e filhos em busca de emprego (SILVA et al., 2016). Esse achado reafirma a condição de vulnerabilidade das mulheres aos TMC, mas, permite acrescentar ao debate o fato de ser mulher em contexto rural, onde essas

condições psicológicas acabam sendo agravadas pelo contexto social precário.

A prevalência de TMC em mulheres pobres é quase duas vezes maior do que a de homens pobres (LUDERMIR, 2008). Para além desses diferenciais da maior prevalência de TMC pelo fato do gênero, condição socioeconômica e por ser residente na área rural, as mulheres quilombolas enfrentam um outro agravante em sua saúde mental, que diz respeito a própria condição da sua origem étnica/racial. Reconhecidamente, o padrão de adoecimento psíquico mais prevalente em mulheres é uma condição persistente na análise epidemiológica dos grupos étnicos (SHAW et al., 1999; RIOLO et al., 2005).

Um estudo realizado em Feira de Santana, em 2016, com objetivo de avaliar a interação entre raça/cor, gênero, e TMC, identificou que as mulheres negras tiveram a prevalência mais alta de TMC de todos os quatro grupos de raça/gênero. Esse estudo demonstrou a importância de se considerar, em uma análise epidemiológica e social, a perspectiva interseccional, uma vez que se pôde verificar uma prevalência maior de TMC em mulheres negras, do que quando feito análise separada e independente entre raça, gênero e saúde mental (SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

Esses achados conseguem explicar os condicionantes dos TMC em mulheres quilombolas, que, claramente, não podem ser entendidos separados de uma análise social complexa dos fatores envolvidos nas construções sociais de seus estados emocionais. Nessa perspectiva, a condição de uma percepção pior do seu estado emocional só pode ser compreendida pelo próprio ponto de vista das mulheres e a partir da análise sócio-histórica do “lugar” da mulher na sociedade, que de forma consistente é baseada na experiência da conjunção das relações de poder de sexo, de raça e de classe (HIRATA, 2014).

Por fim, o modelo teórico hierarquizado adotado no presente estudo possibilitou avaliar diversas variáveis, de características e naturezas diferentes de forma simultânea, explorando assim diversas possibilidades de interação. Além disso, foi possível a partir desse modelo preditivo, explorar as principais associações entre fatores socioeconômicos, ambientais e de condições de saúde evidenciadas pelo estado da arte, tanto em relação ao desfecho. Outro mérito da presente investigação diz respeito ao ineditismo das análises estatísticas e discussões teóricas no campo da investigação do processo da saúde mental de quilombolas brasileiros, analisando variáveis nunca consideradas em estudos anteriores. Ademais, apresenta-se como ponto forte desse estudo a possibilidade de analisar possíveis diferenciais de gênero em TMC nessa população específica.

Dentre as limitações da presente investigação, tem-se a impossibilidade de apresentar esses achados em termos de causalidade entre TMC e variáveis preditoras, haja vista se tratar de um estudo de corte transversal, bem como o tipo de instrumento utilizado (formulário) implica em um viés de memória entre os participantes da pesquisa. Embora, tenha ocorrido treinamento dos pesquisadores e calibração dos instrumentos.

Outra limitação metodológica importante do presente estudo refere-se ao alto volume de respostas autorreferidas nos formulários. Todavia, as pesquisas autorreferidas têm sido validadas quando se trata de estudos em saúde com populações, especialmente, de objetos de estudo que necessitem avaliar aspectos da subjetividade.

CONCLUSÃO

As evidências produzidas por esse estudo confirmaram os principais fatores associados aos TMC em quilombolas de uma região do semiárido baiano. Acredita-se que os resultados produzidos por essa pesquisa reiteram os principais achados sobre os fatores associados aos TMC, além de possibilitar novas informações científicas acerca da saúde mental de uma população tão invisibilizada em suas condições de vida e saúde, como é o caso das comunidades quilombolas. Além disso, espera-se que com esses resultados aqui descritos seja gerada uma maior compreensão do panorama de desvantagens sociais e de saúde, que é vivenciado pelos quilombolas de uma das regiões com população quilombola mais pobres do país, com vistas ao fortalecimento de políticas e programas existentes no Brasil, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e do Programa Brasil Quilombola (PBQ) no que tange, particularmente, à possibilidade de inserção de um novo eixo estratégico para melhoria da situação de saúde mental desse grupo específico.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, D. C. A. M.; SILVA, J. Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 33, s/n, p.229-558, 2021. Disponível em: <<http://old.scielo.br/scielo.php>>. Acesso: 02 de julh. de 2022.
- ADLER, N. E.; BOYCE, T.; CHESNEY, M. A.; COHEN, S.; FOLKMAN, S. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. **American Psychologist**, v. 49, s/n, p. 15–24, 1994. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8122813/>>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- AFONSO, L. F. C.; CORREA, N. A. F.; SILVA, H. P. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil: uma revisão da literatura indexada. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 27, s/n, p. 1-13, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8652861>>. Acesso em:

18 nov. 2022.

AMORIM, B. B.; MORAES, L.; GOMES SÁ, I. C.; SILVA, B. B. G.; CAMARA FILHO, J. W. S. Saúde mental do estudante de Medicina: psicopatologia, estresse, sono e qualidade de vida. **Revista Psicologia, Diversidade E Saúde**, v.7, n. 2, p. 245–254, 2018. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/191>>. Acesso em 10 de fev. 2022.

AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION (AAA) STATEMENT ON RACE. **American Anthropological**, v.100, s/n, p. 712-713, 1998. Disponível:<<https://www.americananthro.org/ConnectWithAAA/Content.aspx?ItemNumber=2583>>. Acesso em:17 mar. 2019.

AMORIM, M. M.; TOMAZI, L.; SILVA, R. A. A. S.; GESTINARI, R. S.; FIGUEIREDO, T. B. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, 2013. Disponível em:< https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/946462/avaliacao-das-condicoes-habitacionais-e-de-saude-da-comunidade-_t7lSayi.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2016.

ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 562-567, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000017>>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

ARAÚJO, R. L. M. S.; ARAÚJO, E. M.; SILVA, H. P.; SANTOS, C. A. S. T.; NERY, F. S.; SANTOS, D. B.; SOUZA, B. L. M. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n.1, p. 226-246, 2020. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2988>>. Acesso em: 20 de mar.2021.

ARAÚJO, R. L. M. S.; ARAÚJO, E. M.; SILVA, H. P.; SANTOS, D. B.; SILVA, C. A. L. Doenças e agravos em saúde mental autorrelatados e fatores associados em quilombolas do semiárido baiano em 2016, Bahia, Brasil. **Revista Internacional de Pesquisa e Desenvolvimento**, v. 11, n. 11, p. 51394- 51400, 2021. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/356541448>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

ARAÚJO, V. G. S. **Aleitamento materno exclusivo e saúde mental materna de mulheres afrodescendentes: estudo de base populacional**. 2020. (91f). Dissertação de Mestrado (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição: Universidade Federal de Maceió, Maceió, 2020.

ÂROCA, S. R. S. **Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno**

mental comum e a representação do” Sofrimento dos Nervos” em mulheres. 2009. (131f). Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro-RJ, 2009.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, v.3, n.1, p. 1471-2288, 2003. Disponível em: <<https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-3-21>>. Acesso em 25 de nov. 2020.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 256–263, 2014. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24870004/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C.S; CÉSAR, C.C.; CAIAFFA, W. T. Quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: hypertension and associated factors. **Cad. de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889- 1902, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164912>>. Acesso em: 04 de maio. 2016.

BHUÍ, K.; STANSFELD, S.; MCKENZIE, K.; SAFFRON, K.; NAZROO, J.; WEICH, S. Racial/ Ethnic Discrimination and Common Mental Disorders Among Workers: Findings from the Empiric Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. **American Journal of Public Health**, v. 5, n. 3, p. 496 -501, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15727983/>>. Acesso em:13 dez. 2019.

BORGES, W. D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia.** 2011. (82f). Dissertação de Mestrado. (Mestrado Multidisciplinar em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia: Universidade Federal do Amazonas - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n.4, p.769-780, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/gW4nXJDhvwthwLwgpnBhw9f/>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social:** Secretaria de Assistência Social, 2021. Disponível: <<https://www.cedi.pr.gov.br/Pagina/Cadastro-Unico-para-Programas-Sociais-CadUnico>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL, **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas:** Secretaria de Promoção de Igualdade Racial. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas/programa-brasil-quilombola>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2016). **Resolução nº 510/2016.** Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. **Pesquisa de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas**. Brasília: Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF) Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense (DataUFF), 2013. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/.../sumário%20pronto_QUILOMBOLAS%202013.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>>. Acesso em: 02 de Jul. 2022.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias de uma comunidade Quilombola do Semiárido Baiano. **Revista de Patologia Tropical**, v. 39, n. 1, p. 48-55, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/iptsp/article/view/9498>>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

CARDOSO, L.G. V.; MELO, A. P. S.; CESAR, C. C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 20, n. 3 pp. 809-820, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

CARNEIRO, J. A.; GOMES, C. A. D.; DURÃES, W.; DE JESUS, D. V.; CHAVES, K. L. L.; LIMA, C. A.; DA COSTA, F. M. CALDEIRA, A. P. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos no centro de referência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.909-918, 2020. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300909&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS: **CONAQ**. Disponível em:< <https://conaq.org.br/>>. Acesso em: 18 abril. 2021.

CORREA, N. A. F.; CARDOSO, L. F. C.; SILVA, H. P. Comida de quilombo na merenda escolar: interfaces entre a cultura alimentar e o Programa Nacional de Alimentação Escolar.

Amazônica - **Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 145-163, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais Comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

COUTINHO, E. S.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq. Clín**, v. 26, n. 5, p. 246-256, 1999. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-256440>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

COUTINHO, L. M. S.; MATIJASEVICH, A.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.9, p.1875-1883, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Gjcmm9DGYWkrDjbRvLdyF4s/?lang=pt>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

COUTO-OLIVEIRA, V. Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência. **Rev. Abordagem Gestalt. Goiânia**, v. 13, n. 2, p. 280-281, 2007. Disponível em : <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2022.

DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V. H.; MARTINS, M. E.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J. F.; ALVES FILHO, A. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V. H.; LEITE, J.F.; MACEDO, J. P. S.; SILVA, I. T.; DANTAS, C.; ALVES FILHO, A. Consumo de álcool em uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro. **Quadernos de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6915302>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J.; DANTAS, C.; DA SILVA, M. P. R. Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF** [online]. v. 22, n. 3, p. 541-553, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-82712017220313>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes**. 3 ed. São Paulo: Ática; 1964.

FORTES, S. **Transtornos Mentais Comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil**. 2004. (154f). Tese

(Doutorado em Medicina Social) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. São Paulo: Global; 2003

GANAN, K.; BROCK, G. **Structural equation modeling with lavaan**. London: Iste & Wiley; 2019.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00151412>>. Acesso em: 04 jul. 2022.

GORESTEIN, C.; WANG, Y. P.; HUNGERBUHLER. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

GRAPIGLIA, C. Z.; DA COSTA, J. S. D.; PATTUSSI, M. P.; PANIZ, V. M. V.; OLINTO, M. T. S. Factors associated with common mental disorders: a study based on clusters of women. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 55, p. 77, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003124>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n.1, p. 61-73, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>>. Acesso em: 20 de mar. 2021.

JARDIM, P. C. B. V.; CARNEIRO, O.; CARNEIRO, S. B.; BAIOCCHI. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo - norte de Goiás - Kalunga. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 58, n. 4, p. 289-93, 1992. Disponível em: <<https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/JARDIMPCKALUNGAARQUIVOS1992.pdf>>. Acesso em: 08 de junh. 2019.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1487-1501, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00141213>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

KRIEGER, N.; ROWLEY, D. L.; HERMAN, A. A.; AVERY, B.; PHILLIPS, M. T. Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-

being. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 9, (Supl.), p.82-122, 1993. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8123288/>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. **Annu Rev Public Health**, v. 18, n. 1, p. 341-378, 1997. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9143723/>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 6, p.827-834, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/yV8pRpnvQBvrPwkfvjJMjN/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 15 de jun. 2021.

LOPES, F. **Relatório Parcial de Atividades** (dezembro de 2003). Brasília: DFID; 2003.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Fator 9.2: Um programa abrangente para ajustar análises fatoriais exploratórias e semiconfirmativas e modelos IRT. **Medição Psicológica Aplicada**, v. 37, n. 6, p. 497-498, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0146621613487794>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

LUDEMIR, A. B. Associação dos Transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438311>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

LUDEMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

LUDEMIR, A. B.; FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

LYNCH, J. W.; KAPLAN, G. A.; COHEN, R. D.; KAUHANEN J.; WILSON, T. W. Childhood and adult socioeconomic status as predictors of mortality in Finland. **Lancet**, v. 343, n. 524, p. 271-994, 1994. Disponível em: <<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/55309/Lynch%20JW%2C%20Childhood%20and%20Adult%2C%201994.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 5 de fev. 2019.

MARAGNO, L.; GOLDBAUN, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Populações Atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **J. Chronic Dis**, v. 39, s/n, p.371-380, 1986. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3700578/>>. Acesso em 15 de out. 2021.

MEDEIROS, D. S.; MOURA, C. S.; GUIMARAES, M. D. C.; ACURCIO, F. A. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 905-913, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>>. Acesso em 15 de out. 2021.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

MELO, M. F. T; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Rev. ABPN**, v. 7, n. 6, p. 168-189, 2015. Disponível em: <<http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>>. Acesso em 08 de fev. 2017.

MIRANDA, S. V. C.; OLIVEIRA, J. L.; SAMPAIO, C. A.; RODRIGUES NETO, J. F. Cartografias de las condiciones de trabajo de hombres quilombolas y las intersecciones para la informalidad y la salud mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 25, p.1-20, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200478>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

MUSSI, R.; ROCHA, S.; ALVES, T. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, nordeste brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 20, n. 3, p. 698-710, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/19psd200312>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

NEIVA, G. S. M. Saúde mental materna e estado nutricional do binômio mãe/filho na população quilombola de Alagoas. 2010. (99f). Dissertação (Mestrado em Nutrição). Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, 2010.

OLIVEIRA, S. K. M.; PEREIRA, M. M.; GUIMARÃES, A. L. S.; CALDEIRA, A. P. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p.2879-2890, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 4, p. 420-427, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600040093>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Uma Estrutura Conceitual para Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde** Geneve: Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2007.

OSHAÍ, C. M. A.; SILVA, H. P. Áreas Protegidas, Populações Desprotegidas: uma reflexão sobre situação sócio-ecológica de populações quilombolas da Amazônia Paraense. **Tendências e Perspectivas**, v. 6, n. 1, p.1039-1048, 2013. Disponível em:<<file:///C:/Users/ROBERTA/Downloads/436-115-PB.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

PASQUALI, L. **QSG - Questionário de saúde geral de Goldberg: adaptação brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDEMIR, A.; TODD, C. Women, Poverty and Common Mental Disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, v. 49, s/n, p. 1461-171, 1999. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10515629/>>. Acesso em: 20 abri. 2019.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. **Bulletin of World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003. Disponível: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/>>. Acesso em: 25 abril. 2019.

PAULI, S. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. (131f). Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre (RS), 2016.

PAVÃO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/b4Nyg8BYjDRzDMjnZpdWshB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **ODEERE**, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

PINHO, P.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. v. 15, n. 3, p. 560-572, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>>. Acesso em: 04 de out. 2020.

POSSATTI, I. C.; DIAS, M. R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online], v. 15, n. 2, p. 293-301, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200007>>. Acesso em: 04 de out. 2020.

QUADROS, L. C. M. Transtornos Mentais Comuns e Fatores Contemporâneos: Coorte de Nascimento de 1982. **Rev. Brás. Enferm**, v. 73, n. 1, p. 1-7, 2020 . Disponível em <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100168&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 de julh. 2022.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **An Introduction to R**. 2021. Disponível em: <https://cran.rproject.org/doc/manuals/r-release/R-intro.pdf>>. Acesso em: 02 de julh. 2022.

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, H. Gênero e Saúde Mental: Uma abordagem

epidemiológica. **Análise Psicológica**, v. 3, n.24, p. 439-454, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.14417/ap.456>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Cien Saúde Colet**, v. 17, n.12, p. 3353-3362, 2012. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

RIOLO, S. A.; NGUYEN, T. A.; GREDEN, J. F.; KING, C. A. Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. **Am J Public Health**, v.95, n. 6, p. 998-1000, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449298/>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

ROCHA, S. V.; GUIMARÃES, M. M.; ARAÚJO, T. M. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.** v.13, n. 4, p. 630-640, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400008>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

RODRIGUES, N. **Africanos no Brasil**. (Temas Brasileiros: 40).Brasília: UnB; 1977.

SANTOS, G. B. V.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública** [online], v. 35, n.11, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M.; FERNANDES, N. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.1, p. 214-222, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>>. Acesso em 24 de out. 2020.

SANTOS, M. P. A.; GOES, E. F.; SILVA, A.; SANTOS, A. B. S.; BATISTA, L. E. B.; ARAÚJO, E. M. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>>. Acesso em: 20 de mar.2021.

SANTOS, R. C. DOS; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>>. Acesso em: 11 de maio. 2018.

SARACENO, B.; BARBUI, C. Poverty and mental illness. **Can J Psychiatry**, v. 24, n.42, p.285-290, 1997. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9114944/>>. Acesso em: 11 de maio. 2018.

SCHOENDORF, K. C.; HOGUE, C. J. R.; KLEINMAN, J. C.; ROWLEY, D. Mortality among infants of black as compared with white college-educated persons. **New England Journal of Medicine**, v. 326, s/n, p. 1522–1526, 1992. Disponível em:

<<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199206043262303>>. Acesso em: 08 de jan. 2021.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 2, n. 20, p.71-100, 1995. Disponível em:

<https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 1903-1914, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

SHAW, J.; APPLEBY, L.; AMOS, T.; MCDONNELL, R.; HARRIS, C.; MCCANN, K.; KIERNAN, K.; DAVIES, S.; BICKLEY, H.; PARSONS, R. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. **BMJ**, v. 8, n.318, p.1240-1244, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27860/>>. Acesso em: 08 de fev. 2018.

SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. **Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv**, Manizales, v. 14, n. 1, pág. 493-504, 2016. Disponível em: [http <http://www.scielo.org.co/scielo.php](http://www.scielo.org.co/scielo.php) >. Acesso em 02 de julh. 2022.

SILVA, J. A. N. DA. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007. Disponível em:< <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7529>>. Acesso em: 08 de fev. 2018.

SINGH-MANOUX, A.; MARTIKAINEN, P.; FERRIE, J.; ZINS, M.; MARMOT, M.; GOLDBERG, M. What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. **J Epidemiol Community Health**. v. 60, n. 4, p.364-372, 2006. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16537356/>>. Acesso em 25 de out. 2020.

SMOLEN, J. R.; ARAUJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>>. Acesso em: 25 de out. 2020.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 46-85, 2006. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 maio. 2022.

SOUZA, M. F. P. Posição socioeconômica, classe e autoavaliação do estado de saúde: aplicação da técnica da análise de correspondência — pesquisa suplementar de saúde da Pnad/2008. Terceiro Milênio: **Revista Crítica de Sociologia e Política**, v.4, n.1, p.165-184, 2015. Disponível em:
<<https://revistaterceiromilenio.uenf.br/index.php/rtm/article/view/110>>. Acesso em 08 de

mar. 2016.

STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J.W., PATEL, V., SILOVE, T. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int J Epidemiol**, v. 43, n.2, p.476-493, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/>>. Acesso em: 18 de mar. 2019.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; ESTEVES, M. A. P.; DAMACENA, G. N.; VIACAVA, F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, Suppl 1, p.54-64, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>>. Acesso em: 18 de mar. 2019.

THOMAS, H. W. N. Saúde mental e qualidade do ambiente residencial. **Br J Psiquiatria**, v.191. s/n , p.500-505, 2007. Disponível em:<https://www.uc.pt/fluc/gigs/Publicacoes/Territorio_Saude_Mental_Tempos_Crise.pdf>. Acesso em: 11 de maio. 2019.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. O papel dos referenciais conceituais na análise epidemiológica: uma abordagem hierárquica. **Int J Epidemiol**, v. 26, n.1, p. 224-227, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9126524/>. Acesso em: 11 de mai. 2019.

WEICH, S. H. G.; TWIGG, L. L.G. Geographic variation in the prevalence of common mental disorders in Great Britain: a multilevel investigation. **Am J Epidemiol** , v.157, s/n, p.730-737, 2003. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12697577/>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

WHO. **The world health report 2001**. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

WILLIAMS, D. R.; COLLINS, C. US Socioeconomic and racial differences in health: Patterns and explanations. **Annual Review of Sociology**, v. 21, s/n, p. 349–386, 1995. Disponível em:<<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.so.21.080195.002025>>. Acesso em: 18 maio 2020.

WILLIAMS, D. R.; RUCKER, T. **Socioeconomic Status and the Health of Racial Minority Populations**. Traci Mann and Pamela Kato (eds.), Handbook of Diversity Issues in Health Psychology. New York: Plenum Press; 1996.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e dispositivos. *In*: M. Dimenstein, J. Leite, J. P. Macedo, C. Dantas (orgs.) **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**, 2016, (pp 3-14). São Paulo: Editora Intermeios.

8.2 ARTIGO 2

POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA, CONDIÇÃO PSICOLÓGICA E SAÚDE MENTAL EM QUILOMBOLAS: UMA ANÁLISE DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

SOCIOECONOMIC POSITION, PSYCHOLOGICAL CONDITION AND MENTAL HEALTH IN MARRONS: AN ANALYSIS OF STRUCTURAL EQUATIONS

Roberta Lima Machado de Souza Araújo
Edna Maria de Araújo
Aloísio Machado da Silva Filho
Nelson Fernandes de Oliveira
Carlos Alberto Lima da Silva
Kátia Santana Freitas

RESUMO

O objetivo foi analisar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e o desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em quilombolas adultos das comunidades rurais de Feira de Santana, Bahia. Estudo transversal, com 915 quilombolas de duas comunidades rurais Matinha dos Pretos e Lagoa Grande. Foi utilizada modelagem de equações estruturais, estratificada por gênero. TMC foi a variável desfecho, avaliada pelo instrumento Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Construtos latentes foram representados pelas variáveis posição socioeconômica e condição psicológica, medido pelo questionário autorrelatado adaptado de instrumento validado em outras pesquisas com quilombolas, por meio dos indicadores de autopercepção de saúde. A condição psicológica associou-se positiva e diretamente aos TMC, entre homens (0,212; IC95%:0,035;0,459) e mulheres (0,631; IC95%: 0,500;0,762). A variável latente posição socioeconômica não se mostrou associada de forma direta, em ambos os sexos, com os TMC (homens:0,095 (IC95%:0,177;0,367) e em mulheres: (-0,037 IC95%:- 0,126;0,200). A condição psicológica mediou o efeito da posição socioeconômica com o desfecho. A associação indireta, em que o efeito da posição socioeconômica é mediado pela condição psicológica, mostrou-se estatisticamente significativa tanto nas mulheres (0,345 IC95%: 0,037;0,653), quanto nos homens quilombolas (0,486 IC95%: 0,304;0,668). Todas as medidas de bondade de ajuste indicaram que os dados são bem ajustados pelo modelo proposto. Os achados apontam para a relevância de maior investigação da relação entre condição de vida, medida pela posição socioeconômica, estado psicológico e TMC em comunidades quilombolas e a necessidade do fortalecimento de ações voltadas à promoção de saúde mental dessa população específica.

Palavras-chave: Posição Socioeconômica. Autopercepção em Saúde. Transtornos Mentais. Quilombolas.

ABSTRACT

The objective was to analyze the association between socioeconomic position, psychological condition and the development of Common Mental Disorders (CMD) in adult quilombolas from rural communities in Feira de Santana, Bahia. Cross-sectional study, with 915 quilombolas from two rural communities Matinha dos Pretos and Lagoa Grande. Factor analysis and structural equation modeling were used, stratified by gender. CMD was the outcome variable, assessed using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Latent constructs were represented by the variables socioeconomic position and psychological condition, measured by the self-reported questionnaire adapted from an instrument validated in other studies with quilombolas, through indicators of self-perception of health. Psychological condition was positively and directly associated with CMD among men (0.212; 95%CI:0.035;0.459) and women (0.631; 95%CI: 0.500;0.762). The latent variable socioeconomic position was not shown to be directly associated, in both genders, with CMD (men: 0.095 (95%CI:0.177;0.367) and in women: (-0.03795%CI:-0.126;0.200)). psychological condition mediated the effect of socioeconomic status with the outcome. The indirect association, in which the effect of socioeconomic status is mediated by psychological condition, was statistically significant in both women (0.345 CI95%: 0.037;0.653) and men quilombolas (0.486CI95%: 0.304;0.668). All measures of goodness of fit indicated that the data are well adjusted by the proposed model. The findings point to the relevance of further investigation of the relationship between living conditions, measured by socioeconomic position, psychological state and CMD in quilombola communities and the need to strengthen actions aimed at promoting mental health in this specific population.

Keywords: Socioeconomic Position. Self-perception in Health. Mental Disorders. Quilombolas.

INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma condição complexa que envolve múltiplos fatores psicossociais, por essa razão, apresenta-se como conceito amplo, não sendo simples sua definição e determinação. No entanto, tem sido cada vez mais compreendido na saúde pública a partir das suas complexas interações, que incluem determinantes e condicionantes relacionados ao contexto social, econômico, de habitação, exclusão social e estigma, acontecimentos de vida estressante, assim como condição subjetiva de autopercepção em saúde (ALVES; RODRIGUES, 2011).

Diversas evidências apontam que, grupos que se encontram em situação de desvantagem socioeconômica apresentam piores condições de saúde mental quando comparados a outros com posição socioeconômica mais vantajosa (SCHOENDORF et al., 1992; KRIEGER et al., 1993; ADLER, et al., 1994; WILLIAMS; COLLINS, 1995; WILLIAMNS; RUCKER, 1996; PATEL et al., 1999; LUDERMIR, 2001; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; PATEL; KLEINMAN, 2003; LUDERMIR, 2005).

Os achados científicos internacionais e nacionais sobre os fatores associados ao desenvolvimento de adoecimento mental apontam para alguns determinantes, tais como: a insegurança

laboral e sua consequente baixa autoestima (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008); menor nível educacional e sua posição socioeconômica, resultando em desemprego, pobreza e exclusão social, podendo dificultar na condição de acesso aos cuidados em saúde e maior exposição a condições de vida estressantes, aumentando o risco de perturbação mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001); pobreza material pode traduzir-se por um baixo nível socioeconômico, privação, más condições de habitação, desemprego, baixa escolarização e baixa coesão familiar, condições que levam a autopercepção ruim do estado mental (SARACENO; BARBUI, 1997). Além desses fatores, outros estudos apontam que a condição de habitação interfere na saúde mental, sendo tradutor do nível de desproteção social para as pessoas, aumentando sua exposição à doenças físicas e perturbações mentais, uma vez que se relaciona diretamente com a condição de pobreza (PATEL; KLEINMAN, 2003).

Além desses fatores associados ao adoecimento psíquico, tem sido largamente evidenciado como importante variável para análise do aspecto do bem-estar individual e coletivo, a autopercepção do estado de saúde (BORIM; BARROS; NERI, 2012), sendo recomendado para análises da saúde das populações, especialmente em estudos populacionais (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013).

A verificação da autopercepção da saúde entre quilombolas ainda é incipiente, embora alguns achados apontem para uma alta prevalência de autopercepção da saúde negativa de 46,0%, mostrando-se estatisticamente associados com idade, escolaridade e doenças crônicas nesse grupo populacional (OLIVEIRA et al., 2015). Desse modo, as singularidades que abarcam a autopercepção de saúde justificam a condução de estudos locais e regionais, que possam subsidiar os gestores do setor saúde na elaboração de medidas para melhorar as condições de saúde (CARNEIRO, et al., 2020).

Por sua vez, dentre os transtornos mentais de maior impacto na saúde mental das populações em todo mundo, destacam-se os TMC devido ao seu alto grau de incapacitação e impacto biopsicossocial na vida dos sujeitos acometidos e de seus familiares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Apesar desse mal funcionamento mental não incorporar a classificação nosológica dentre as classes psiquiátricas, ela vem apresentando uma prevalência de 7 a 30% em países industrializados (GOLDEBERG; HUXLEY, 1992). Os TMC correspondem a um conjunto de sintomatologia de ordem não psicótica, o qual tem sido empregado para designar episódios agudos de depressão e/ou ansiedade que acabam interferindo na funcionalidade da vida diária dos sujeitos (COUTINHO et al., 2014).

Um estudo de revisão sistemática realizado em 2016, com o objetivo de avaliar a relação entre a variável raça/cor e TMC, identificou que seis análises multivariadas realizadas em diferentes extratos de raça/cor, apresentaram resultados estatisticamente significantes para maiores chances ou prevalências de TMC em pessoas não brancas, em comparação com pessoas brancas, condição que revela diferenças

raciais em saúde importantes entre subgrupos demonstrando, assim, a necessidade de realização de mais pesquisas nessa área (SMOLEN; ARAÚJO, 2017).

No Brasil, quando se leva em conta as disparidades étnico-raciais em saúde, os quilombolas apresentam-se como subgrupo social com quadro de maior iniquidade em saúde, haja vista seus péssimos indicadores sociais. No que tange à posição socioeconômica dos quilombolas brasileiros, os estudos apontam para uma situação de vulnerabilização das suas condições de vida, sendo expressa em múltiplos marcadores sociais, os quais acabam instituindo, em muitos casos, uma posição social e econômica de miserabilidade. Como efeito dessa realidade, as comunidades quilombolas brasileiras encontram-se classificadas com os piores Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH), quando comparadas à população não negra do país (BRASIL, 2012).

Apesar de haver algumas pesquisas que descrevem o estado de saúde mental dessas populações no Brasil (SILVA; 2007; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; CARDOSO; MELO; CESAR, 2015; SILVA; MENEZES, 2016; MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019; ARAÚJO et al., 2020), ainda é incipiente evidências robustas acerca da análise confirmatória dos possíveis fatores associados aos TMC nessa população.

Objetiva-se, nesse estudo, analisar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e a ocorrência de TMC em quilombolas adultos de comunidades rurais, localizadas no município de Feira de Santana, Bahia.

Pretendeu-se, assim, compreender as interrelações entre as múltiplas variáveis que se estabelecem entre os aspectos da condição de vida e de autopercepção de saúde de quilombolas. Para tanto, por meio de análise confirmatória, foram testadas as hipóteses sobre a associação positiva direta entre condição psicológica e TMC, assim como avaliou-se a associação entre TMC e posição socioeconômica, de forma indireta, por meio da mediação da variável condição psicológica.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam produzir evidências científicas relevantes ao campo da saúde coletiva, particularmente, para ampliar o debate das desigualdades raciais em saúde e seus fatores associados, visto que são incipientes os estudos que tratam dos TMC em grupos étnico/raciais específicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, com 915 quilombolas de duas comunidades negras rurais Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, localizadas no município de Feira de Santana, região central do semiárido baiano, realizado a partir do banco de dados oriundo do Projeto de Pesquisa maior:

“Determinantes Sociais das doenças e agravos em comunidades quilombolas”, pertencente ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Desigualdades em Saúde (NUDES). A coleta de dados foi realizada a partir de prévio treinamento dos coletadores, da mobilização da comunidade e suas lideranças, assim como, por meio da assinatura do termo de livre consentimento dos participantes, no período entre Julho a Setembro de 2016.

Primeiramente, foi definido o grupo amostral, tendo como base o cálculo quantitativo populacional nas duas comunidades quilombolas Matinha (N= 8.855) e Lagoa Grande (N=12.077), considerando outros estudos de base populacional em comunidades quilombolas (BEZERRA et al., 2013; MEDEIROS et al., 2013). Anterior ao processo de coleta de dados, os instrumentos foram testados em estudo piloto, em comunidade negra rural, com características similares às das áreas estudadas.

A seleção dos participantes deu-se de forma aleatória e sistemática a partir do intervalo de um domicílio, sendo entrevistado o adulto do domicílio que aceitava ser entrevistado. Não houve reposição amostral, nem perdas, haja vista não ter havido recusas em participar da pesquisa. A coleta de dados utilizou questionário estruturado, previamente testado em estudo piloto.

Ressalta-se que, como a amostra não havia sido estimada com a finalidade de analisar a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC, optou-se por utilizar o total da amostra, como forma de aumentar o poder da pesquisa.

A variável desfecho TMC foi avaliada pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Trata-se de um instrumento autoaplicável, composto de 20 questões mensuradas em escala dicotômica (sim/ não). Em relação ao ponto de corte, por conta de não existirem estudos de validação para grupos populacionais específicos, adotou-se o ponto de corte de sete respostas positivas para ambos os sexos, conforme estudo de validação realizado com população de Feira de Santana (amostra mais similar com a do referido estudo) (SANTOS; ARAÚJO; PINHO; SILVA, 2010).

Para a construção da variável latente posição socioeconômica, foi levada em consideração a teoria de classe social e posição socioeconômica elaborada por Krieger; Williams e Moss (1997) e dos construtos teóricos de formação do indicador de posição socioeconômica de Galobardes et al. (2007), os quais apontam que os fatores sociais e econômicos influenciam a posição social dos grupos na sociedade, o que acaba gerando uma determinada condição de saúde, sendo um dos construtos mais recomendados em pesquisas em saúde com grupos vulnerabilizados em sua condição de vida.

Esse indicador estrutura-se no entendimento de que os fatores sociais e econômicos influenciam a posição social dos grupos na sociedade, o que acaba por gerar uma determinada condição de saúde, sendo representado pelos seguintes indicadores: educação em anos de estudo; condições de moradia- aspectos materiais das circunstâncias socioeconômica: acesso a água, banheiro, esgotamento sanitário,

material usado na casa, quantidade de cômodos na residência e renda - somatório de receitas/ quantidade de pessoas que dependem da renda. Ademais, esse indicador aceita diversas formas de mensuração, sendo sugeridos os procedimentos de cálculo adotados pelos órgãos oficiais de cada país/ região (GALOBARDES et al., 2007).

Após adotar os fundamentos teóricos para construção da variável latente posição socioeconômica, adotou-se, metodologicamente, o modelo proposto por Jannuzzi (2003) para composição dos indicadores sociais dessa variável latente. Para tal fim, levou-se em consideração os múltiplos fatores envolvidos na realidade social dos quilombolas, que compõem-se de diversas carências/necessidades, adotando-se assim, uma abordagem mais operacional das condições socioeconômicas, que visa avaliar de forma estrutural as condições materiais que essa população dispõe.

Dessa forma, criou-se um indicador composto, o qual aglutinou os seguintes indicadores sociais: indicador de pobreza como carências múltiplas (avalia dimensão da pobreza não monetária, representando indicadores baseados no estado de carência ou necessidade básica nas áreas de educação, emprego, entre outros e indicador de renda familiar total (representado por diversas formas de rendimento, tais como: rendas do trabalho, aposentadoria, pensões, trabalho ocasional, seguro-desemprego, transferências governamentais, entre outros). Salienta-se que esses indicadores são reconhecidos como indicadores sociais aplicáveis às condições sociais do Brasil (JANNUZZI, 2003).

Foram analisadas duas das dimensões do indicador de pobreza como carências múltiplas: inserção no trabalho, mensurada por escala dicotômica (sim/ não) e anos de estudo, estimada por métrica dicotômica (0=sete anos ou mais de estudo; até seis anos=1). Por sua vez, foi utilizado o indicador recebe alguma ajuda financeira do governo federal, mensurada por escala dicotômica (0= recebe alguma ajuda financeira /1= não recebe nenhuma ajuda).

Vale destacar que, as variáveis na modelagem de equações estruturais podem ser classificadas em relação a vários aspectos do modelo. Quanto à sua mensurabilidade, podem ser classificadas como variáveis latentes, de medição e indicadoras. As variáveis aqui mencionadas como latentes diz respeito as variáveis que não são passíveis de mensuração direta, sendo mensuradas aproximadamente por um conjunto de variáveis observadas (AMORIM et al., 2010).

A outra variável latente, condição psicológica, foi obtida baseando-se em três questões relacionadas a autopercepção do estado de saúde e do nível de comprometimento de saúde, por meio do uso de medicamentos controlados, pertencentes às questões relacionadas às dimensões do estado de saúde de quilombolas, do questionário inspirado no inquérito populacional do Projeto “COMQUISTA”, utilizado por Bezerra et al. (2013). Pertencentes a variável latente condição psicológica, estão os seguintes indicadores: (1) Autoavaliação do estado de saúde: Em geral, como o senhor (a) avalia a sua saúde?; (2)

Autopercepção das sensações emocionais: Como vem se sentindo nos últimos 15 dias?. Essas questões foram avaliadas em escala do tipo Likert, que variou da seguinte forma: 0= Muito Boa; 1= Boa; 2= Regular; 3=Ruim; 4= Muito Ruim, e 0= Muito Bem; 1= Bem; 2= Regular; 3= Mal; 4= Muito Mal, respectivamente. Por fim, o indicador (3) Comprometimento da Saúde: Você faz uso de algum medicamento controlado? Essa questão teve métrica dicotômica de avaliação (sim/ não). Para todos esses indicadores, utilizou-se da mediana como ponto de corte para a dicotomização das escalas propostas por ser uma medida estatística resistente à variabilidade dos dados.

Outrossim, as variáveis de autopercepção do estado de saúde, no geral, são recomendadas para análise da saúde das populações (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA), por ser considerado um indicador subjetivo da percepção do indivíduo sobre a própria saúde, confiável e passível de ser aplicado de maneira eficaz (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). Em populações quilombolas, esse indicador vem demonstrando-se relevante para análises mais subjetivas do estado de saúde (OLIVEIRA et al., 2015).

Foram estimadas as frequências das características demográficas, socioeconômicas e do estado de saúde dos/as quilombolas, segundo gênero. Foi realizada previamente análise fatorial, utilizando o software Factor (LORENZO-SEVA; FERNANDO, 2013), com base na matriz de correlação de Pearson, com objetivo de verificar se as variáveis observadas explicavam, justificavam bem a formação dos fatores.

Define-se AFE como um conjunto multivariado de técnicas que objetiva identificar uma melhor estrutura subjacente em uma matriz de dados, com vistas a determinar quais fatores melhor representam um conjunto de variáveis (BROWN, 2015). Nesse sentido, um fator (variável latente não observada diretamente) influencia mais de uma variável observada (indicadores), representando, assim, a covariância entre elas (DAMÁSIO, 2012).

Após realizada AFE, utilizou-se a MEE, ferramenta estatística construída tendo como base vários tipos de procedimentos estatísticos para avaliar relações entre variáveis observadas, com o objetivo de permitir a realização de análises quantitativas sobre modelos teóricos hipotetizados pelo pesquisador (AMORIM et al., 2012). Nesse estudo, foi utilizada a análise confirmatória da MEE, com objetivo de testar um conjunto pré-estabelecido de relações (NEVES, 2018) envolvendo a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC. Nesse caso, foram feitas mensuração (análise fatorial) e estimação (análise de regressão) das variáveis do modelo.

O modelo de mensuração verifica quais indicadores exercem maior contribuição para a formação de determinado construto latente. Por se tratar de variáveis de natureza abstrata, na etapa de mensuração, foram considerados os itens (propostos para representar os construtos) com cargas fatoriais padronizadas

significantes e maiores ou iguais a 0,30. Também foi verificada a validade discriminante satisfatória dos constructos por meio da correlação entre eles, tendo sido verificados valores menores que 0,90 (GANA; BROCCO, 2019).

Passando para a etapa do modelo de regressão, foram avaliados os efeitos diretos e indiretos entre as variáveis latentes e o desfecho. As interações, foram julgadas significantes quando o efeito estabelecido era $p\text{-valor} < 0,05$, conforme estabelecido em literatura especializada (KLINE, 2015).

Todas as análises foram estratificadas segundo gênero, tendo em vista que a experiência de sofrimento psíquico distribui-se desigualmente entre homens e mulheres quilombolas (DIMENSTEIN et al., 2020). Por essa razão, nesse estudo, às diferenças entre as prevalências de TMC foram consideradas a partir desse atravessamento de gênero. A compreensão adotada aqui, compreende gênero enquanto categoria social, baseada nas relações sociais assimétricas de poder entre os sexos, especialmente, às diferenças percebidas entre os homens e mulheres nesse sistema social (SCOTT, 1995).

Além disso, existem diferentes condicionantes para o sofrimento psíquico entre os quilombolas, por exemplo, os sistemas sociais produtores de múltiplas desigualdades sociais, como é o caso da raça e da classe (DIMENSTEIN et al., 2020). Dessa forma, verifica-se que, nos casos dos quilombolas, múltiplos são os fatores envolvidos no adoecimento mental dessa população, além das iniquidades sociais provenientes da vulnerabilidade relacionadas ao racismo e a posição socioeconômica desfavorável. As mulheres quilombolas ainda enfrentam vivências de sofrimento psíquico diferenciadas quando comparadas aos homens, o que vem resultando em diminuição de autonomia plena delas sobre suas vidas (FERNANDES; SANTOS, 2019) assim como redução de sua qualidade de vida, em razão dos impactos do cotidiano de vida no meio rural (AMORIM et al., 2018).

O software usado para a análise foi o Mplus versão 5.21 (MÚTHEN; MÚTHEN, 2010). Por se tratar de variáveis dicotômicas, foram estimadas as cargas fatoriais e os coeficientes de regressão padronizados (IC95%), por meio da utilização do método de Médias Ponderadas dos Mínimos Quadrados e Variância Ajustada (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted – WLSMV).

Ademais, foram utilizadas medidas de bondade de ajuste (HAIR et al., 2009) de índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index – CFI=0,90); o índice de ajuste de Tucker-Lewis (TLI=0,90); e raiz do erro quadrático médio de aproximação (Root Mean Square Error of Approximation – RMSEA < 0,06), e limite superior do intervalo de 90% de confiança (IC90%) < 0,10, com objetivo de verificar se os dados estavam bem ajustados pelo modelo proposto.

A pesquisa seguiu os parâmetros da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, através do protocolo CAAE: 57412416.4.0000.0053. A participação dos quilombolas ocorreu

de forma voluntária após entendimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 915 quilombolas, 62,0% eram mulheres. Em relação as características demográficas observaram-se que o perfil predominantemente foi de quilombolas na faixa etária entre 18 a 39 anos (51,4%), com companheiro (50,4%). A maioria possuía até seis anos de estudo (51,3%), apresentando renda mensal média de até R\$ 275,00 (o valor do salário mínimo do estado, na época, era de R\$ 616,00) (50,1%), sendo que a maioria encontrava-se trabalhando (60,7%) (**Tabela 1**).

Tabela 1- Características demográficas e socioeconômicas dos/as quilombolas da Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, segundo gênero. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2016-2017

Variáveis	Homens		Mulheres	
	n (342)	%	n (573)	%
Idade (anos) [n =915]				
18 a 39 anos	153	44,7	292	51,0
40 ou mais	189	55,3	281	49,0
Situação conjugal [n =915]				
Com companheiro/a	156	45,6	301	52,5
Sem companheiro/a	186	54,4	272	47,5
Trabalho [n =915]				
Trabalha	241	70,5	315	55,0
Não Trabalha	101	29,5	258	45,0
Rendimentos [n = 915] *				
276 ou mais reais	203	59,4	258	45,0
Até 275	139	40,6	315	55,0

* Com base no salário mínimo no valor de R\$616,00, valor vigente no ano de coleta de dados (2016).

Fonte: Elaboração própria, 2022.

A maioria dos quilombolas trabalhava. Do total dos quilombolas que trabalhavam os homens representaram 26,8% percentual menor do que o observado entre as mulheres, 33,9%. As mulheres apresentaram maior nível de escolaridade (31,6%), quando comparadas com os homens (17,1%). Destacaram-se elevadas proporções do uso de medicações por parte das mulheres (32,6%) em relação aos homens quilombolas (12,4%). A prevalência de TMC foi de 25,5 entre as mulheres e 8,2% entre os homens. As proporções de autopercepção ruim do estado de saúde foram similares entre os estratos. As mulheres apresentaram um percentual maior de autopercepção do estado emocional regular (24,3%) e

mal (8,1%), quando observados os mesmos resultados nos homens (**Tabela 2**).

Tabela 2- Posição socioeconômica, condição psicológica e transtornos mentais comuns, segundo gênero, entre quilombolas de Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, Feira de Santana, Ba, Brasil, 2022.

Variáveis	Homens		Mulheres	
	n (342)	%	n (573)	%
<i>Posição socioeconômica [n = 915]</i>				
<i>Trabalha</i>				
Sim	241	70,5	315	55,0
Não	101	29,5	258	45,0
<i>Anos de estudo</i>				
Sete anos ou mais	153	44,7	292	51,0
Até seis anos	189	55,3	281	49,0
<i>Recebe ajuda financeira</i>				
Sim	30	8,8	192	33,5
Não	312	91,2	381	66,5
<i>Condição psicológica [n = 915]</i>				
<i>Comprometimento da saúde</i>				
Não faz uso de medicamento	114	33,3	302	52,7
Faz uso de medicamento	228	66,7	271	47,3
<i>Autopercepção do estado de saúde</i>				
Boa	208	60,8	252	44,0
Ruim	134	39,2	321	56,0
<i>Autopercepção do estado emocional</i>				
Bem	233	68,1	272	47,5
Mal	109	31,9	301	52,5
<i>Transtornos mentais comuns [n = 915]</i>				
Não	277	81,0	338	59,0
Sim	65	19,0	235	41,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

De acordo com os resultados do submodelo de mensuração (**Tabela 3**), verifica-se que, tanto para os homens quanto para as mulheres quilombolas, o indicador anos de estudo exerce maior contribuição para a formação do construto posição socioeconômica, observado pela carga fatorial 0,753 (homens) e 0,923 (mulheres).

Referente ao construto da condição psicológica constata-se que, a variável relativa à autopercepção de saúde ruim exerceu maior contribuição para a formação do construto condição psicológica, tanto para os homens (carga fatorial de 0,966), quanto para as mulheres (carga fatorial de 0,863), isto é, o construto condição psicológica se manifesta fortemente no indicador autopercepção do estado de saúde, em ambos os sexos.

Grande parte dos indicadores tiveram altas cargas fatoriais, levando em conta o valor de referência 0,30 apresentando magnitudes de moderada a forte para explicação dos três construtos, com variação de 0,203- 0,966.

Tabela 3-Modelo de mensuração das variáveis latentes posição socioeconômica e condição psicológica entre quilombolas, segundo gênero. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2022.

Modelos de mensuração	Estimativas Padronizadas (IC95%)	
	Homens	Mulheres
<i>Posição socioeconômica</i>		
Trabalho	0,663 (-0,139;0,265)	0,203 (0,003;0,403)
Anos de estudo	0,753 (0,559;0,947)	0,923 (0,133;1,713)
Recebe alguma ajuda financeira	-0,153(-0,051;0,357)	-0,053 (-0,033;0,139)
<i>Condição psicológica</i>		
Comprometimento da saúde	0,538(0,397;0,679)	0,339 (0,221;0,457)
Autopercepção de sensações emocionais	0,788 (0,657;0,919)	0,848 (0,758;0,938)
Autopercepção do estado de saúde	0,966 (0,835;1,097)	0,863 (0,773;0,953)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

De acordo com as estimativas padronizadas para o modelo subestrutural (**Figura 1**), o construto condição psicológica é o que se mostrou mais fortemente associado diretamente com os TMC nos homens quilombolas (estimativa padronizada = (0,212; IC95%:0,035;0,459) e nas mulheres quilombolas (estimativa padronizada=0,631(IC95%: 0,500;0,762).

A variável latente posição socioeconômica não se mostrou associada de forma direta, em ambos os sexos, com os TMC (estimativa padronizada: homens:= 0,095 (IC95%:0,177;0,367) e em mulheres: (-0,037 IC95%:-0,126;0,200).

Todas as medidas de bondade de ajuste indicaram que os dados são bem ajustados pelo modelo proposto. O RMSEA foi igual a 0,064; o CFI foi 0,955, e o TLI com 0,933.

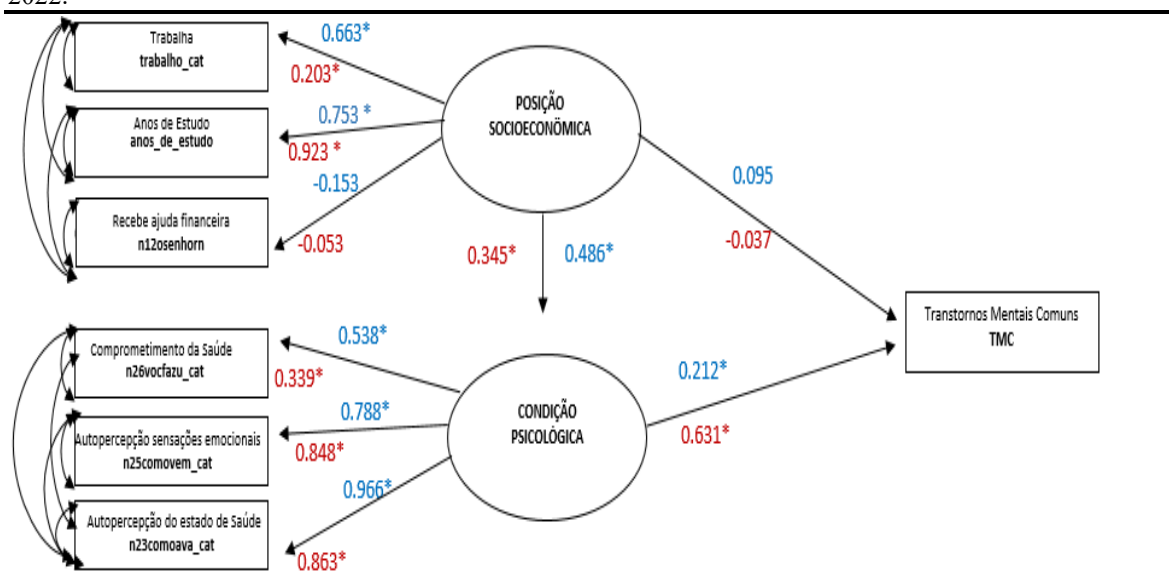
O coeficiente padronizado (0,212-homens; 0,631-mulheres) mostra associação positiva direta e estatisticamente significativa entre o construto psicológico e TMC, entre ambos os sexos. Isto é, entre os quilombolas que possuem uma pior condição psicológica aumenta a probabilidade de ocorrência de TMC tanto nos homens quanto nas mulheres, quando comparado aos quilombolas que tiveram melhor condição psicológica.

Quanto à associação indireta, via mediação, proposta no modelo de regressão, em que o efeito da posição socioeconômica é mediado pela condição psicológica, observou-se associação estatisticamente significativa tanto entre as mulheres quilombolas (estimativa padronizada=0,345 (IC95%:0,037;0,653), quanto entre os homens (estimativa padronizada=0,486 (IC95%:0,304;0,668).

A estatística R² associada aos indicadores no modelo variou, nos homens, de 0,440 (para a variável trabalho) a 0,934 (para o escore de avaliação do estado de saúde), descrevendo a quantidade de

variância explicada pelo construto correspondente. Nas mulheres, a estimativa do R² variou de 0,852 (anos de estudo) a 0,745 (para o escore de autoavaliação de saúde).

Figura 1- Diagrama do modelo de equações estruturais da associação entre Posição Socioeconômica, Condição Psicológica e Transtornos Mentais Comuns em quilombolas, segundo gênero. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2022.



*valores estatisticamente significantes. Nota: os coeficientes em vermelho = valores estimados entre as mulheres; em azul = valores estimados entre homens.

Fonte: Elaboração própria, 2022.

DISCUSSÃO

Considerando os resultados obtidos nas análises, a condição psicológica, explicada pelos indicadores relacionados ao uso de medicamentos controlados, autopercepção de sensações emocionais e autoavaliação do estado de saúde, esteve associada aos TMC entre homens e mais fortemente em mulheres, corroborando com outras evidências científicas que comparam a diferença da prevalência dos TMC entre gêneros (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; MARAGNO et al., 2006; ROCHA et al., 2010; STEEL et al., 2014).

O uso de medicamentos controlados, pelos quilombolas, apresenta associação positiva com os TMC, entre ambos os sexos, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos sobre os fatores associados aos TMC em populações vulneráveis socioeconomicamente (LIMA, et al., 2010; MOREIRA et al., 2011). Todavia, nesse estudo, as medidas de associação de maior magnitude estiveram entre os homens.

Entretanto, um estudo conduzido com comunidades quilombolas do Sudoeste da Bahia, revelou que o uso de fármacos foi associado ao sexo feminino. Os autores sugeriram que, ao se analisar o uso de

medicações em quilombolas, deve-se levar em conta a influência de outras variáveis, particularmente, a autoavaliação ruim e muito ruim do estado de saúde (MEDEIROS, et al., 2013). Diante do exposto, é possível que a diferença entre os resultados esteja relacionada ao fato dos quilombolas desse estudo apresentarem pior autoavaliação do estado de saúde, e essa ser uma variável associada a autoavaliação ruim e muito ruim em saúde.

As mulheres tiveram pior percepção do seu estado emocional do que os homens. Segundo dados da literatura, existem diferenças significativas acerca da percepção do estado emocional entre homens e mulheres. No Brasil, estudo realizado sobre estado de saúde emocional geral da população identificou que, as mulheres apresentavam maior labilidade no bem-estar em relação aos homens, percebendo seu estado emocional como pior (PASQUALI, 1996). Em geral, as mulheres tendem a perceber o seu estado de saúde mais negativamente do que os homens. Uma possível explicação pode estar relacionada aos diversos papéis sociais atribuídos as mulheres na sociedade, condição que pode trazer diversos efeitos no bem-estar psicológico (POSSATTI; DIAS, 2002).

Além disso, as mulheres quilombolas que possuíam uma autoavaliação ruim do seu estado emocional apresentaram maior ocorrência de TMC, quando comparada as mulheres quilombolas com melhor autopercepção do estado emocional. A identificação do sofrimento mental advém da autoavaliação do estado emocional dos sujeitos, não tendo como ser avaliada por meio de avaliação médica (ACIOLE; SILVA, 2021). Dessa forma, reconhecidamente, o adoecimento psíquico só pode ser identificado a partir da autopercepção das emoções e sentimentos do próprio sujeito. E, sendo identificado, essa percepção do sofrimento mental também diminui os níveis de qualidade de vida (ÂROCA, 2009), condição que, pode explicar o motivo das mulheres quilombolas com autoavaliação ruim do estado emocional preencherem os critérios de suspeição para os TMC.

Torna-se válido lembrar que, as diferentes compreensões e possibilidades de explicações que cada sujeito constrói sobre suas sensações emocionais e sobre estar em sofrimento psíquico decorrem do sistema simbólico e cultural de cada pessoa (ACIOLE; SILVA, 2021).

Os achados desse estudo também apontaram que, os quilombolas que autoavaliaram seu estado de saúde como ruim aumentaram a probabilidade de ocorrência de TMC tanto nos homens quanto nas mulheres, quando comparados à aqueles que tiveram melhor autoavaliação do estado mental. Esse resultado é consistente com outros estudos sobre autopercepção de saúde ruim em quilombolas e condição de quadros de adoecimentos mentais que compõem os TMC (OLIVEIRA et al., 2015; BARROSO; MELO; GUIMARÃES, 2014; ARAÚJO et al., 2016).

Diversas hipóteses tentam explicar essa associação. Um inquérito nacional sobre fatores determinantes a autoavaliação ruim do estado de saúde, realizado com 12.324 indivíduos, nas cinco

regiões geográficas do país, em 2013, constatou que, o fato de ser residente da Região Nordeste aumentava significativamente as chances dessa autoavaliação negativa; assim como os sujeitos com menor nível educacional apresentaram 340% maior chance de se autoavaliarem com saúde ruim do que os indivíduos que possuíam nível superior (IC95%: 3,13-6,09).

Além disso, observou-se que, quanto maior o número de doenças crônicas um sujeito tiver, maior a chance de ter uma autoavaliação de saúde ruim (IC95%:2,28-2,57) (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). Ao verificar essas hipóteses, pode-se compreender a associação positiva entre autoavaliação de saúde ruim e TMC em quilombolas, já que esse grupo populacional apresenta um alto índice de doenças crônicas não transmissíveis e elevada prevalência de fatores de risco para as mesmas (MELO; SILVA, 2015; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2021). Neste aspecto é sabido que, as comunidades quilombolas no Brasil encontram-se em um panorama de desvantagens socioeconômicas, apresentando baixos níveis educacionais (BRASIL, 2012).

Cabe acrescentar que, no momento atual no Brasil, os quilombolas vêm sofrendo grandes impactos psíquicos decorrentes, de um lado, dos efeitos da Covid-19, e, de outro, do processo de desapropriação indevida de suas terras. Essas atuais condições podem possibilitar que emergjam um sentimento coletivo de medo e insegurança pessoal de muitos quilombolas, especialmente das lideranças dessas comunidades, que se sentem ameaçadas pelo risco eminente de morte e por serem coagidas a saírem de suas terras (SANTOS et al., 2020).

A posição socioeconômica, variável latente estimada com base nos indicadores de trabalho, anos de estudo e recebimento de ajuda financeira, não associaram-se diretamente aos TMC, em ambos os sexos. Esses achados aproximam-se de outros estudos sobre fatores associados em TMC em quilombolas. Uma pesquisa realizada com quilombolas da região de Guanambi-BA, verificou que, os TMC nessa população estavam significativamente associados ao sexo, dor nas costas e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (MUSSI; ROCHA; ALVES, 2019). Mesmo demonstrando uma alta prevalência de TMC em quilombolas, nesse estudo não foi identificada nenhuma relação direta entre condições socioeconômicas e o agravo em saúde mental.

Embora, diversos estudos têm apontado a relação entre condições socioeconômicas e o estado de saúde/saúde mental nos diferentes grupos étnicos/raciais (SCHOENDORF et al., 1992; KRIEGER et al., 1993; ADLER et al., 1994; WILLIAMS; COLLINS, 1995; WILLIAMS; RUCKER, 1996; BHUÍ et al., 2005; ANTUNES, 2008; ALVES; RODRIGUES, 2011), e comprovam de forma consistente que os grupos que se encontram em situação de desvantagem socioeconômica apresentam os piores índices de saúde, quando comparados com outros grupos que ocupam posições socioeconômicas mais vantajosas – isso em relação aos principais indicadores sociais (renda, escolaridade, ocupação e trabalho)

(CARVALHAES; CHOR, 2016).

Contudo, nessa pesquisa, foi evidenciada associação indireta, via mediação, proposta no modelo de regressão, em que o efeito da posição socioeconômica é mediado pela condição psicológica, associação estatisticamente significativa entre as mulheres e os homens quilombolas e os TMC. A posição socioeconômica parece determinar a condição de saúde de forma indireta, mediada por múltiplos fatores e condições que os sujeitos são expostos em sua condição de vida.

De acordo com Williams e Rucker (1996), a condição socioeconômica é mais que um conceito abstrato, posto que consegue indicar, a partir de marcadores sociais, a posição social que os diferentes indivíduos ocupam na cadeia social, determinando assim a condição de vida, o acesso a bens e serviços e, conseqüentemente, o melhor ou pior estado de saúde. Ela é representada por indicadores de pobreza, rendimentos, riqueza, educação, ocupação ou um índice composto desses fatores, os quais acabam por explicar as variações raciais em saúde/saúde mental existentes (SCHOENDORF et al., 1992; KRIEGER et al., 1993; ADLER, et al., 1994; WILLIAMS; COLLINS, 1995; WILLIAMS; RUCKER, 1996; BHUI et al., 2005; ANTUNES, 2008; ALVES; RODRIGUES, 2011), ficando claro, assim, que a posição socioeconômica dos grupos raciais minoritários em níveis mais baixos de estratificação social conduz a uma condição de vulnerabilização de suas condições de vida e saúde (KRIEGER et al., 1993; WILLIAMS; RUCKER, 1996; ANTUNES, 2008).

No Brasil, quando se levam em conta as disparidades étnico-raciais em saúde, os quilombolas apresentam-se como subgrupo social com quadro de maior iniquidade em saúde, haja vista seus péssimos e históricos indicadores sociais.

A relevância dessa pesquisa reside no fato da possibilidade de publicação, dada a falta de estudos sobre a temática discutida. Contudo, a falta de pesquisas similares dificultou a comparação dos resultados obtidos com a literatura. Por sua vez, a limitação desse estudo é decorrente da impossibilidade de avaliar causalidade, haja vista ser um estudo transversal, assim como de ter sido realizado com uma população bem específica, que apresenta pouca variabilidade em suas características, fato que se apresentou como um dificultador nas análises realizadas, particularmente, na impossibilidade de explorar outras variáveis como renda e condições habitacionais, por exemplo, já que grande parte dos quilombolas apresentavam a mesma condição socioeconômica e estavam expostos as mesmas condições ambientais.

A evidência de que a condição psicológica pode ser mediadora dos efeitos indiretos da posição socioeconômica sobre a saúde mental apresenta-se como uma contribuição importante para às políticas públicas voltadas à saúde da população negra no país. Com esses resultados, pode-se realizar um planejamento de ações programáticas em saúde que ofereça qualidade do cuidado em saúde respeitando, assim, as particularidades e demandas específicas desse grupo populacional.

Essa pesquisa poderá contribuir para a maior compreensão do panorama de desvantagens sociais e de saúde, que é vivenciado pelos quilombolas de uma das regiões mais pobres do país, com vistas ao fortalecimento de políticas e programas existentes no Brasil, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e do Programa Brasil Quilombola (PBQ) no que tange, particularmente, à possibilidade de inserção de um novo eixo estratégico para melhoria da situação de saúde mental desse grupo específico.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, D. C. A. M.; SILVA, J. Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 33, s/n, p.229-558, 2021. Disponível em: <<http://old.scielo.br/scielo.php>>. Acesso: 02 jul. de 2022.
- ADLER, N. E.; BOYCE, T.; CHESNEY, M. A.; COHEN, S.; FOLKMAN, S. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. **American Psychologist**, v. 49, s/n, p. 15–24, 1994. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8122813/>>. Acesso em:17 mar. 2019.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol. 28, n. 2, p. 127-131, 2011. Disponível: < [https://run.unl.pt/handle/10362/98901doi:10.1016/s0870-9025\(10\)70003-1](https://run.unl.pt/handle/10362/98901doi:10.1016/s0870-9025(10)70003-1)>. Acesso em:17 mar. 2019.
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION (AAA) STATEMENT ON RACE. **American Anthropological**, v.100, s/n, p. 712-713, 1998. Disponível:<<https://www.americananthro.org/ConnectWithAAA/Content.aspx?ItemNumber=2583>>. Acesso em:17 mar. 2019.
- AMORIM, L.; FIACCONE, R.; SANTOS, C.; MORAES, L.; OLIVEIRA, N. F.; OLIVEIRA, S.; SANTOS, T. N. L. **Modelos de equações estruturais: princípios básicos e aplicações**. Relatório Técnico. Amorim. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Matemática, p.1-49, 2012.
- AMORIM, M. M.; TOMAZI, L.; SILVA, R. A. A.; GESTINARI, R. S.; FIGUEIREDO, T. B. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Biosci. j. (Online)**, v. 29, n.4, p. 1049-1057, 2013. Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946462>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- AMORIM, S. G. S. A comunidade quilombola kalunga: narrativas sobre opressões, saúde mental e os desafios do acesso à saúde de povos tradicionais. **Trabalho de Monografia**. Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas, 2018.

ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 562-567, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000017>>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

ARAÚJO, R. L. M. S.; ARAÚJO, E. M.; SILVA, H. P.; SANTOS, D. B.; SILVA, C. A. L. Doenças e agravos em saúde mental autorrelatados e fatores associados em quilombolas do semiárido baiano em 2016, Bahia, Brasil. **Revista Internacional de Pesquisa e Desenvolvimento**, v. 11, n. 11, p. 51394- 51400, 2021. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/356541448>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

ARAÚJO, V.G. S. **Aleitamento materno exclusivo e saúde mental materna de mulheres afrodescendentes: estudo de base populacional**. 2020. (91f). Dissertação de Mestrado (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição: Universidade Federal de Maceió, Maceió, 2020.

ÂROCA, S. R. S. **Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do” Sofrimento dos Nervos” em mulheres**. 2009. (131f). Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro-RJ, 2009.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 256–263, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24870004/>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C.S; CÉSAR, C.C.; CAIAFFA, W. T. Quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: hypertension and associated factors. **Cad. de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889- 1902, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164912>>. Acesso em: 04 de maio. 2016.

BHUÍ, K.; STANSFELD, S.; MCKENZIE, K.; SAFFRON, K.; NAZROO, J.; WEICH, S. Racial/ Ethnic Discrimination and Common Mental Disorders Among Workers: Findings from the Empiric Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. **American Journal of Public Health**, v. 5, n. 3, p. 496 -501, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15727983/>>. Acesso em:13 dez. 2019.

BORGES, W. D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia**. 2011. (82f). Dissertação de Mestrado. (Mestrado Multidisciplinar em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia: Universidade Federal do Amazonas - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n.4, p.769-780, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/gW4nXJDhvwthwLwgpBhw9f/>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL, **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**: Secretaria de Promoção de Igualdade Racial. 2012.

BRASIL, SECRETARIA DE PROMOÇÃO DE IGUALDADE RACIAL. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2016). **Resolução nº 510/2016**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BROWN, T. A. **Methodology in the social sciences**. Confirmatory factor analysis for applied research. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2015.

CARDOSO, L.G. V.; MELO, A. P. S.; CESAR, C. C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 20, n. 3, pp. 809-820, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

CARNEIRO, J. A.; GOMES, C. A. D.; DURÃES, W.; DE JESUS, D. V.; CHAVES, K. L. L.; LIMA, C. A.; DA COSTA, F. M. CALDEIRA, A. P. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos no centro de referência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.909-918, 2020. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300909&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

CARVALHAES, F.; CHOR, D. Posição socioeconômica, idade e condição de saúde no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc**, v. 31, n. 92, p. 1-27, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.17666/319207/2016>>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS: **CONAQ**. Disponível em:< <https://conaq.org.br/>>. Acesso em: 18 abril. 2021.

COUTINHO, L. M. S.; MATIJASEVICH, A.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.9, p.1875-1883, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Gjcmm9DGYWkrDjbRvLdyF4s/?lang=pt>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

DAMASIO, Bruno Figueiredo. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em 13 jul. 2022.

DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V. H.; MARTINS, M. E.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J. F.; ALVES FILHO, A. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

FERNANDES, S.; SANTOS, A.O. Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2019, v. 39, s/n, p.38-52. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003176272>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. São Paulo: Global, 2003

GALOBARDES, B.; LYNCH, J.; SMITH, G. D. Measuring socioeconomic position in health research. **British Medical Bulletin**, v. 81-82, n. 1, p. 21-37, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/bmb/ldm001>>. Acesso em: 15 de fev. 2019.

GANNA, K.; BROCK, G. **Structural equation modeling with lavaan**. London: Sage & Wiley, 2019.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. 6a Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. [sine in loco]. Alínea Editora, 2003.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1487-1501, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00141213>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

KRIEGER, N.; ROWLEY, D. L.; HERMAN, A. A.; AVERY, B.; PHILLIPS, M. T. Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 9, (Supl.), p.82-122, 1993. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8123288/>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. **Annu Rev Public Health**, v. 18, n. 1, p. 341-378, 1997. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9143723/>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

LIMA, G. B.; NUNES, L. C. C.; BARROS, J. A. C. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 15, p. 3517-3522, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900026>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 6, p.827-834, 2004. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/yV8pRpnvQBvrPwkfvjJMjN/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 15 de jun. 2021.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Fator 9.2: Um programa abrangente para ajustar análises fatoriais exploratórias e semiconfirmativas e modelos IRT. **Medição Psicológica Aplicada**, v. 37, n. 6, p. 497-498, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0146621613487794>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

LUDEMIR, A. B.; FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **J. Chronic Dis**, v. 39, s/n, p.371-380, 1986. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3700578/>>. Acesso em 15 de out. 2021.

MEDEIROS, D. S.; MOURA, C. S.; GUIMARAES, M. D. C.; ACURCIO, F. A. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 905-913, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>>. Acesso em 15 de out. 2021.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

MELO, M. F. T; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Rev. ABPN**, v. 7, n. 6, p. 168-189, 2015. Disponível em: <<http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>>. Acesso em 08 de fev. 2017.

MOREIRA, J. K. P.; BANDEIRA, M.; SEE MORE, C. S. C.; SCALON, J. D. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online] v. 60, n. 3, p. 221-226, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300012>>. Acesso em 08 de fev. 2017.

MUSSI, R.; ROCHA, S.; ALVES, T. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, nordeste brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 20, n. 3, p.698-710, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15309/19psd200312>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B. O. **Mplus User's Guide**. 2010. (6ª ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 2010.

NEVES, J. A. B. **Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada**. Brasília: Enap; 2018.

OLIVEIRA, S. K. M.; PEREIRA, M. M.; GUIMARÃES, A. L. S.; CALDEIRA, A. P. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p.2879-2890, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 4, p. 420-427, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600040093>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 4, p.302-310, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2013.v33n4/302-310/#ModalArticles>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

PASQUALI, L. **QSG - Questionário de saúde geral de Goldberg: adaptação brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDEMIR, A.; TODD, C. Women, Poverty and Common Mental Disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, v. 49, s/n, p. 1461-171, 1999. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10515629/>>. Acesso em: 20 abri. 2019.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. **Bulletin of World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003. Disponível: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/>>. Acesso em: 25 abril. 2019.

PAULI, S. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2016. (131f). Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre (RS), 2016.

PAVÃO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/b4Nyg8BYjDRzDMjnZpdWshB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

POSSATTI, I. C.; DIAS, M. R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica [online]**, v. 15, n. 2, p. 293-301, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200007>>. Acesso em: 04 de out. 2020.

RODRIGUES, N. **Africanos no Brasil**. (Temas Brasileiros: 40).Brasília: UnB; 1977.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M.; FERNANDES, N. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.1, p. 214-222, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102->

311X2009000100023>. Acesso em 24 de out. 2020.

SANTOS, M. P. A.; GOES, E. F.; SILVA, A.; SANTOS, A. B. S.; BATISTA, L. E. B.; ARAÚJO, E. M. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>>. Acesso em: 20 de mar.2021.

SARACENO, B.; BARBUI, C. Poverty and mental illness. **Can J Psychiatry**, v. 24, n.42, p.285-290, 1997. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9114944/>>. Acesso em: 11 de maio. 2018.

SCHOENDORF, K. C.; HOGUE, C. J. R.; KLEINMAN, J. C.; ROWLEY, D. Mortality among infants of black as compared with white college-educated persons. **New England Journal of Medicine**, v. 326, s/n, p. 1522–1526, 1992. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199206043262303>. Acesso em: 08 de jan. 2021.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 2, n. 20, p.71-100, 1995. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

SILVA, J. A. N. DA. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007. Disponível em:< <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7529>>. Acesso em: 08 de fev. 2018.

SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. **Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv**, Manizales, v. 14, n. 1, pág. 493-504, 2016. Disponível em [http: </www.scielo.org.co/scielo.php >](http://www.scielo.org.co/scielo.php). Acesso em 02 de julh. 2022.

SMOLEN, J. R.; ARAUJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>>. Acesso em: 25 de out. 2020.

SOUZA, M. F. P. Posição socioeconômica, classe e autoavaliação do estado de saúde: aplicação da técnica da análise de correspondência — pesquisa suplementar de saúde da Pnad/2008. Terceiro Milênio: **Revista Crítica de Sociologia e Política**, v.4, n.1, p.165-184, 2015. Disponível em: <https://revistaterceiromilenio.uenf.br/index.php/rtm/article/view/110>. Acesso em 08 de mar. 2016.

STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J.W., PATEL, V.,

SILOVE, T. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int J Epidemiol**, v. 43, n.2, p.476-493, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/>. Acesso em: 18 de mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): *position paper from the World Health Organization*. **Soc Sci Med**, v.41, v. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>. Acesso em: 17 mar. 2019.

WHO. **The world health report 2001**. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

WILLIAMS, D. R.; COLLINS, C. US Socioeconomic and racial differences in health: Patterns and explanations. **Annual Review of Sociology**, v. 21, s/n, p. 349–386, 1995. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.so.21.080195.002025>>. Acesso em: 18 maio 2020.

WILLIAMS, D. R.; RUCKER, T. **Socioeconomic Status and the Health of Racial Minority Populations**. Traci Mann and Pamela Kato (eds.), Handbook of Diversity Issues in Health Psychology. New York: Plenum Press; 1996.

CONCLUSÃO

A prevalência dos TMC e seus fatores associados em quilombolas de Feira de Santana, Bahia, expressam a condição de vulnerabilização da condição de vida e saúde mental em que vivem essas populações. Como esperado, a associação entre posição socioeconômica, condição psicológica e TMC foi confirmada nesse estudo, resultado que aponta para a importância de marcadores sociais e da condição psicológica para se analisar agravos em populações específicas, que sofrem pela condição sócio-histórica de fragilidade psicossocial e exposição contínua a fatores socioambientais que determinam a condição de adoecimento.

Os resultados encontrados na presente pesquisa apontam para um estudo inédito com populações quilombolas, destacando inter-relações complexas entre indicadores sociais e psicológicos e a presença de TMC.

Os dados epidemiológicos produzidos por esse trabalho podem contribuir com o estado da arte sobre Prevalência de TMC e fatores associados em Quilombolas, assim como podem favorecer com o melhor planejamento das ações intersetorial em Saúde mental voltadas a essa população.

O conhecimento sobre as inter-relações complexas envolvidas na determinação da saúde mental dos quilombolas, apresentado nesse trabalho, pode ser uma ferramenta útil para o desenvolvimento e implementação de políticas de promoção de saúde mental mais específicas para essa população, que considerem especificidades desses sujeitos e sua condição de exposição a vulnerabilidades sociais.

As ações integradas intersetoriais que fortaleçam as políticas públicas destinadas aos quilombolas, como PNSIPN e PNSIPCF devem ser priorizadas considerando as áreas geográficas com maior morbidade relacionada aos TMC no país, particularmente, em áreas mais vulnerabilizadas na condição de vida e saúde dessa população, que é o Norte e Nordeste do Brasil. Devendo ser levados em consideração os determinantes sociais e as disparidades regionais na elaboração dos programas específicos para prevenção de adoecimento mental e promoção de qualidade de vida para esse grupo em específico.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, D. C. A. M.; SILVA, J. Concepções e itinerários terapêuticos de pessoas em sofrimento psíquico em contextos quilombolas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 33, s/n, p.229-558, 2021. Disponível em: <<http://old.scielo.br/scielo.php>>. Acesso: 02 de julh. de 2022.
- ADLER, N. E.; BOYCE, T.; CHESNEY, M. A.; COHEN, S.; FOLKMAN, S. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. **American Psychologist**, v. 49, s/n, p. 15–24, 1994. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8122813/>>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- AFONSO, L. F. C.; CORREA, N. A. F.; SILVA, H. P. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil: uma revisão da literatura indexada. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 27, s/n, p. 1-13, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8652861>>. Acesso em: 18 nov. 2022.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Editora Pólen Livros; 2019.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol. 28, n. 2, p. 127-131, 2011. Disponível: < [https://run.unl.pt/handle/10362/98901doi:10.1016/s0870-9025\(10\)70003-1](https://run.unl.pt/handle/10362/98901doi:10.1016/s0870-9025(10)70003-1)>. Acesso em:17 mar. 2019.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
- AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION (AAA) STATEMENT ON RACE. **American Anthropological**, v.100, s/n, p. 712-713, 1998. Disponível:<https://www.americananthro.org/ConnectWithAAA/Content.aspx?ItemNumber=2583>. Acesso em:17 mar. 2019.
- AMORIM, B. B.; MORAES, L.; GOMES SÁ, I. C.; SILVA, B. B. G.; CAMARA FILHO, J. W. S. Saúde mental do estudante de Medicina: psicopatologia, estresse, sono e qualidade de vida. **Revista Psicologia, Diversidade E Saúde**, v.7, n. 2, p. 245–254, 2018. Disponível em: < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1911>>. Acesso em 10 de fev. 2022.
- AMORIM, L. D. A. F.; FIACCONE, R. L.; SANTOS, C. A. S. T.; MORAES, L. T. L. P.; OLIVEIRA, N. F.; OLIVEIRA, S. B.; SANTOS, T. N. L. **Modelagem com Equações Estruturais: Princípios Básicos e Aplicações**. Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual de Feira de Santana; 2012.
- AMORIM, L. D. A. F.; FIACCONE, R. L.; SANTOS, C. A. S. T.; SANTOS, T. N.; MORAES, L. T.; OLIVEIRA, N. F.; BARBOSA, S. O.; SANTOS, D. N.; SANTOS, L. M.; MATOS, S. M. A.; BARRETO, M. L. Modelagem de risco em epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 26, n. 12, p. 2251-2262, 2010. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200004>>. Acesso em: 25 de nov. 2020.

AMORIM, M. M.; TOMAZI, L.; SILVA, R. A. A. S.; GESTINARI, R. S.; FIGUEIREDO, T. B. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, **Brasil. Bioscience Journal**, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/946462/avaliacao-das-condicoes-habitacionais-e-de-saude-da-comunidade-_t7lSayi.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2016.

AMORIM, I. G.; GERMANI, G. I. **Quilombos da Bahia: presença incontestável**. Apresentação de Trabalho no X Encontro de Geógrafos da América Latina. Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <[bservatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Geografia dela poblacion/03.pdf](http://bservatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal10/Geografiasocioeconomica/Geografia%20de%20la%20poblacion/03.pdf)>. Acesso em: 15 maio. 2016.

ANSELM, L. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. supl. 2, p. 26-33, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000900005>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

ANTUNES, J. L. F. Condições socioeconômicas em saúde: discussão de dois paradigmas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 562-567, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008005000017>>. Acesso em: 20 de fev. 2020.

ARAÚJO, R. L. M. de S.; ARAÚJO, E. M. de; SILVA, H. P. da; SANTOS, C. A. de S. T.; NERY, F. S.; SANTOS, D. B. dos; SOUZA, B. L. M. de. Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n.1, p. 226-246, 2020. Disponível em: <<https://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2988>>. Acesso em: 20 de mar. 2021.

ARAÚJO, R. L. M. S. **Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA**. 2017. (128 f). Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2017.

ARAÚJO, R. L. M. S.; ARAÚJO, E. M.; SILVA, H. P.; SANTOS, D. B.; SILVA, C. A. L. Doenças e agravos em saúde mental autorrelatados e fatores associados em quilombolas do semiárido baiano, em 2016, Bahia, Brasil. **Revista Internacional de Pesquisa e Desenvolvimento**, v. 11, n. 11, p. 51394- 51400, 2021. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/356541448>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

ARAÚJO, V. G.S.; SANTOS, T. R.; VIEIRA, A. C. S.; ASSUNÇÃO, M. L.;

FERREIRA, H. S. Transtorno Mental Comum e interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em mulheres quilombolas: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online], v. 21, n. 2, pp. 485-496, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200008>>. Acesso em 29 de julh. 2022.

ÂROCA, S. R. S. **Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do “Sofrimento dos Nervos” em mulheres. 2009.** (131f). Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro-RJ, 2009.

ARRUTI, J. M. Quilombos. In: SANSONE, L. ARAÚJO, O. **Raça: novas perspectivas antropológicas.** 2 ed. rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA; 2008.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETTI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKE, R. R. (Orgs.) **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: Relume Dumará; p. 50-71, 1999.

BACHRACHB, P.; BARATZ, M. S. “Two Faces of Power”: **American Political Science Review**, v. 56, n. 4, p. 947-952, 1962. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/abs/two-faces-of-power/10642CFB6AFD6EBF4312DF34CF1556671>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BARATA, R. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

BARBOSA, M. P.; BRAGA, L. A. M.; RODRIGUES, C. T. Programa Brasil Quilombola: Análise do processo de implementação. **Espacios**, v.37, n. 37, p.24, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaespacios.com/a16v37n37/16373726.html>>. Acesso em: 10 de mar. 2017.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, v.3, n.1, p. 1471-2288, 2003. Disponível em: <<https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-3-21>>. Acesso em 25 de nov. 2020.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 256–263, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24870004/>>, Acesso em: 13 mar. 2017.

BARTLEY, M. **Health inequality: an introduction to theories, concepts, and methods.** Cambridge (UK): Polity Press; 2004.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil:

uma revisão sistemática da literatura. **Interações** (Campo Grande), v. 21, n. 1, p. 35-50, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/inter/a/mKwyPqBVc4QBgMsxkqnyH9d/?lang=pt>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 4, p. 256–263, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24870004/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BERNARDES, J. Prevalência de transtornos mentais é alta, mas não teve aumento importante na pandemia. *Jornal da USP*, 2021, n.p. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/ciencias/prevalencia-de-transtornos-mentais-e-alta-mas-nao-teve-aumento-importante-na-pandemia/>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C.S; CÉSAR, C.C.; CAIAFFA, W. T. Quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil: hypertension and associated factors. **Cad. de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889- 1902, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00164912>>. Acesso em: 04 de maio. 2016.

BHUÍ, K.; STANSFELD, S.; MCKENZIE, K.; SAFFRON, K.; NAZROO, J.; WEICH, S. Racial/ Ethnic Discrimination and Common Mental Disorders Among Workers: Findings from the Empiric Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. **American Journal of Public Health**, v. 5, n. 3, p. 496 -501, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15727983/>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

BORGES, W. D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia**. 2011. (82f). Dissertação de Mestrado. (Mestrado Multidisciplinar em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia: Universidade Federal do Amazonas - Universidade Federal do Pará, Pará, 2011.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n.4, p.769-780, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/gW4nXJDhwvthwLwgpBhw9f/>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>>. Acesso em: 14 de nov. 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)** [online]. Brasília; [s.d.]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 05 de maio. 2022.

BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social**: Secretaria de Assistência Social, 2021. Disponível: <<https://www.cedi.pr.gov.br/Pagina/Cadastro-Unico-para-Programas->

Sociais-CadUnico>. Acesso em: 20 dez. 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Brasília, 2012. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_sus.pdf>. Acesso em 05/05/2022.

BRASIL, **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**: Secretaria de Promoção de Igualdade Racial. Brasília, 2012. Disponível

em:<<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/acoes-e-programas/programa-brasil-quilombola>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. (2016). **Resolução nº 510/2016g**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. Disponível

em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05 maio. 2016.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. Sec. 35º. Brasília, 2012. Disponível: <<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/414/2018/10/1988-Constitui%C3%A7%C3%A3oFederal.>>. Acesso em: 05 de junh. 2016.

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. **Impacto do Bolsa Família na saúde é incontestável**, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/10/impacto-do-bolsa-familia-na-saude-e-incontestavel>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. REDEH - Rede de Desenvolvimento Humano. **Quilombos: espaço de resistência de homens e mulheres negros**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: < http://www.pontaojongo.uff.br/sites/default/files/upload/quilombos_-_espacos_de_resistencia_de_h_e_m_negros.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, 2009. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 18 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2016.

BRASIL. **Pesquisa de avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional em comunidades quilombolas tituladas**. Brasília: Fundação Euclides da Cunha de Apoio Institucional à Universidade Federal Fluminense (FEC-UFF) Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense (DataUFF), 2013. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/.../sumário%20pronto_QUILOMBOLAS%202013.pdf>. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL. **Quantitativo de Quilombolas que recebem o Auxílio Brasil**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social2022>>. Acesso em 20 jul. 2022.

BRASIL. **Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Fundação Nacional de Saúde, 2004. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/download/Projeto%20914BRA3002%20Saude%20da%20Pop%20Negra.pdf>> . Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. **Situação Social da População Negra por estado: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2014. Disponível em: Acesso em: 31 mar. 2016.

BREILH, J. **Epidemiologia economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec; 1991.

BREILH, J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y del género. *In*: BREILH, J. **Cuerpos, Diferencias y Desigualdades**. Bogotá: Utopica Ediciones, 1998.

BROWN, T. A. **Methodology in the social sciences. Confirmatory factor analysis for applied research**. 2 Ed. New York: Guilford Press; 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. L. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>>. Acesso em: 02 de Jul. 2022.

CABRAL-MIRANDA, G.; DATTOLI, V. C. C.; DIAS-LIMA, A. Enteroparasitos e condições socioeconômicas e sanitárias de uma comunidade Quilombola do Semiárido

Baiano. **Revista de Patologia Tropical**, v. 39, n. 1, p. 48-55, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/iptsp/article/view/9498>>. Acesso em: 11 de maio. 2018.

CAPITÃO, C.G.; SCORTEGAGNA, S. A.; BAPTISTA, M.N. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Avaliação Psicológica**, v. 4, n.1, p. 75-82, 2005. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a09.pdf>. Acesso em: 11 de maio. 2019.

CARDOSO, L.G. V.; MELO, A. P. S.; CESAR, C. C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 3 pp. 809-820. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

CARNEIRO, J. A.; GOMES, C. A. D.; DURÃES, W.; DE JESUS, D. V.; CHAVES, K. L. L.; LIMA, C. A.; DA COSTA, F. M. CALDEIRA, A. P. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos no centro de referência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p.909-918, 2020. Disponível em: <http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300909&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de maio. 2020.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. **Quilombolas no Brasil**. 2022. Disponível em: <<https://cpisp.org.br/direitosquilombolas/observatorio-terras-quilombolas/quilombolas-brasil/>>. Acesso em: 10 de out. 2022.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE ARTICULAÇÃO DAS COMUNIDADES NEGRAS RURAIS QUILOMBOLAS: **CONAQ**. Disponível em: <<https://conaq.org.br/>>. Acesso em: 18 abril. 2021.

CORREA, N. A. F.; CARDOSO, L. F. C.; SILVA, H. P. Comida de quilombo na merenda escolar: interfaces entre a cultura alimentar e o Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Amazonica - Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 145-163, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais Comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100009>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

COUTINHO, E. S.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq. Clín**, v. 26, n. 5, p. 246-256, 1999. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-256440>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

COUTINHO, L. M. S.; MATIJASEVICH, A.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São

Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.9, p.1875-1883, 2014. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csp/a/Gjcm9DGYWkrDjbRvLdyF4s/?lang=pt>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

COUTO-OLIVEIRA, V. Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência. **Rev. Abordagem Gestalt. Goiânia**, v. 13, n. 2, p. 280-281, 2007. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2022.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2008.

DAMASIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Aval. Psicol**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php> >. Acesso em 13 jul. 2022.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of ‘vulnerability’. **Soc. Sci. Med.**, v. 50, n. 11, p. 1557-70, 2000. Disponível em:
< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10795963/>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.
DFID, 2003.

DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V. H.; MARTINS, M. E.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J. F.; ALVES FILHO, A. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural . **Amazônica Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V. H.; LEITE, J.F.; MACEDO, J. P. S.; SILVA, I. T.; DANTAS, C.; ALVES FILHO, A. Consumo de álcool em uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro. **Quadernos de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6915302>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J.; DANTAS, C.; DA SILVA, M. P. R. Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF** [online]. v. 22, n. 3, p. 541-553, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-82712017220313>>. Acesso em: 02 jul. 2022.

DUPAS, G. **Economia global e exclusão social: pobreza, desemprego, Estado e o futuro do capitalismo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

FEITOSA, F. R. S.; CASTILHO, C. J. M.; LACERDA, R. S. Comunidades quilombolas e políticas públicas: invisibilidade ou inclusão?. **Revista Equador** (UFPI), v.10, n.3, p.45-60, 2021. Disponível em:
<<https://revistas.ufpi.br/index.php/equador/article/view/12633/8087>>. Acesso em: 10 maio. 2022.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes**. 3 ed. São Paulo:

Ática; 1964.

FERNANDES, S.; SANTOS, A.O. Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], v. 39, s/n, p. 38-52, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003176272>>. Acesso em 28 nov. 2022.

FILGUERIA, A. L. S. Afrocentricidade, Quilombismo E Colonialidade Do Poder: saberes insurgentes nas textualidades de abdias do nascimento e aníbal quijano. *Revista Temporis [ação]*, v. 19, n. 2, p. 1-17, 2019. Disponível em: <<https://www.revista.ueg.br/index.php/temporisacao/article/download/9086/7367/>>. Acesso em: 22 de fev. 2020.

FORTES, S. **Transtornos Mentais Comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/ Rio de Janeiro/ Brasil**. 2004. (154f). Tese (Doutorado em Medicina Social) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FOUCAULT, M. História da loucura: na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 2012.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. **Soc Sci Med**, v. 56, n. 12, p.2505-2514, 2003. Disponível: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12742613/>>. Acesso em: 14 de fev. 2018.

FRASER, N. Da Redistribuição ao reconhecimento. **Revista Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 15, n. 14-15, p. 231-239, 2006. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50109>>. Acesso em: 11 de maio. 2019.

FREIRE, E. C.; FEIJÓ, C. F. C.; FONTELES, M. M. F.; ELIZA DE SÁ, J. S.; CARVALHO, T. M. J. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtornos de humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. **Rev Ciênc Farmac Bás Aplic**, v. 34, n. 4, p. 565-570, 2013. Disponível em: < http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2641>. Acesso em: 17 mar. 2019.

FRYERS, T.; MELZER, D.; JENKINS, R. Sociais desigualdades e os transtornos mentais comuns. **Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.38, s/n, p. 229-237, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000060>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo. 2019**. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em: 21 out. 2020.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral por estados de comunidade remanescentes de quilombo. 2022**. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br>. Acesso em: 10 de out. 2022.

GAINO, L. V.; SOUZA, J.; CIRINEU, C. T.; TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.14, n.2, p.108-116, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979088>>. Acesso em: 10 de out. 2020.

GALOBARDES, B.; LYNCH, J.; SMITH, G. D. Measuring socioeconomic position in health research. **British Medical Bulletin**, v. 81-82, n. 1, p. 21-37, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/bmb/ldm001>>. Acesso em: 15 de fev. 2019.

GANAN, K.; BROCK, G. **Structural equation modeling with lavaan**. London: Sage & Wiley; 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social a um dos determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate** [online], v. 41, n. 112, pp. 63-76, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>>. Acesso em 27 de out. 2020.

GATRELL, A. C. Therapeutic mobilities: walking and “steps” to well-being and health. **Health Place**, v. 22, s/n, p. 98-106, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829213000622>>. Acesso em: 10 de mar. 2019.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>>. Acesso em: 05/05/2022.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 29, n. 9, p. 1829-1842 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00151412>>. Acesso em: 05/05/2022.

GORENDER, J. Liberalismo e Escravidão. **Estudos Avançados**, vol.16, n. 46, 2002, p.209-222. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142002000300015>>. Acesso em: 20 de mar. 2021.

GORESTEIN, C.; WANG, Y. P.; HUNGERBUHLER. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.

GRAPIGLIA, C. Z.; DA COSTA, J. S. D.; PATTUSSI, M. P.; PANIZ, V. M. V.; OLINTO, M. T. S. Factors associated with common mental disorders: a study based on clusters of women. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 55, p. 77, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003124>>. Acesso em: 20 de ago. 2021.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E; TA- THAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. 6a Ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDOIGNACIO, L. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7384326/>:>. Acesso em: 20 de mar. 2021.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n.1, p. 61-73, 2014. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>>. Acesso em: 20 de mar. 2021.

HUNTER, J.; MARSHALL, J.; CORCORAN, K.; LEEDER, S.; PHELPS, K. A positive concept of health - interviews with patients and practitioners in an integrative medicine clinic. **Complement Ther Clin Pract**, v. 18, n. 4, p. 197-203, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24199973/>. Acesso em: : 20 de mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico. BRASIL**: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Feira de Santana**. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>>. Acesso em: 28 jul. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. **Regularização de Território Quilombola: perguntas e respostas**. Diretoria de Ordenamento da Estrutura Fundiária. Coordenação Geral de Regularização de Territórios Quilombolas – DFQ; 2017. Disponível em: < https://www.gov.br/incra/pt-br/assuntos/governanca-fundiaria/perguntas_respostas.pdf>. Acesso em: 01 de Jan. 2021.

JACKSON, P. B.; WILLIAMS, D. R.; STEIN, D. J.; HERMAN, A.; WILLIAMS, S. L.; REDMOND, D. L. Race and psychological distress: the South African stress and health study. **J Health Soc Behav**, v. 51, n.4, p.458-477, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307586>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

JANNUZZI, P. DE. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. [sine in loco]. Alínea Editora; 2003.

JARDIM, P. C. B. V.; CARNEIRO, O.; CARNEIRO, S. B.; BAIOCCHI. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo - norte de Goiás - Kalunga. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 58, n. 4, p. 289–93, 1992. Disponível em: <[https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/JARDIMPCKALUNGAARQUIVOS1992.p](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/133/o/JARDIMPCKALUNGAARQUIVOS1992.pdf)df>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

JORGETTO, G.; MAROLAN, J. F. Autopercepção do sofrimento psíquico em indivíduos com sintomatologia depressiva e comportamento suicida. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.54, n.4, p.1-29, 2021. Disponível em:

<<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/180529/180456>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

KANTORSKI, L. P.; GUEDES, A.C; FEIJÓ, A. M.; Medicação pactuada como recurso terapêutico no processo de trabalho de um CAPS: contribuições para a enfermagem.

Texto & Contexto – Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 1023-1029, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/PvK9VRzWnRsXkqy3RFmBkdz/?lang=pt#>>. Acesso em:10 de fev. 2022.

KASPPER, L. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuário de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, Rio Grande do Sul, v. 45, n. 1, p. 168-76, 2014. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2020.

KLIN, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: The Guilford Press; 2015.

KOCHERGIN, C. N.; PROIETTI, F. A.; CÉSAR, C. C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados.

Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 7, p. 1487–1501, 2014. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00141213>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

KRIEGER, N.; KOSHELEVA, A.; WATERMAN, P. D.; CHEN, J. T.; KOENEN, K.

Racial Discrimination, Psychological Distress, and Self-Rated Health Among US-Born and Foreign-Born Black Americans. **Am J Public Health**, v. 101, n. 9, p. 1704-1713,

2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154215/>. Acesso em:12 de nov. 2020.

KRIEGER, N.; ROWLEY, D. L.; HERMAN, A. A.; AVERY, B.; PHILLIPS, M. T.

Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 9, (Supl.), p.82-122, 1993.

Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8123288/>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. Measuring social class in US public

health research: concepts, methodologies, and guidelines. **Annu Rev Public Health**, v.

18, n. 1, p. 341-378, 1997. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9143723/>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. The structure of self-rated health

among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 6, p.827-834, 2004. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/yV8pRpnvQBvrPwkfvjJMjN/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em:15 de jun. 2021.

LOPES, F. **Relatório Parcial de Atividades** (dezembro de 2003). Brasília; 2003.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P. J. Fator 9.2: Um programa abrangente para ajustar análises fatoriais exploratórias e semiconfirmativas e modelos IRT. **Medição Psicológica Aplicada**, v. 37, n. 6, p. 497-498, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0146621613487794>>. Acesso em: 08 de Junh. 2019.

LUDEMIR, A. B. Associação dos transtornos Mentais Comuns com a informalidade das relações de trabalho. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 54, n. 3, p. 198-204, 2005. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438311>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

LUDEMIR, A. B. Inserção Produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 647-659, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300013>> Acesso em: 18 de dez. 2019.

LUDEMIR, A. B.; FILHO, D. A. M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 36, n. 3, p. 101-107, 2001. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11465780/>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

LYNCH, J. W.; KAPLAN, G. A.; COHEN, R. D.; KAUHANEN J.; WILSON, T. W. Childhood and adult socioeconomic status as predictors of mortality in Finland. **Lancet**, v.343, n.524, p.271-994, 1994. Disponível em: <<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/55309/Lynch%20JW%2C%20Childhood%20and%20Adult%2C%201994.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 5 de fev. 2019.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the word**. Cambridge: Harvard University Press; 1992.

MARAGNO, L.; GOLDBAUN, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Populações Atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **J. Chronic Dis**, v. 39, s/n, p.371-380, 1986. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3700578/>>. Acesso em 15 de out. 2021.

MARINGONI, G. **O destino dos negros após abolição**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Ano 8, 70 ed., IPEA, 2011.

MARIN-LEON, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B. A.; DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N. J. Desigualdade social e transtornos mentais comuns. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol. 29, n. 3, p. 250-253, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000060>. Acesso em 15 de out. 2021.

MEDEIROS, D. S. de.; MOURA, C. S. de.; GUIMARAES, M. D. C.; ACURCIO, F. A. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 905-913, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>. Acesso em 15 de out. 2021.

MELO, M. F. T.; SILVA, H. P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Rev. ABPN**, v. 7, n. 6, p. 168-189, 2015. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/103>. Acesso em 08 de fev. 2017.

MENDONÇA, L. C. **Escrevivendo: escrita de remanescentes quilombolas no domínio escolar e na vida cotidiana: uma abordagem dialógica**. 2014. (250 f). Tese (Doutorado em Letras) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2014.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

MIRANDA, S. V. C.; OLIVEIRA, J. L.; SAMPAIO, C. A.; RODRIGUES NETO, J. F. Cartografias de las condiciones de trabajo de hombres quilombolas y las intersecciones para la informalidad y la salud mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 25, p.1-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200478>. Acesso em: 17 mar. 2019.

MORAES, J. R.; MOREIRA, J. P. L.; LUIZ, R. R. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p.3769-3780, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/m7rRT7nGvcLqBQvtqDJ8rkt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2019.

MOURA, C. **Quilombos: Resistência ao escravismo**. São Paulo: Editora Ática; 1993.

MUSSI, R.; ROCHA, S.; ALVES, T. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, nordeste brasileiro. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 20, n. 3, p.698-710, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200312>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B. O. **Mplus User's Guide**, 6ª ed. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 2010.

MYER, L.; STEIN, D. J.; GRIMSRUD, A.; SEEDAT, S.; WILLIAMS, D. R. Social determinants of psychological distress in a nationally-representative sample of South African adults. **Soc. Sci. Med.**, v. 66, n. 8, p. 1828-1840, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18299167/>>. Acesso em: 12 de out. 2021.

NASCIMENTO, E. L.; NASCIMENTO, A. Quilombismo um conceito emergente do processo histórico-cultural da população afro-brasileira. In: NASCIMENTO, Elisa Larkin (org.). **Afrocentricidade uma abordagem epistemológica inovadora**. Rio de Janeiro: Coleção Sankofa, v.4, p. 197-218, 2013.

NASCIMENTO, M. B. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. In: Afrodiáspora: **Revista do Mundo Negro**, n. 6-7. Ipeafro, p. 41-49, 1984. Disponível em:<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4934276/mod_resource/content/1/Untitled_29082019_194415.pdf>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

NEIVA, G. S. M. Saúde mental materna e estado nutricional do binômio mãe/filho na população quilombola de Alagoas. 2010. (99f). Dissertação (Mestrado em Nutrição). Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, 2010.

NEVES, J. A. B. **Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada**. Brasília: Enap; 2018.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 4, p. 420-427, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600040093>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

OLIVEIRA, S. K. M.; PEREIRA, M. M.; GUIMARÃES, A. L. S.; CALDEIRA, A. P. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p.2879-2890, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>>. Acesso em: 18 de dez. 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Relatório de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde: OMS, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>>. Acesso em: 10 de Fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro de 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Uma Estrutura Conceitual para Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde** Geneve: Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde; 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – **Informe sobre la salud en el mundo, 2003: forjemos el futuro**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

OSHAI, C. M. A.; SILVA, H. P. Áreas Protegidas, Populações Desprotegidas: uma reflexão sobre situação sócio-ecológica de populações quilombolas da Amazônia Paraense.

Tendências e Perspectivas, v. 6, n. 1, p.1039-1048, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/ROBERTA/Downloads/436-115-PB.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 4, p.302-310, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2013.v33n4/302-310/#ModalArticles>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. *In*: FLEURY, S.(Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos; 1997.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online], v. 8, n. 3, p. 567- 590, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000400004>. Acesso em 12 de out. 2021.

PASQUALI, L. **QSG - Questionário de saúde geral de Goldberg: adaptação brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo;1996.

PATEL, V.; ARAYA, R.; LIMA, M.; LUDEMIR, A.; TODD, C. Women, Poverty and Common Mental Disorders in four restructuring societies. **Social Science & Medicine**, v. 49, s/n, p. 1461-171, 1999. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10515629/>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. **Bulletin of World Health Organization**, v. 81, n. 8, p. 609-615, 2003. Disponível: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14576893/>>. Acesso em: 25 abril. 2019.

PAULI, S. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. 2016. (131f). **Dissertação** (Mestrado em Epidemiologia). Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre (RS), 2016.

PAVÃO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/b4Nyg8BYjDRzDMjnZpdWshB/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 18 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2015.

PEREIRA, R. N.; MUSSI, R. F. F. Acesso e utilização dos serviços de saúde da população negra quilombola: uma análise bibliográfica. **ODEERE**, [S. l.], v. 5, n. 10, p. 280-303, 2020. Disponível em: <<https://periodicos2.uesb.br/index.php/odeere/article/view/6938>>. Acesso em: 20 abril.

2019.

PIKHART, H.; BOBAK, M.; SIEGRIST, J.; PAJAK, A.; RYWIK, S.; KYSHEGYI, J. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. **J Epidemiol Community Health**, v. 55, n. 9, p.624-30, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11511640/>. Acesso em: 25 abril. 2019.

PINHO, P.; ARAÚJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. v. 15, n. 3, p. 560-572, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300010>. Acesso em: 04 de out. 2020.

POSSAS, C. **Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1989.

POSSATTI, I. C.; DIAS, M. R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica [online]**, v. 15, n. 2, p. 293-301, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200007>. Acesso em: 04 de out. 2020.

QUADROS, L. C. M. Transtornos Mentais Comuns e Fatores Contemporâneos: Coorte de Nascimento de 1982. **Rev. Brás. Enferm**, v. 73, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100168&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de julh. 2022.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **An Introduction to R**;2021. Disponível em: <https://cran.rproject.org/doc/manuals/r-release/R-intro.pdf>

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, H. Gênero e Saúde Mental: Uma abordagem epidemiológica. **Análise Psicológica**, v. 3, n.24, p. 439-454, 2007. Disponível em:< <https://doi.org/10.14417/ap.456>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Cien Saúde Colet**, v. 17, n.12, p. 3353-3362, 2012. Disponível: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

RIOLO, S. A.; NGUYEN, T. A.; GREDEN, J. F; KING, C. A. Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. **Am J Public Health**, v.95, n. 6, p. 998-1000, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449298/>>. Acesso em: 12 de nov. 2020.

ROCHA, S. V.; GUIMARÃES, M. M.; ARAÚJO, T. M. de. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.** v.13, n. 4, p. 630-640, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400008>>. Acesso em:12 de nov. 2020.

RODRIGUES, N. **Africanos no Brasil**. (Temas Brasileiros: 40).Brasília: UnB; 1977.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA. M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Med book; 2013.

SADANA, R.; MATHERS, C. D.; LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. J. L.; IBURG, K. M. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. *In*: MURRAY, C. J. L.; SALOMON, J. A.; MATHERS, C. D.; LOPEZ, A. D. **Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications**. Geneva: WHO; p.369-86, 2002.

SAMPAIO; M.C; BARZANO, M. A. L. Culturas e escolas na Matinha dos Pretos: relações tecidas no cotidiano. Rio de Janeiro: **Teias - Impresso**, v. 14, n. 31, p. 62-75, 2013. Disponível em:< <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24328>>. Acesso em: 25 abril. 2019.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319- 324, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>>. Acesso em 12 de out. 2020.

SANTOS, E. G. dos.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>>. Acesso em 24 de out. 2020.

SANTOS, G. B. V.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cad. de Saúde Pública** [online], v. 35, n.11, p. 1-10, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

SANTOS, J. A. F. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc**, v. 26, n. 58, p. 27-55, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092011000100002>>. Acesso em 24 de out. 2020.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M. de. FERNANDES, N. de. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.1, p. 214-222, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>. Acesso em 24 de out. 2020.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M. de.; PINHO, P. S.; SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010. Disponível em: < <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/54>>. Acesso em 24 de out. 2020.

SANTOS, M. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana**. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1979.

SANTOS, M. P. A. dos; GOES, E. F.; SILVA, A. da; SANTOS, A. B. S. dos; BATISTA, L. E. B.; ARAÚJO, E. M. de. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Acesso em: 20 de mar.2021.

SANTOS, R. C. DOS; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014. Disponível em: <Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>. Acesso em: 11 de maio. 2018.

SARACENO, B.; BARBUI, C. Poverty and mental illness. **Can J Psychiatry**, v. 24, n.42, p.285-290, 1997. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9114944/>>. Acesso em: 11 de maio. 2018.

SARDINHA, A. H. D. L.; ARAGÃO, F. B. A.; SILVA, C. M.; RODRIGUES, Z. M. R.; REIS, A. D.; VARGA, I. V. D. Qualidade de vida em idosos quilombolas no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, p. 1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/ncpSTgvKzk4mCpPkHx784Nw/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

SCHOENDORF, K. C.; HOGUE, C. J. R.; KLEINMAN, J. C.; ROWLEY, D. Mortality among infants of black as compared with white college-educated persons. **New England Journal of Medicine**, v. 326, s/n, p. 1522–1526, 1992. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199206043262303>. Acesso em: 08 de jan. 2021.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 2, n. 20, p.71-100, 1995. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência e Saúde Coletiva para a Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

SHAW, J.; APPLEBY, L.; AMOS, T.; MCDONNELL, R.; HARRIS, C.; MCCANN, K.; KIERNAN, K.; DAVIES, S.; BICKLEY, H.; PARSONS, R. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. **BMJ**, v. 8, n.318, p.1240-1244, 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27860/>>. Acesso em:08 de fev. 2018.

SILVA, J. A. N. DA. Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo community in the State of Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 111-124, 2007. Disponível em:< <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7529>>. Acesso em:08 de fev. 2018.

SILVA, P. A. S.; ROCHA, S.V.; SANTOS, L. B.; SANTOS, C. A.; AMORIM, C. R.; VILELA, A. B. A. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639-646, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.12852016>>. Acesso em: 20 abril. 2019.

SILVA, R. A.; MENEZES, J. A. Os significados do uso de álcool entre jovens quilombolas. **Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv**, v. 14, n. 1, p. 493-504, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/scielo.php>>. Acesso em: 02 de jul. 2022.

SILVA, T. R.; MENEZES, P. R. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. **Rev Med**, v. 86, n. 1, p. 28-38, 2007. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/5917008>>. Acesso em: 22 de mar. 2019.

SINGH-MANOUX, A.; MARTIKAINEN, P.; FERRIE, J.; ZINS, M.; MARMOT, M.; GOLDBERG, M. What does self-rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. **J Epidemiol Community Health**. v. 60, n. 4, p.364-372, 2006. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16537356/>>. Acesso em 25 de out. 2020.

SIQUEIRA, A. P. S. Fala aê, mestre: Comunidades Quilombolas, direito à terra e saúde. Revista RADIS, n.p., 2021. Disponível em: < <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/fala-a-e-mestre-comunidades-quilombolas-direito-a-terra-e-saude/>>. Acesso em 22 de mar. 2021.

SMOLEN, J. R.; ARAUJO, E. M. de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>. Acesso em: 25 de out. 2020.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **Uma estrutura conceitual para ação sobre os determinantes sociais da saúde**. Determinantes Sociais da Saúde. Documento de Discussão 2 (Política e Prática). Genebra: OMS, 2010.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 46-85, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 maio. 2022.

SOUZA, M. F. P. Posição socioeconômica, classe e autoavaliação do estado de saúde: aplicação da técnica da análise de correspondência — pesquisa suplementar de saúde da Pnad/2008. **Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política**, v.4, n.1, p.165-184, 2015. Disponível em: <<https://revistaterceiromilenio.uenf.br/index.php/rtm/article/view/110>>. Acesso em 08 de mar. 2016.

STEEL, Z.; MARNANE, C.; IRANPOUR, C.; CHEY, T.; JACKSON, J.W., PATEL, V.,

SILOVE, T. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int J Epidemiol**, v. 43, n.2, p.476-493, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24648481/>. Acesso em: 18 de mar. 2019.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; ESTEVES, M. A. P.; DAMACENA, G. N.; VIACAVA, F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, Suppl 1, p.54-64, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000700007>. Acesso em: 18 de mar. 2019.

TEIXEIRA, T. G.; SAMPAIO, C. A. M. Análise Orçamentária do Programa Brasil Quilombola no Brasil e no Maranhão: o ocaso de uma Política Pública. **Revista de Administração Pública**, v. 53, n. 2, p. 461-480, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/fdMyGGdJDqxHfVxLhX7PMKC/?lang=pt>>. Acesso em: 11 de maio. 2019.

THOMAS, H. W. N. Saúde mental e qualidade do ambiente residencial. **Br J Psiquiatria**, v.191. s/n , p.500-505, 2007. Disponível em:<https://www.uc.pt/fluc/gigs/Publicacoes/Territorio_Saude_Mental_Tempos_Crise.pdf>. Acesso em: 11 de maio. 2019.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. D. Mental illness on contemporary society: conceptual notes on the theory of social determination of the health-disease process. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 4,p. 175-186, 2018. Disponível em:<doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>>. Acesso em: 05 de dez. 2021.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. O papel dos referenciais conceituais na análise epidemiológica: uma abordagem hierárquica. **Int J Epidemiol**, v. 26, n.1, p. 224-227, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9126524/>. Acesso em: : 11 de maio. 2019.

VOLOCHKO, A; BATISTA, L. E. Saúde nos Quilombos. **Temas em Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 1-304, 2009. Disponível em: < <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas09.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2019.

WEICH, S. H. G.; TWIGG, L. L.G. Geographic variation in the prevalence of common mental disorders in Great Britain: a multilevel investigation. **Am J Epidemiol** , v.157, s/n, p.730-737, 2003. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12697577/>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

WERNECK, J. **Saúde da população negra: passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Criola, 2010. Disponível em: <Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/885/80.pdf?sequenc>>. Acesso em: 18 maio 2020.

WHO. **The world health report 2001**. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.

WILLIAMS, D. R.; COLLINS, C. US Socioeconomic and racial differences in health:

Patterns and explanations. **Annual Review of Sociology**, v. 21, s/n, p. 349–386, 1995. Disponível em: <
<https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.so.21.080195.002025>>. Acesso em: 18 maio 2020.

WILLIAMS, D. R.; HERMAN, A.; STEIN, D. J.; HEERINGA, S. G.; JACKSON, P. B.; MOOMAL, H.; KESSLER, R. C. 12-month mental disorders in South Africa: prevalence, use of services and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. **Psychol Med.**, v. 38, n. 2, p. 211-220, 2008. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17903333/>>. Acesso em 26 de out. 2020.

WILLIAMS, D. R.; RUCKER, T. **Socioeconomic Status and the Health of Racial Minority Populations**. Traci Mann and Pamela Kato (eds.), Handbook of Diversity Issues in Health Psychology. New York: Plenum Press; 1996.

WILLIAMS, D. R.; YU, Y.; JACKSON, J. S.; ANDERSON, N. B. Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. **Journal of Health Psychology**, v. 2, n. 3, p. 335-351, 1997. Disponível em: <
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22013026/>>. Acesso em: 25 de out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): *position paper from the World Health Organization*. **Soc Sci Med**, v.41, v. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>. Acesso em: 17 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Mental Health: User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ)**. Geneva; 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health: a state of well-being**; 2018. Disponível: < : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>. Acesso em: 11 de abril. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health: strengthening our response**. Fact sheet 220; 2014. Disponível: < : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>. Acesso em: 11 de abril. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Organization of Mental Health services developing countries: sixteenth report of the who expert committee on mental health**. Geneva; 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>> Acesso em: 20 abril. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2002. Disponível em: <>. Acesso em 18 mar. 2019.

XAVIER, M. S.; TERRA, M. G.; SILVA, C. T.; MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; SILVA, A. A.; FREITAS, F. F. The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 323-329, 2014. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200323&lng=en>. Acesso em: 17 mar. 2019.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e dispositivos. *In*: M. Dimenstein, J. Leite, J. P. Macedo, C. Dantas (orgs.) **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**, 2016, (pp 3-14). São Paulo; Editora Intermeios.