



Artigo
Article

**SAÚDE, EMOÇÕES E COMUNIDADES QUILOMBOLAS:
CONEXÕES E REFLEXÕES PRIMÁRIAS**

*HEALTH, EMOTIONS AND QUILOMBOLA COMMUNITIES: CONNECTIONS AND PRIMARY
REFLECTIONS*

Lázaro Fabrício de França Souza¹
Thiciane de Araújo Rodrigues²

RESUMO: Este ensaio busca refletir, de maneira introdutória, sobre as questões relacionadas à saúde em comunidades quilombolas, com especial atenção à saúde mental e ao impacto das emoções nesse processo. A partir de uma perspectiva social e cultural, discute-se o conceito de saúde mental à luz das condições sociais e históricas vividas por essas comunidades. A saúde é entendida como um estado de bem-estar físico, mental e social, e as emoções emergem como um componente central na experiência de saúde mental. Intenta-se, igualmente, destacar a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e focadas no contexto peculiar das comunidades quilombolas, que enfrentam dificuldades no acesso à saúde. A importância de intervenções que integrem as dimensões emocionais e culturais dessas populações é essencial para a melhoria das condições de saúde mental e o bem-estar geral das comunidades. **Palavras-chave:** Comunidades quilombolas; processo saúde-doença; saúde mental; emoções.

¹ Sociólogo e Professor da Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA. Líder-coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Humanidades e Saúde do Semiárido - NEPHUS. Doutorando em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. E-mail: lazaro.souza@ufersa.edu.br

² Graduada em Letras Língua Portuguesa e Respectivas Literaturas pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Humanidades e Saúde do Semiárido – NEPHUS. E-mail: thicianearaujo0@gmail.com

ABSTRACT: This essay aims to reflect, in an introductory manner, on issues related to health in quilombola communities, with special attention to mental health and the impact of emotions in this process. From a social and cultural perspective, the concept of mental health is discussed in light of the social and historical conditions experienced by these communities. Health is understood as a state of physical, mental, and social well-being, with emotions emerging as a central component in the mental health experience. The essay also seeks to highlight the need for more inclusive public policies that focus on the particular context of quilombola communities, which face challenges in accessing healthcare. The importance of interventions that integrate the emotional and cultural dimensions of these populations is crucial for improving mental health conditions and the overall well-being of the communities. **Keywords:** Quilombola communities; health-disease process; mental health; emotions.

Há pouco mais de 70 anos, no contexto do “pós-guerra”, mais especificamente nos idos de 1946, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) estabelece uma definição de saúde que ultrapassa a ausência de doença. Saúde passa a ser concebida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções ou doenças. Admite-se, portanto, a partir desse momento, a importância de outros elementos e condicionantes, como as dimensões sociais, a título de ilustração. Conquanto se discuta e questione, hodiernamente, essa conceituação de saúde³ e sua validade⁴, ela significou, à época, um avanço relevante.

No que concerne à saúde mental, propriamente falando, a OMS (2013) a considera como parte integrante da saúde e do bem-estar, e tal como aspectos outros da saúde pode ser impactada por uma série de fatores socioeconômicos, que demandam ser abordados através de estratégias abrangentes e que contemplem todas as pessoas. Os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais incluem não apenas características individuais, como aponta a OMS (*ibidem*), como a capacidade de gerenciar emoções, pensamentos, interações com outrem e comportamentos, mas, outrossim, “fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção status social, padrão de vida, condições de trabalho ou suporte social da comunidade”.

Fato é que o sistema cultural de saúde pode se constituir enquanto plataforma privilegiada de entendimento das relações, processos e vivências. LANGDON e WIIK (2010) ressaltam a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde, e incluem as percepções, os conhecimentos e cognições utilizados a fim de definir, classificar, perceber e explicar a o processo saúde-doença.

Cada e todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável. Possuem também classificações acerca das doenças, e essas são organizadas segundo critérios de sintomas, gravidade etc. As suas classificações, tanto quanto os conceitos de saúde e doença, não são universais e raramente refletem as definições biomédicas. Por exemplo, arca caída, cobreiro, quebranto e mau-olhado são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, entretanto, não são reconhecidas ou tratadas pelos (bio)médicos. As classificações dessas

³ Para mais, ver: SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O Conceito de Saúde. Ponto de Vista - Rev. Saúde Pública 31 (5). Out 1997.

⁴ Apesar da eminente relevância, pontua-se, por necessário, que não faz parte dos esforços desse empreendimento ensaístico – ao menos nesse momento – o aprofundamento dessa discussão.

doenças são organizadas segundo critérios próprios, os quais guiam os diagnósticos e terapias, cujos especialistas detêm elementos e materiais para tratá-las e as reconhecer como curadas ou não. (LANGDON, WIIK, 2010)

Scliar (2007) denota que o conceito de saúde reflete uma conjuntura social, econômica, política e cultural, de modo que a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá, pois, da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O que é doença, por sua feita, pode ser encarado por análogo prisma, ou seja, pode sofrer significativa variação. Nessa seara, à feita de Gonçalves (2020), traz-se à baila, como outra significativa fonte de leitura, interpretação e compreensão de mundo, a esfera das emoções e dos sentimentos enquanto práticas sociais, culturalmente definidas.

Introito posto, intenta-se aqui, por meio desse breve ensaio, promover a discussão, em termos introdutórios, da saúde mental – com o auxílio da categoria “emoções” – das comunidades quilombolas. Comunidades quilombolas ou “remanescentes de quilombos”, consonante o Artigo 2º do Decreto nº 4.887/2003, são consideradas “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003). Ao longo de sua história, marcada por elementos deletérios, como exclusão, violências, discriminação, racismo, marginalização e escravização, a população negra permaneceu à margem, com diminuta menção ou interesse do Estado, sem o devido acesso a serviços públicos básicos, e impossibilitados, igualmente, de acessarem os serviços privados, em virtude do alto custo financeiro.

Deve-se destinar especial atenção, entretanto, na atual contextura social, para as novas possibilidades de definição de “quilombo”. Como alerta Cardoso (2010), é preciso cautela e ponderação, uma vez que

[...]retrata-se essa população quase como estacionada no tempo, aspecto severamente criticável e criticado por especialistas no assunto. Por outro lado, é interessante lembrar também que o debate sobre a situação das comunidades remanescentes, na esfera governamental, estende-se por duas décadas, e muitas incompreensões ainda pairam nessa discussão. Intelectuais ligados às universidades, a ONGs, aos movimentos negros e à sociedade civil argumentam no sentido de desvincular a imagem das comunidades quilombolas desse passado distante, porque ela seria problemática, à medida em que gestores e formuladores de políticas públicas têm direcionado suas ações tomando essa imagem como ponto de partida.

Para Ilka Leite (2000), a própria noção de “remanescente”, como algo não mais existente ou em processo de desaparecimento, tal como a de “quilombo”, como unidade estanque, fechada, coesa e igualitária, tornou-se deveras restritiva.

Tal como Silva e Fialho (2020, p. 197), emprega-se aqui a noção antropológica de ‘povos e comunidades tradicionais’, o que enseja compreender as comunidades quilombolas enquanto coletivos, organizados em movimentos sociais, e que “acionam identidades sociopolíticas que extrapolam a categoria analítica de comunidade camponesa”.

Como aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de

mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, tal como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra, e daí vem parte da relevância e justificativa desse pleito. Os números e fatos mostram com clareza o quanto as desigualdades em saúde acometem a população negra, ainda mais contundentes quando se referem às comunidades quilombolas, e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de processos sociais, culturais e econômicos injustos, culminando, amiúde, com condições de vida insalubres.

Assinala Breilh (2006, apud Gonçalves et al., 2018) que a dinâmica dos processos que determinam a saúde, incluindo aí os modos de conviver das populações nos territórios, relações sociais e com o ambiente, processos e condições de trabalho, acesso à educação, qualidade da moradia, entretenimento e lazer, entre outros, poderão se converter em processos sociais caracterizados como “destrutivos” ou “protetores”, favorecendo ou não a produção da saúde e a vida individual ou coletiva.

Os processos de saúde e doença estão relacionados aos modos de convivência dos indivíduos, sendo a saúde, segundo Breilh (2006) e Nogueira (2010, p. 8), um “fenômeno complexo, eminentemente humano e não um fato biológico-natural”. A reprodução social da saúde articula processos sócio-históricos de produção e reprodução social ao longo do qual surgem tensões e conflitos que motivam ações de reparação e transformação, em conformidade com Samaja (2000). (GONÇALVES ET AL., 2018)

Os modos de convivência dos povos e populações tradicionais têm sido amplamente afetados pela negação de direitos básicos, como acesso à terra e demarcação de território, precarização das condições de vida, e até mesmo pela implantação de megaprojetos desenvolvimentistas, como escreve Gonçalves et al (2018), o que introduz processos de vulnerabilização em seus territórios e vidas.

“A vulnerabilização é compreendida aqui como decorrente de um contexto de injustiça ambiental e consiste em processo no qual grupos sociais são afetados do ponto de vista material e simbólico, desenvolvendo agravos à saúde decorrentes da implantação dos empreendimentos nos territórios onde habitam povos e comunidades tradicionais.”

Nesse diapasão, Silva e Fialho (2020) postulam que os confrontos políticos emergentes e atuais tornam visíveis assédios decorrentes da ação dos megaempreendimentos de infraestrutura, sendo que:

as denúncias, manifestações públicas, entre tantas diversificadas formas de ação coletiva emergentes nesse confronto, comunicam um atualizado processo de descaso planejado ao qual essas populações são historicamente submetidas e revelam, sobretudo, um contínuo enredo de violação de direitos de povos tradicionais roteirizado pelo Estado brasileiro.

Esse “enredo” constantemente reiterado, e que tem como um dos protagonistas o Estado, ressona diretamente na saúde e nas condições e modos de vida das populações tradicionais. Gonçalves et al (2018, p. 916-917), em artigo abordando a transposição do rio São Francisco e a saúde do povo pipipã, atestam que a imposição de um novo modelo de desenvolvimento no território Pipipã afetou diretamente “os meios de vida e de trabalho dos índios, e a categoria de agricultor autônomo de subsistência foi transformada

na de trabalhador em uma megaobra nas aldeias cortadas pelo canal do Eixo Leste”. Esses trabalhadores, invisibilizados pelas megaobras desenvolvimentistas, são colocados, para os/as autores/as, num contexto de escolha árdua entre a ausência de opções de trabalho e geração de renda e o emprego nesses novos empreendimentos. Ademais, com efeito, “a transposição do rio São Francisco produziu nova reconfiguração territorial desfavorável à saúde e determinou processos sociais que culminaram em agravos físicos e mentais nos moradores das aldeias cortadas pelo canal do Eixo leste”.

O impacto sobre a saúde mental e os processos de adoecimento nesse sentido eclodem conforme as memórias narradas (*ibidem*):

Os processos de adoecimento mais observados nas aldeias foram os mentais, com destaque para a depressão. Outros processos relatados foram ansiedade, tensão, tristeza, cotidiano de insegurança e de medo, estresse, crises hipertensivas, alergias agudas e crônicas devido à poeira constante e excessiva nas aldeias (decorrente do descumprimento de acordos da transposição de molhar a terra nas proximidades das aldeias) e agravamento de quadros respiratórios pré-existentes.

No caso acima relatado, os/as autores/as (2018, p.917) afirmam que a partir da implantação das obras houve grande aumento do uso de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, principalmente entre os moradores mais idosos, nas aldeias cortadas pelo canal, onde a farmácia natural que existia foi destruída pela obra de transposição.

Sentimentos como tristeza, medo e congêneres reforça, a partir de Mauro Koury, que experiências emocionais singulares, vivenciadas e/ou sentidas são produtos relacionais entre os indivíduos e a cultura e sociedade. “Estas experiências traduzem as alianças produzidas, levando em conta as normas sociais, os costumes, as tradições e as crenças ou convicções em torno das próprias emoções” (2009, p. 09). A socióloga pernambucana Maria de Fátima Santos Araújo (2001), buscando mostrar a indissociabilidade entre o emocional e o racional, elenca Geertz para servir como uma de suas bases, senão vejamos:

A proposta teórico-metodológica de interpretação das culturas desenvolvida por Geertz parte do princípio de que a definição de homem passa por uma redefinição do papel da cultura na vida humana, por considerar que o emocional e o social, e todos os aspectos que envolvem o homem na sua vida cotidiana, são produzidos no mesmo espaço. [...] É nesta direção que a emoção, enquanto categoria central, promove a união de elementos constitutivos da Comunidade e da Sociedade, evitando dessa forma a dicotomia entre indivíduo e sociedade, entre o emocional e o racional, tão indesejada pelas ciências sociais.

Segundo o próprio Geertz, nossas ideias, valores, atos, e até mesmo nossas emoções são, assim como nosso próprio sistema nervoso, produtos culturais. “(...) produtos manufaturados a partir de tendências, capacidades e disposições com as quais nascemos e, não obstante, manufaturados” (1989, p. 62). Interessante notar que a categoria emoções se apresenta nas mais diversas esferas e instâncias da vida, e subsidia, por assim, dizer perspectivas valorativas, interacionais, morais, políticas e simbólicas. Cayo Gonçalves (2020, p. 176) mostra que os conflitos sociais no povo Pitaguary, por exemplo, reconfigurados a partir das disputas entre as duas facções, eram representados pelos indígenas a partir de discursos emocionais. As emoções e a política estariam,

destarte, estreitamente relacionadas, “automodelando as lideranças, suas práticas e performances”.

Os processos, vivências e enfrentamentos que atravessam a vida das comunidades tradicionais estão permeados, portanto, pela esfera emocional e diretamente interligados aos condicionantes e determinantes de saúde e à saúde mental, por conseguinte. As comunidades quilombolas no Brasil, *exempli gratia*, são múltiplas, variadas e se encontram distribuídas em todo o território nacional. Esses condicionantes sociais afetam com maior gravidade as comunidades que se encontram em isolamentos extremos, conforme Batista e Rocha (2019), como aquelas que se fixaram na região Amazônica, por exemplo, face à exígua infraestrutura e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. No contexto brasileiro, refletir e analisar o grau e o impacto da vulnerabilidade social e dos aspectos raciais no adoecimento mental é essencial num país onde as iniquidades em saúde são assustadoras e brutais, e onde 80% da população negra tem como exclusiva fonte e acesso aos serviços de saúde o SUS (BRASIL, 2013), o que aponta para a grande importância de uma atuação efetiva do Estado e para políticas públicas que busquem aplacar os problemas existentes e recorrentes.

Como um esforço articulado para minorar as iniquidades em saúde e minimizar dificuldades e entraves para o acesso à saúde dessa população, e na esteira de proporcionar alguma compensação histórica aos povos quilombolas, medidas governamentais e institucionais, lançadas a partir dos primeiros anos do decênio de 2000, foram adotadas. Nesse bojo, dá-se relevo para a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e ao Programa Brasil Quilombola, que abroham como resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem sobretudo a população negra, incluindo as comunidades quilombolas, e o reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de processos sociais, culturais e econômicos injustos, que culminaram com a marginalização e despossessão desses sujeitos.

Desta forma, a luta para alcançar padrões de equidade étnico-racial e de gênero, na política de saúde do país possui também como objetivo efetivar o direito humano à saúde da população negra. Dentre suas diretrizes, encontra-se a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação de agentes de saúde e no exercício do controle social. Amplia-se, portanto, a participação dos Movimentos Sociais Negros nas instâncias de controle social, além de incentivar a produção de conhecimento em saúde da população negra e fomentar o reconhecimento dos saberes e práticas populares em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nessa perspectiva, as supracitadas políticas aqui pautadas buscam reverter esse cenário no que tange ao processo saúde-doença, conquanto seja imperativo observar, por outro lado, na conjuntura atual, um período de perdas e retrocessos no que se refere às políticas sociais afirmativas. Afinal, não é demais lembrar, a Convenção nº 169 da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais, da qual o Brasil é signatário, é expressa e límpida, ao trazer em seu artigo 2º: “1. Os governos deverão assumir a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade”. Em seu artigo 7º, por sua vez, é clara ao estabelecer que “2. A melhoria das condições de vida e de trabalho e do nível de saúde e educação dos povos interessados, com a sua participação e cooperação, deverá ser prioritária nos planos de desenvolvimento econômico global das regiões onde eles moram”. Frente a isso, cabe

refletir acerca da efetividade dessa atenção à saúde, seu acesso, qualidade e totalidade, e, como postulam Vieira e Monteiro (2013), é necessária atenção extra nesse ínterim, para que as comunidades tenham o direito de escolherem os atendimentos de suas prioridades face às necessidades, tornando-os coparticipes nesse processo, tornando-os “protagonistas”.

REFERÊNCIAS

Araújo, M. F. S. (2001). A emoção e a construção do social. *Revista Política & Trabalho*, 17, 33-45.

Batista, E. C., & Rocha, K. B. (2019). Sentidos e práticas em saúde mental em comunidades quilombolas no estado de Rondônia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(n.spe), e222123, 22-37.

Brasil. (2003). *Decreto no 4887 de 20 de novembro*. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm

Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS* (2ª ed.). Editora do Ministério da Saúde.

Cardoso, L. F. C. (2010). Sobre imagens e quilombos: Notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. *Revista de Estudos e Pesquisa em Educação*, 12(1), 11-20.

Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Zahar.

Gonçalves, C. R. B. (2020). A dimensão micropolítica das emoções e a (re)organização social indígena Pitaguary (CE). *O Público e o Privado*, 35, 1-20.

Gonçalves, G. M. S., et al. (2018). A transposição do rio São Francisco e a saúde do povo Pipipã, em Floresta, Pernambuco. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 909-921.

Koury, M. G. P. (2004). *Introdução à Sociologia da Emoção*. Manufatura / GREM.

Koury, M. G. P. (2009). *Emoções, sociedade e cultura: A categoria de análise emoções como objeto de investigação da Sociologia*. CRV.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: Uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 510-517.

Leite, I. B. (2000). Os Quilombos no Brasil: Questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, IV(2), 333-354.

Organização Internacional do Trabalho [OIT]. (1989). *Convenção nº 169 da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais*. Genebra.

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2013). *Plano de ação sobre saúde mental 2013-2020*. Genebra: OMS.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Ponto de Vista - Revista de Saúde Pública*, 31(5), 432-445.

Silva, W. S., & Fialho, V. (2020). Povos tradicionais e a questão nuclear: Conflitos socioambientais e resistências à central nuclear em Itacuruba. *Revista Antropológicas*, 24(31), 196-219.

World Health Organization [WHO]. (2014). *Basic documents* (48th ed.). WHO.

Cronologia do Processo Editorial *Editorial Process Chronology*

Recebido em: 30/09/2024
Aprovado em: 29/12/2024

Received in: September 30, 2024
Approved in: December 29, 2024