ReGeo ISSN: 2177-3246

# ESTRESSORES RELACIONADOS AO RACISMO E SAÚDE MENTAL QUILOMBOLA: DIÁLOGOS TEÓRICOS PARA PENSAR A AMAZÔNIA

# RACE-RELATED STRESSORS AND QUILOMBOLA MENTAL HEALTH: THEORETICAL DIALOGUES FOR THINKING ABOUT THE AMAZON

# ESTRESORES RELACIONADOS CON EL RACISMO Y LA SALUD MENTAL QUILOMBOLA: DIÁLOGOS TEÓRICOS PARA PENSAR LA AMAZONÍA

https://doi.org/10.56238/revgeov17n11-139

**Data de submissão:** 25/10/2026 **Data de publicação:** 25/11/2026

**Cláudio Afonso Soares**
Doutor em Psicologia Educacional; Mestre em Avaliação Psicológica, com ênfase em Psicologia Escolar; Graduado em Psicologia; Docente do curso de Psicologia
Instituição: Centro Universitário FIEO (UNIFIEO); Universidade São Francisco (USF); Universidade Federal do Pará (UFPA); Faculdade Anhanguera – polo Macapá
E-mail: afonsoclaudiosoares@gmail.com

## RESUMO

Este ensaio analisa as contribuições e os limites do modelo de estressores relacionados à raça apresentado por David R. Williams para a compreensão das relações entre racismo, território e saúde mental quilombola na Amazônia, com atenção ao contexto do Amapá. A elaboração fundamenta-se em leitura teórico-interpretativa do artigo de Williams (2018), em diálogo com referências mobilizadas pelo autor e com estudos brasileiros sobre saúde mental quilombola, racismo institucional e injustiça ambiental. Argumenta-se que a compreensão do sofrimento psíquico requer articular experiências interpessoais de discriminação a mecanismos institucionais, desigualdades territoriais e condições ambientais, sem reduzir a experiência quilombola a uma narrativa de vulnerabilidade. Sustenta-se, ainda, que território, memória, organização coletiva, pertencimento e práticas comunitárias podem constituir recursos de proteção e cuidado. Conclui-se que o modelo de Williams oferece categorias úteis para formular questões de pesquisa e orientar práticas psicossociais, desde que seja situado histórica e politicamente no contexto brasileiro e amazônico.

**Palavras-chave:** Racismo. Saúde Mental. Comunidades Quilombolas. Território. Amazônia.

## ABSTRACT

This essay analyzes the contributions and limitations of the race-related stressors model presented by David R. Williams for understanding the relationships between racism, territory, and mental health in quilombola communities in the Amazon, with attention to the context of Amapá. The elaboration is based on a theoretical-interpretive reading of Williams' (2018) article, in dialogue with references mobilized by the author and with Brazilian studies on quilombola mental health, institutional racism, and environmental injustice. It is argued that understanding psychological suffering requires articulating interpersonal experiences of discrimination with institutional mechanisms, territorial inequalities, and environmental conditions, without reducing the quilombola experience to a narrative of vulnerability. Furthermore, it is maintained that territory, memory, collective organization, belonging, and community practices can constitute protective resources and care. It is concluded that Williams' model offers useful categories for formulating research questions and guiding psychosocial

practices, provided that it is situated historically and politically within the Brazilian and Amazonian context.

**Keywords:** Racism. Mental Health. Quilombola Communities. Territory. Amazon.

**RESUMEN**
Este ensayo analiza las contribuciones y los límites del modelo de estresores relacionados con la raza presentado por David R. Williams para la comprensión de las relaciones entre racismo, territorio y salud mental quilombola en la Amazonia, con atención al contexto de Amapá. La elaboración se fundamenta en una lectura teórico-interpretativa del artículo de Williams (2018), en diálogo con referencias movilizadas por el autor y con estudios brasileños sobre salud mental quilombola, racismo institucional e injusticia ambiental. Se argumenta que la comprensión del sufrimiento psíquico requiere articular experiencias interpersonales de discriminación con mecanismos institucionales, desigualdades territoriales y condiciones ambientales, sin reducir la experiencia quilombola a una narrativa de vulnerabilidad. Se sostiene, además, que el territorio, la memoria, la organización colectiva, el sentido de pertenencia y las prácticas comunitarias pueden constituir recursos de protección y cuidado. Se concluye que el modelo de Williams ofrece categorías útiles para formular preguntas de investigación y orientar prácticas psicosociales, siempre que esté situado histórica y políticamente en el contexto brasileño y amazónico.

**Palabras clave:** Racismo. Salud Mental. Comunidades Quilombolas. Territorio. Amazonia.

## 1 INTRODUÇÃO

A relação entre racismo e saúde mental não pode ser compreendida apenas como consequência de episódios isolados de preconceito ou discriminação. Ela se inscreve em processos sociais que distribuem desigualmente recursos, reconhecimento, proteção e possibilidades de participação. Nessa perspectiva, o racismo pode operar nas interações cotidianas, nas instituições e nas estruturas que organizam as condições de vida de determinados grupos. A distinção entre essas dimensões é relevante porque permite examinar como experiências aparentemente particulares se relacionam a padrões sociais mais amplos de desigualdade (Krieger, 1999; Williams & Mohammed, 2013).

Uma contribuição importante para essa discussão é o modelo do processo de estresse de Pearlin *et al*., (1981). Em vez de tratar o estresse como resposta individual e descontextualizada, os autores o situam em uma cadeia de relações entre condições sociais, exposição a acontecimentos adversos, tensões persistentes, recursos de enfrentamento e consequências para a saúde. Posteriormente, Pearlin *et al*., (2005) aprofundaram essa abordagem ao discutir como desigualdades sociais podem produzir a proliferação de estressores: uma condição adversa pode gerar ou intensificar dificuldades em outros domínios da vida. Essa formulação ajuda a pensar o racismo para além do episódio discriminatório imediato, considerando também seus efeitos acumulados e as condições que mantêm a exposição ao estresse.

A literatura examinada por Williams (2018) indica que experiências de discriminação percebida se associam a diferentes indicadores de saúde física e mental. A meta-análise de Pascoe e Richman (2009), por exemplo, sintetizou estudos sobre discriminação percebida e saúde, examinando possíveis mecanismos psicológicos, fisiológicos e comportamentais relacionados a essa associação. A revisão de Paradies *et al*., (2015), por sua vez, reuniu evidências sobre o racismo como determinante da saúde. Esses trabalhos sustentam a relevância de considerar a discriminação como questão de saúde pública, embora não autorizem tratar todos os grupos, contextos e desfechos como equivalentes.

Williams e Mohammed (2013) propõem ampliar a investigação para além das experiências autorrelatadas de discriminação, incluindo mecanismos institucionais e estruturais que afetam a exposição a riscos e o acesso a recursos. Essa ampliação é decisiva para uma análise territorial: condições de moradia, trabalho, circulação, acesso a serviços e proteção social não são elementos externos à experiência subjetiva, mas podem compor o contexto no qual os estressores se produzem e se acumulam. Estudos discutidos por Williams também abordam a vigilância relacionada ao racismo e sua associação com dificuldades de sono (Hicken *et al*., 2013), bem como a distribuição racialmente desigual de áreas com maior risco de calor em contextos de segregação residencial (Jesdale *et al*., 2013).

É nesse ponto que o diálogo com a realidade quilombola na Amazônia se torna relevante. A discussão proposta neste ensaio considera que saúde mental, território e relações raciais precisam ser analisados conjuntamente, sem reduzir as comunidades quilombolas a grupos definidos apenas por vulnerabilidades. O território também envolve pertencimento, memória, organização coletiva, formas de cuidado e produção de vida. Portanto, uma análise crítica deve examinar tanto as condições que podem produzir sofrimento quanto os recursos individuais e coletivos que participam da proteção e do enfrentamento, dimensão que Williams (2018) identifica como necessária ao avanço da pesquisa sobre racismo e saúde mental.

Williams oferece um ponto de partida ao sistematizar pesquisas sobre estressores relacionados à raça e apontar questões que exigem maior atenção, entre elas a proliferação de estressores associada ao racismo institucional e as experiências ligadas a crises ambientais. Neste ensaio, essas proposições são colocadas em diálogo com a discussão sobre comunidades quilombolas amazônicas. A aproximação é crítica: conceitos e resultados produzidos sobretudo no contexto estadunidense não devem ser transpostos automaticamente para o Brasil, cujas relações raciais, histórias territoriais e formas de reconhecimento dos grupos quilombolas possuem configurações próprias.

O objetivo deste ensaio é analisar as contribuições e os limites do modelo de estressores relacionados à raça discutido por Williams para a compreensão das relações entre racismo, território e saúde mental quilombola na Amazônia, com atenção às especificidades do Amapá. Defende-se que essa análise ganha consistência quando articula experiências de discriminação, mecanismos institucionais e condições territoriais e ambientais, reconhecendo, ao mesmo tempo, os recursos de proteção e as formas coletivas de cuidado construídas pelas comunidades.

## 2 PERCURSO DE ELABORAÇÃO DO ENSAIO

Este texto caracteriza-se como ensaio teórico-crítico. Seu eixo analítico é o artigo de Williams (2018), lido em conjunto com referências mobilizadas pelo próprio autor e com estudos brasileiros selecionados por sua pertinência para o debate sobre saúde mental quilombola, racismo institucional e território. O propósito não é apresentar uma revisão sistemática ou exaustiva da literatura, nem estimar a prevalência de sofrimento mental em comunidades do Amapá. Busca-se interpretar conceitos, aproximar tradições de pesquisa e explicitar questões que possam orientar investigações e práticas futuras.

A análise foi organizada em quatro eixos: a) processo de estresse e desigualdades sociais; b) discriminação, vigilância e proliferação de estressores; c) racismo institucional, território e injustiça ambiental; e d) proteção, cuidado comunitário e implicações para a Psicologia. Essa organização

permite relacionar as contribuições do modelo de Williams à produção brasileira sem apagar diferenças históricas, políticas e metodológicas entre os estudos considerados.

### 2.1 DELIMITAÇÃO CONCEITUAL E ALCANCE DA ANÁLISE

O ensaio adota uma concepção social e histórica de raça. Isso significa que diferenças raciais não são tratadas como atributos biológicos capazes de explicar, por si mesmos, diferenças de saúde. A análise se volta aos processos de racialização, às hierarquias produzidas em relações sociais e às instituições que distribuem oportunidades, riscos e reconhecimento de modo desigual. Williams, Lavizzo-Mourey e Warren (1994) já argumentavam que o conceito de raça deve ser tratado com precisão nas pesquisas em saúde, justamente para evitar que categorias sociais sejam confundidas com explicações biológicas.

A expressão "estressores relacionados à raça" também requer delimitação. Ela não designa uma característica inerente à população negra ou quilombola, mas experiências e condições que podem decorrer de relações raciais desiguais: episódios de discriminação, expectativa de discriminação, exposição a estereótipos, barreiras institucionais e desigual distribuição de recursos. A distinção é importante porque desloca a origem analítica do sofrimento de uma suposta fragilidade individual para as condições sociais que organizam a exposição ao estresse.

A discussão é teórica e não produz estimativas de saúde mental para comunidades do Amapá. Os estudos empíricos citados são mobilizados para demonstrar problemas e mecanismos que podem orientar perguntas de pesquisa, não para presumir que resultados obtidos nos Estados Unidos, em Minas Gerais, na Bahia ou na África do Sul descrevam automaticamente o contexto amapaense. Essa delimitação orienta a leitura das evidências e impede que a comparação entre populações se transforme em generalização indevida.

## 3 RACISMO COMO ESTRESSOR E PROCESSO SOCIAL

O modelo de Pearlin *et al*., (1981) é útil por deslocar a análise do estresse de uma explicação exclusivamente individual. A experiência de estresse está relacionada às posições sociais ocupadas, aos papéis desempenhados, às condições materiais da vida e aos recursos disponíveis para enfrentar adversidades. Nesse enquadramento, o sofrimento não é interpretado como uma resposta isolada de uma pessoa a um acontecimento, mas como parte de um processo situado socialmente.

A noção de proliferação de estressores amplia essa leitura. Pearlin *et al*., (2005) observam que os estressores podem se acumular e se estender entre domínios da vida. Uma condição social adversa pode afetar relações familiares, trabalho, participação comunitária, saúde e acesso a serviços. Turner

(2013), ao discutir a relevância do modelo de processo de estresse para a compreensão das desigualdades em saúde, reforça a importância de relacionar condições estruturais, experiências cotidianas e consequências para o bem-estar.

Williams (2018) aplica essa perspectiva à investigação de estressores relacionados à raça. A discriminação pode constituir um evento agudo, como uma abordagem policial percebida como injusta ou uma recusa de acesso a determinado serviço, mas também pode se manifestar como experiência crônica, repetida em interações cotidianas. O modelo permite considerar que a exposição não se restringe à ocorrência de um ato discriminatório: inclui a antecipação de possíveis episódios, a necessidade de monitorar o ambiente e as repercussões que podem surgir em outros aspectos da vida.

A meta-análise de Pascoe e Richman (2009) oferece uma base importante para compreender a associação entre discriminação percebida e saúde. As autoras examinaram possíveis relações com respostas de estresse psicológico e fisiológico e com comportamentos de saúde. Lewis, Cogburn e Williams (2015), em sua revisão sobre o tema, destacam avanços científicos e controvérsias persistentes na mensuração de experiências autorrelatadas de discriminação. Essa ressalva é metodologicamente relevante: diferenças entre instrumentos, populações, contextos e desfechos exigem cautela ao comparar resultados ou atribuir causalidade.

A discriminação também pode afetar pessoas que não foram diretamente alvo de um episódio, mas que acompanham experiências de racismo dirigidas a integrantes de seu grupo. Heard-Garris *et al*., (2018) revisaram estudos sobre racismo vicário e saúde infantil, indicando a importância de considerar exposições indiretas e intergeracionais. Essa dimensão amplia a análise da experiência racial: notícias, relatos familiares, conteúdos digitais e observação de situações discriminatórias podem participar da percepção de ameaça e pertencimento, embora seus efeitos precisem ser investigados em cada contexto.

A vigilância relacionada ao racismo é outro mecanismo discutido por Williams. Hicken *et al*., (2013) analisaram a vigilância racial e as disparidades em dificuldades de sono. A relevância dessa discussão está em mostrar que a expectativa de discriminação pode exigir atenção contínua ao ambiente. Contudo, esse achado não deve ser interpretado como prova de que toda pessoa racializada vivencia o mesmo tipo de vigilância, nem como evidência direta sobre comunidades quilombolas amazônicas. Sua contribuição, para este ensaio, é oferecer uma hipótese de mecanismo a ser explorada de forma contextualizada.

## 3.1 INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E HETEROGENEIDADE DAS EXPERIÊNCIAS

Um cuidado necessário na discussão sobre raça e saúde mental é não reduzir "saúde mental" a um único indicador. Sintomas de depressão e ansiedade, diagnósticos psiquiátricos, sofrimento psicológico, bem-estar subjetivo, funcionamento cotidiano e acesso a tratamento são dimensões relacionadas, mas não intercambiáveis. Williams (2018) inicia seu argumento assinalando que os padrões raciais encontrados variam conforme o indicador considerado. Estudos nos Estados Unidos apontaram, em alguns grupos, prevalências menores de determinados transtornos ao longo da vida, ao mesmo tempo que registraram episódios mais persistentes, maior gravidade ou maior prejuízo funcional quando o transtorno estava presente (Williams *et al*., 2007). A aparente contradição desaparece quando se distingue ocorrência, curso, gravidade e tratamento.

Esse ponto tem consequência direta para a análise quilombola. Um levantamento de sintomas pode identificar sofrimento em determinado período, mas não explica sozinho como esse sofrimento se relaciona à discriminação, às condições materiais, à história comunitária ou ao acesso a cuidado. Tampouco a ausência de diagnóstico significa ausência de sofrimento. As formas de nomear mal-estar, buscar ajuda e interpretar experiências podem variar entre territórios, gerações, gêneros e tradições de cuidado. Por isso, a mensuração precisa ser acompanhada por investigação contextual, e os resultados quantitativos devem ser interpretados em diálogo com as experiências dos participantes.

A comparação internacional pode ampliar o repertório de perguntas, desde que preserve as diferenças de contexto. O estudo de Moomal *et al*., (2009), realizado na África do Sul, examinou discriminação percebida e transtornos mentais em uma sociedade marcada por história própria de segregação e transformação política. Williams (2018) mobiliza esse tipo de evidência para mostrar que o fenômeno não se limita aos Estados Unidos, mas a comparação não torna equivalentes os regimes raciais, as categorias de classificação ou as trajetórias nacionais. A lição metodológica é comparar mecanismos cuidadosamente, sem equiparar contextos históricos distintos.

## 3.2 DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA, MENSURAÇÃO E INFERÊNCIA

A discriminação percebida é uma dimensão indispensável, mas não esgota o racismo. Questionários podem registrar experiências cotidianas, ser tratado com menos respeito, receber pior atendimento ou ser alvo de suspeição — e episódios mais agudos, como recusa de emprego ou abordagem policial injusta. A contribuição de instrumentos como a Everyday Discrimination Scale foi ampliar a possibilidade de observar exposições que, por muito tempo, ficaram fora das medidas convencionais de estresse. Krieger (1999) já advertia, contudo, que o estudo das consequências da

discriminação depende de decisões conceituais e metodológicas sobre o que será considerado exposição, como será medido e em que período.

Uma resposta negativa a uma pergunta sobre discriminação não demonstra que o racismo esteve ausente. A pessoa pode não reconhecer determinado episódio como racista, pode evitar relatar experiências dolorosas, ou pode interpretar uma situação por meio de categorias diferentes das adotadas pelo pesquisador. No sentido inverso, uma medida de discriminação autorrelatada não permite, isoladamente, identificar todas as causas institucionais de uma desigualdade. Lewis, Cogburn e Williams (2015) destacam que a literatura avançou, mas mantém controvérsias sobre mensuração, temporalidade e explicação dos mecanismos. A pesquisa precisa, portanto, combinar indicadores com perguntas abertas, observação de contextos e análise das práticas institucionais, quando o desenho permitir.

A inferência causal também demanda prudência. Estudos transversais podem identificar associações entre discriminação e sofrimento, mas não estabelecem com segurança a ordem temporal nem descartam explicações concorrentes. Estudos longitudinais ajudam a examinar acumulação e latência; investigações qualitativas esclarecem sentidos, estratégias e circunstâncias; análises institucionais permitem observar regras e padrões de atendimento. Gee, Walsemann e Brondolo (2012) propõem uma perspectiva de curso de vida justamente porque os efeitos do racismo podem depender do momento, da duração, da sequência e da combinação das exposições. Essa abordagem amplia a análise sem supor que todos os efeitos sejam imediatos ou uniformes.

A Figura 1 sintetiza essa compreensão: experiências discriminatórias e condições sociais organizadas por relações raciais podem se conectar, acumular-se e repercutir na saúde, enquanto recursos de proteção podem modificar esses percursos.

Figura 1. Síntese conceitual dos estressores relacionados à raça e seus possíveis percursos para a saúde




Fonte: Elaboração própria, com base em Williams (2018), Pearlin *et al.* (2005) e Gee, Walsemann e Brondolo (2012).

## 4 RACISMO INSTITUCIONAL TERRITÓRIO E PROLIFERAÇÃO DE ESTRESSORES

A análise do racismo institucional desloca o foco do comportamento isolado de indivíduos para normas, práticas e rotinas de organizações que podem produzir tratamento desigual. No campo da saúde, isso inclui diferenças na qualidade do atendimento, barreiras de acesso, invisibilização de demandas e ausência de respostas culturalmente pertinentes. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde e caracteriza o racismo institucional como processo que compromete a atuação dos serviços e o acesso equitativo a seus benefícios (Brasil, 2010).

Williams e Mohammed (2013) defendem que a investigação do racismo e da saúde precisa incluir mecanismos que organizam as oportunidades e exposições de grupos racializados. Essa formulação se aproxima do modelo de proliferação de estressores: desigualdades institucionais podem produzir desvantagens em áreas que se conectam entre si, como renda, moradia, educação, transporte, atendimento em saúde e segurança territorial. Tal abordagem não significa que todas as adversidades vividas por uma comunidade devam ser reduzidas ao racismo; significa que é necessário investigar como hierarquias raciais participam da distribuição dos riscos, dos recursos e da capacidade de resposta do Estado.

No caso das comunidades quilombolas, a questão territorial assume relevância particular porque a relação com a terra integra processos históricos, políticos, culturais e coletivos. O artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias reconhece o direito à propriedade definitiva das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, enquanto o Decreto nº 4.887/2003

regulamenta procedimentos de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação. Esses marcos permitem compreender que a discussão territorial não é um aspecto periférico da saúde: ela se relaciona à segurança, à permanência, à autonomia e às condições de reprodução da vida comunitária.

A literatura sobre injustiça ambiental no Brasil também oferece elementos para esse debate. Porto, Pacheco e Leroy (2013) reuniram casos de conflitos ambientais e de saúde e registraram, entre eles, relatos de pressão territorial e danos ambientais envolvendo a comunidade quilombola do Ambé, no Amapá. Essa documentação deve ser entendida como registro publicado naquele contexto, e não como descrição atualizada da situação da comunidade. Ainda assim, evidencia a pertinência de investigar, no Amapá, como conflitos territoriais, restrições ao acesso a recursos naturais e ações de degradação ambiental podem repercutir nas condições de vida e nas experiências de saúde.

Williams (2018) assinala a necessidade de desenvolver pesquisas sobre experiências estressantes vinculadas a crises ambientais naturais ou produzidas pela ação humana. O autor não apresenta uma teoria específica do racismo ambiental amazônico; indica uma agenda de pesquisa ainda em expansão. O diálogo aqui proposto consiste em aproximar essa agenda da literatura brasileira sobre injustiça ambiental, sem afirmar que estudos sobre segregação urbana e calor nos Estados Unidos (Jesdale *et al*., 2013) possam explicar diretamente experiências quilombolas no Amapá. Eles ajudam a formular questões sobre a distribuição desigual da exposição ambiental, mas as respostas dependem de investigação territorial e histórica própria.

A noção de racismo ambiental pode ser produtiva quando utilizada para analisar a distribuição desigual de danos, riscos e proteção ambiental em contextos atravessados por relações raciais e de poder. Ela perde força, contudo, se for aplicada como rótulo genérico para qualquer problema ambiental. É necessário identificar os processos concretos: quem decide sobre o território, quais grupos suportam os danos, quem tem acesso aos benefícios, como os serviços públicos respondem e quais formas de participação são asseguradas. Essa exigência analítica evita converter uma categoria crítica em explicação automática.

## 4.1 DA DISCRIMINAÇÃO INTERPESSOAL AO RACISMO INSTITUCIONAL

A distinção entre níveis de racismo não deve produzir uma hierarquia que torne as experiências interpessoais irrelevantes ou que reduza o fenômeno à intenção individual. Uma interação discriminatória pode ser vivida diretamente e produzir efeitos emocionais, mas também pode expressar normas e expectativas institucionais mais amplas. Na saúde, por exemplo, a qualidade da escuta, o tempo destinado ao atendimento, as hipóteses diagnósticas consideradas e as condutas recomendadas

podem ser influenciados por estereótipos e por rotinas organizacionais. Smedley, Stith e Nelson (2003) reuniram evidências sobre desigualdades raciais na assistência à saúde nos Estados Unidos; van Ryn *et al*., (2011) discutiram mecanismos pelos quais o racismo pode afetar cognições, comportamentos e decisões clínicas.

Estudos sobre atitudes implícitas de profissionais de saúde também integram a literatura citada por Williams. Sabin *et al*., (2009) examinaram atitudes explícitas e implícitas de médicos em relação à raça e à etnia. Esses resultados não autorizam atribuir conduta racista a todo profissional nem permitem transferir automaticamente seus achados para serviços brasileiros. Eles reforçam, porém, a necessidade de analisar práticas concretas e não apenas declarações de intenção. A equidade no cuidado depende tanto das relações interpessoais quanto de protocolos, fluxos de encaminhamento, disponibilidade de serviços e mecanismos de responsabilização.

Na realidade brasileira, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo e as desigualdades étnico-raciais como determinantes das condições de saúde e propõe o enfrentamento do racismo institucional no SUS (Brasil, 2010). Para as comunidades quilombolas, esse marco precisa ser traduzido em condições efetivas de acesso e acolhimento. A existência formal de uma política não comprova sua implementação local. É necessário investigar se equipes conhecem as diretrizes, se os serviços registram adequadamente o quesito raça/cor, se as comunidades participam da definição das ações e se as respostas consideram barreiras de deslocamento, comunicação e continuidade do cuidado.

Essa discussão também recomenda cautela ao falar de “acesso”. A presença física de uma unidade de saúde não garante acesso oportuno, aceitável e resolutivo. Distância, transporte, custos indiretos, horários, relações de confiança, discriminação percebida e inadequação cultural podem interferir na utilização dos serviços. Quando barreiras se repetem, a experiência de desproteção pode tornar-se um estressor secundário: a procura de cuidado para um problema inicial passa a produzir novas frustrações, adiamentos ou conflitos. Essa possibilidade dialoga com a noção de proliferação de estressores de Pearlin *et al*., (2005), mas sua presença precisa ser demonstrada em pesquisas situadas.

## 5 O QUE A LITERATURA BRASILEIRA PERMITE AFIRMAR

A produção brasileira sobre saúde mental quilombola oferece evidências relevantes, mas não autoriza generalizações sobre todas as comunidades. Batista e Rocha (2020), em revisão publicada naquele ano, identificaram oito estudos que atendiam aos critérios de sua pesquisa e observaram que grande parte deles relacionava condições sociais e econômicas à saúde mental. Os autores também apontaram limitações na qualidade de alguns estudos e lacunas na investigação dos determinantes

sociais. Esse resultado descreve o conjunto de publicações localizado por aquela revisão, não a produção acumulada posteriormente.

Estudos empíricos posteriores ajudam a qualificar o debate. Queiroz *et al*., (2023), em estudo transversal realizado em comunidades rurais do norte de Minas Gerais, encontraram prevalência de 38,7% de transtornos mentais comuns na amostra estudada. Entre as associações observadas estavam sexo feminino, escolaridade, renda familiar, discriminação em serviços de saúde, algumas condições crônicas e autopercepção negativa de saúde. Por se tratar de estudo transversal em comunidades de uma região específica, os resultados não podem ser transferidos para o Amapá, nem demonstram por si só uma relação causal entre discriminação e sofrimento mental. Eles mostram, porém, que a discriminação em serviços de saúde pode ser investigada em conjunto com condições sociais e clínicas.

Barroso, Melo e Guimarães (2014) estudaram rastreamento de depressão e fatores associados em comunidades quilombolas da Bahia. A pesquisa contribui para o debate ao demonstrar a importância de examinar diferenças por sexo e condições de saúde, sem supor uma experiência quilombola homogênea. Dimenstein *et al*., (2020), por sua vez, discutiram desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural, articulando o sofrimento às condições cotidianas e ao contexto social. Em conjunto, esses estudos indicam que a análise da saúde mental quilombola precisa considerar determinantes sociais, discriminação, gênero e formas concretas de vida, e não apenas sintomas individuais.

Para o Amapá, esse conjunto de pesquisas deve ser tratado como referência para a formulação de problemas, não como substituto de dados locais. Estudos sobre comunidades quilombolas de Minas Gerais, Bahia ou Maranhão podem oferecer categorias e hipóteses, mas diferenças de território, organização comunitária, história, acesso aos serviços, deslocamento e relações com o ambiente demandam investigação situada. O estado não deve aparecer somente como cenário ilustrativo de uma teoria construída em outro lugar; precisa ser considerado como contexto de produção de conhecimento.

## 5.1 TERRITÓRIO, CURSO DE VIDA E QUESTÕES PARA O AMAPÁ

O território não é apenas uma localização geográfica onde fatores de risco se distribuem. Ele condensa relações históricas de posse, circulação, trabalho, parentesco, pertencimento e disputa. A literatura sobre segregação residencial nos Estados Unidos mostra como a organização espacial pode influenciar a exposição a riscos e o acesso a recursos, sendo discutida como causa fundamental de desigualdades raciais em saúde (Williams & Collins, 2001). Essa formulação não deve ser aplicada literalmente ao território quilombola amazônico, mas ajuda a formular uma questão pertinente: de que

modo formas históricas de ocupação, reconhecimento e proteção territorial estruturam as possibilidades de viver, cuidar e permanecer?

Sternthal, Slopen e Williams (2011) examinaram o papel do estresse nas disparidades de saúde e destacaram a importância de especificar quais exposições são consideradas, como se acumulam e quais desfechos são analisados. No diálogo com a Amazônia, essa exigência impede que "território" seja usado como explicação ampla e indiferenciada. É necessário descrever processos concretos: mudanças no acesso à água e aos recursos naturais, conflitos fundiários, distância de serviços, eventos climáticos, impactos de atividades econômicas e respostas estatais. Cada processo pode produzir formas distintas de tensão e exigir estratégias de pesquisa próprias.

O registro de conflitos ambientais envolvendo a comunidade quilombola do Ambé, no Amapá, publicado no Mapa de Conflitos de Injustiça Ambiental e Saúde, documentou pressões territoriais e danos ambientais naquele contexto (Porto, Pacheco, & Leroy, 2013). Esse registro é historicamente situado e não deve ser apresentado como diagnóstico atualizado da comunidade. Sua presença neste ensaio indica que há documentação relevante para orientar novas perguntas, mas não substitui atualização de dados, consulta às comunidades nem análise das transformações ocorridas desde a publicação.

Williams (2018) chama atenção para experiências estressantes relacionadas a crises ambientais e para a necessidade de investigar mecanismos ainda pouco compreendidos. No Amapá, isso pode inspirar estudos que examinem não apenas a exposição a eventos ambientais, mas também seus efeitos sobre mobilidade, trabalho, alimentação, vínculos comunitários, segurança territorial e acesso a cuidado. Essa é uma agenda de investigação, não uma conclusão já estabelecida sobre todas as comunidades quilombolas do estado. A distinção entre hipótese e evidência local é central para que o conceito de racismo ambiental mantenha capacidade explicativa e não se converta em rótulo aplicado sem demonstração.

Uma agenda territorial consistente deve ainda reconhecer diferenças internas. Comunidades quilombolas não constituem uma população homogênea: variam em história, composição geracional, formas de organização, atividades econômicas, relações com centros urbanos e experiências de reconhecimento territorial. A análise de gênero e geração, por exemplo, pode revelar distribuições diferentes de trabalho, responsabilidades de cuidado, exposição a discriminação e acesso a recursos. O uso de categorias amplas é útil para identificar relações de poder, mas precisa ser acompanhado de descrição suficiente para que a diversidade entre comunidades não desapareça.

## 6 PROTEÇÃO PERTENCIMENTO E CUIDADO COMUNITÁRIO

A discussão sobre racismo e saúde mental não deve se limitar à identificação de riscos. Williams (2018) aponta a necessidade de compreender melhor recursos protetivos e formas de enfrentamento. No modelo de processo de estresse, recursos pessoais, relações sociais e apoios institucionais podem mediar ou atenuar repercussões adversas (Pearlin *et al.*, 1981; Pearlin *et al.*, 2005). Essa perspectiva evita uma leitura determinista segundo a qual a exposição ao racismo conduziria inevitavelmente ao adoecimento.

No contexto quilombola, é importante não converter pertencimento comunitário, religiosidade, memória ou solidariedade em fatores protetivos automáticos. Esses elementos podem produzir apoio, continuidade cultural e organização coletiva, mas também precisam ser compreendidos a partir das práticas e interpretações de cada comunidade. Uma pesquisa ética e situada não presume quais são os recursos de cuidado; investiga como são nomeados, mobilizados e transformados pelos próprios sujeitos.

Essa cautela também importa para a atuação psicológica. Silva e Santos (2021), ao analisarem a produção sobre Psicologia, políticas públicas e comunidades quilombolas, identificaram poucos estudos voltados à atuação profissional e às políticas de saúde mental nessa área. As autoras defendem a necessidade de formação que considere as especificidades sociais e culturais das comunidades e o compromisso da Psicologia com a redução das desigualdades étnico-raciais. Tal proposição não se resolve com a simples adaptação de técnicas clínicas convencionais: requer escuta, participação comunitária, articulação com políticas públicas e reconhecimento dos conhecimentos locais.

Uma Psicologia comprometida com a saúde mental quilombola precisa deslocar a pergunta exclusiva “o que há de errado com o indivíduo?” para incluir questões sobre as condições em que a vida se realiza: que formas de violência, discriminação e desproteção são vividas; que serviços estão disponíveis; como esses serviços acolhem as demandas; que redes de apoio existem; e que estratégias comunitárias já estão em curso. Isso não elimina a importância da avaliação clínica quando necessária, mas impede que o sofrimento social seja individualizado ou que a identidade quilombola seja tratada como fator patológico.

### 6.1 RECURSOS DE PROTEÇÃO SEM ROMANTIZAÇÃO DA COMUNIDADE

A ênfase em recursos protetivos corrige leituras que descrevem grupos racializados apenas por déficits. No modelo de processo de estresse, relações sociais, recursos materiais, estratégias de enfrentamento e apoios institucionais podem modificar a relação entre exposição e desfecho (Pearlin *et al*., 1981; Pearlin *et al*., 2005). Williams (2018) observa que a pesquisa precisa catalogar e

quantificar recursos protetivos com mais rigor. Isso inclui investigar em quais condições esses recursos estão disponíveis, para quem, com que estabilidade e com quais limites.

LaVeist *et al*., (2014) examinaram relações entre estilo de enfrentamento vigilante, raça e depressão; trabalhos sobre envolvimento religioso e relações familiares também aparecem na discussão de Williams sobre diferenças de saúde mental. Essas pesquisas indicam que estratégias de enfrentamento e vínculos podem ser analisados empiricamente, mas não autorizam generalizar seus resultados às comunidades quilombolas do Amapá. Uma prática religiosa pode produzir apoio para algumas pessoas e não ter o mesmo sentido para outras; uma rede comunitária pode oferecer cuidado, mas também pode ter recursos limitados diante de necessidades complexas.

A valorização do pertencimento, da memória coletiva, da religiosidade e da organização comunitária deve, assim, ser feita sem romantização. Reconhecer saberes e práticas locais não significa supor que as comunidades estejam protegidas de conflitos internos, desigualdades de gênero, sofrimento psíquico ou falta de serviços. Significa que a investigação deve perguntar aos próprios sujeitos quais relações e práticas produzem apoio, quais encontram limites e como desejam articular cuidado comunitário e serviços públicos. O cuidado deixa de ser uma intervenção externa previamente definida e passa a ser uma construção negociada.

Essa orientação tem implicações para a Psicologia. O profissional precisa compreender as condições de vida e as formas locais de organização antes de propor intervenções; construir ações com as comunidades; evitar tratar diferenças culturais como sintomas; e articular atendimento individual, redes coletivas e políticas públicas. Silva e Santos (2021) destacam a escassez de estudos sobre a atuação da Psicologia em comunidades quilombolas e a necessidade de formação que considere suas especificidades. Uma atuação comprometida com direitos exige também reconhecer os limites da própria instituição e participar da construção de respostas intersetoriais quando as demandas ultrapassam o campo clínico.

## 7 CONTRIBUIÇÕES E LIMITES DO DIÁLOGO COM WILLIAMS

O modelo de Williams oferece três contribuições principais para este ensaio. Primeiro, permite organizar a análise em diferentes níveis a saber: interpessoal, institucional, estrutural e cultural sem reduzir o racismo a uma única forma de manifestação. Segundo, aproxima experiências de discriminação do modelo de processo de estresse, tornando possível investigar acumulação e proliferação de estressores. Terceiro, aponta questões ainda insuficientemente estudadas, como os efeitos de crises ambientais e a identificação de recursos de proteção.

Há, entretanto, limites importantes. O artigo de Williams foi produzido a partir de literatura e debates predominantemente centrados nos Estados Unidos. Categorias como raça, grupos étnicos, discriminação e segregação possuem histórias e usos distintos no Brasil. Além disso, a experiência quilombola envolve formas próprias de reconhecimento coletivo e relação territorial que não se deixam reduzir à categoria geral de "população racialmente minoritária". O modelo precisa, portanto, ser colocado em diálogo com a história brasileira da escravidão, do racismo, das políticas de saúde e dos direitos territoriais quilombolas.

Outro limite diz respeito à natureza das evidências. Uma associação entre discriminação percebida e um indicador de saúde não demonstra automaticamente causalidade, assim como a identificação de um mecanismo possível em determinado grupo não comprova sua presença em outro. Estudos transversais, revisões e ensaios teóricos têm capacidades distintas de inferência. O cuidado metodológico exige nomear essas diferenças, evitar generalizações e formular investigações que combinem, quando pertinente, dados epidemiológicos, análise documental, pesquisa qualitativa e participação comunitária.

Por fim, situar a discussão no Amapá exige ir além da transposição de referenciais. É necessário construir pesquisas que investiguem como as comunidades nomeiam saúde, sofrimento, cuidado, território e racismo; como avaliam os serviços disponíveis; e quais dimensões ambientais e institucionais são relevantes em cada localidade. O ensaio não responde empiricamente a essas perguntas. Sua contribuição consiste em organizar um quadro analítico para que elas possam ser formuladas com maior precisão.

## 7.1 UMA AGENDA DE PESQUISA SITUADA PARA A PSICOLOGIA E A SAÚDE COLETIVA

A aproximação crítica entre Williams e a literatura brasileira pode orientar uma agenda de pesquisa em etapas. Uma primeira direção consiste em descrever, com participação comunitária, como diferentes grupos nomeiam discriminação, racismo, sofrimento, cuidado e território. Essa etapa ajuda a evitar que instrumentos desenvolvidos em outros contextos sejam utilizados sem exame de adequação semântica e cultural. Quando escalas forem empregadas, sua aplicação deve ser justificada, e suas limitações de validade para a população estudada precisam ser explicitadas.

Uma segunda direção é investigar processos institucionais: trajetórias de busca por atendimento, encaminhamentos, continuidade do cuidado, registro de raça/cor, experiências de acolhimento e barreiras de acesso. Dados administrativos podem revelar padrões de utilização e desfechos, mas precisam ser interpretados em conjunto com entrevistas, observação e análise documental. A ausência de registro ou o não comparecimento a um serviço não deve ser interpretado

automaticamente como falta de interesse individual; pode refletir barreiras de transporte, horários, confiança, comunicação ou resposta institucional.

Uma terceira direção envolve acompanhar, ao longo do tempo, como estressores e recursos se combinam. Estudos longitudinais e pesquisas participativas podem examinar se conflitos ambientais, mudanças no acesso a recursos, discriminação em serviços e instabilidade territorial se acumulam ou se concentram em determinados períodos da vida. O desenho precisa evitar extrair dados das comunidades sem retorno: resultados, materiais de divulgação e recomendações devem ser compartilhados em formatos acordados com os participantes e as organizações locais.

Por fim, a agenda deve incorporar avaliação de políticas e intervenções. A existência de marcos legais e diretrizes nacionais é indispensável, mas sua efetividade depende de implementação, recursos, formação profissional, participação social e monitoramento. A Psicologia e a saúde coletiva podem contribuir para identificar tanto barreiras quanto experiências de cuidado que já funcionam. Em vez de partir da premissa de que toda resposta precisa ser criada de fora, a investigação pode reconhecer iniciativas comunitárias, compreender suas condições de sustentação e apoiar articulações com a rede pública.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura crítica de Williams permite compreender que os estressores relacionados à raça não se restringem a experiências individuais de discriminação. Eles podem articular-se a mecanismos institucionais, condições estruturais e processos de proliferação que atravessam diferentes domínios da vida. O modelo de processo de estresse de Pearlin e colaboradores ajuda a explicitar essas conexões e a investigar como desigualdades sociais se convertem em exposições adversas e consequências para a saúde.

O diálogo com a literatura brasileira sobre comunidades quilombolas reforça a necessidade de contextualizar essa análise. Estudos realizados em diferentes estados identificaram associações entre sofrimento mental, discriminação, condições socioeconômicas e acesso aos serviços, mas seus resultados são específicos às populações e aos territórios pesquisados. Para o Amapá, essas evidências oferecem referências para a construção de perguntas e hipóteses, não estimativas locais nem conclusões generalizáveis.

A contribuição central deste ensaio é propor que a saúde mental quilombola seja analisada por meio da articulação entre racismo, território, condições ambientais, relações institucionais e recursos de proteção, sem reduzir as comunidades a situações de risco ou sofrimento. Uma agenda de pesquisa situada deve reconhecer a diversidade das experiências quilombolas, incorporar a participação das

comunidades e investigar também as práticas de cuidado e organização coletiva. Para a Psicologia, isso implica fortalecer uma atuação comprometida com direitos, com a escuta contextualizada e com a transformação das condições sociais que participam da produção do sofrimento.

## REFERÊNCIAS

BARROSO, Sabrina Martins; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 35, n. 4, p. 256–263, 2014.

BATISTA, Eraldo Carlos; ROCHA, Katia Bones. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Interações, Campo Grande, v. 21, n. 1, p. 35–50, 2020. DOI: 10.20435/inter.v21i1.2149.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, art. 68.

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. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 21 nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. Amazônica: Revista de Antropologia, v. 12, n. 1, p. 205–229, 2020.

GEE, Gilbert C.; WALSEMANN, Katrina M.; BRONDOLO, Elizabeth. A life course perspective on how racism may be related to health inequities. American Journal of Public Health, v. 102, n. 5, p. 967–974, 2012. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300666.

HEARD-GARRIS, Nia J. *et al.* Transmitting trauma: a systematic review of vicarious racism and child health. Social Science & Medicine, v. 199, p. 230–240, 2018.

HICKEN, Margaret T. *et al.* “Every shut eye, ain’t sleep”: the role of racism-related vigilance in racial/ethnic disparities in sleep difficulty. Race and Social Problems, v. 5, n. 2, p. 100–112, 2013.

JESDALE, Bill M.; MORELLO-FROSCH, Rachel; CUSHING, Lara. The racial/ethnic distribution of heat risk-related land cover in relation to residential segregation. Environmental Health Perspectives, v. 121, n. 7, p. 811–817, 2013.

KRIEGER, Nancy. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. International Journal of Health Services, v. 29, n. 2, p. 295–352, 1999.

LAVEIST, Thomas A.; THORPE, Roland J.; PIERRE, Geraldine; MANCE, GiShawn A.; WILLIAMS, David R. The relationships among vigilant coping style, race, and depression. Journal of Social Issues, v. 70, n. 2, p. 241–255, 2014.

LEWIS, Tené T.; COGBURN, Courtney D.; WILLIAMS, David R. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. Annual Review of Clinical Psychology, v. 11, p. 407–440, 2015.

MOOMAL, Hashim *et al.* Perceived discrimination and mental health disorders: the South African Stress and Health Study. South African Medical Journal, v. 99, n. 5, pt. 2, p. 383–389, 2009.

PARADIES, Yin *et al.* Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, v. 10, n. 9, e0138511, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0138511.

PASCOE, Elizabeth A.; RICHMAN, Laura S. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. Psychological Bulletin, v. 135, n. 4, p. 531–554, 2009. DOI: 10.1037/a0016059.

PEARLIN, Leonard I. *et al.* Stress, health, and the life course: some conceptual perspectives. Journal of Health and Social Behavior, v. 46, n. 2, p. 205–219, 2005.

PEARLIN, Leonard I.; MENAGHAN, Elizabeth G.; LIEBERMAN, Morton A.; MULLAN, Joseph T. The stress process. Journal of Health and Social Behavior, v. 22, n. 4, p. 337–356, 1981.

PORTO, Marcelo Firpo; PACHECO, Tania; LEROY, Jean Pierre (org.). Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

QUEIROZ, Patrícia de Sousa Fernandes *et al.* Transtornos mentais comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 6, p. 1831–1841, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023286.15022022.

SABIN, Janice A.; NOSEK, Brian A.; GREENWALD, Anthony G.; RIVARA, Frederick P. Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, v. 20, n. 3, p. 896–913, 2009.

SILVA, Maria Gisele Alexandre da; SANTOS, Elisabete Figueroa dos. Dos (des)encontros entre Psicologia, políticas públicas e comunidades quilombolas: reflexões a partir de uma revisão de literatura. Revista da ABPN, v. 13, n. 38, p. 345–366, 2021. DOI: 10.31418/2177-2770.2021.v13.n.38.p345-366.

SMEDLEY, Brian D.; STITH, Adrienne Y.; NELSON, Alan R. (ed.). Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: National Academies Press, 2003.

STERNTHAL, Michelle J.; SLOPEN, Natalie; WILLIAMS, David R. Racial disparities in health: how much does stress really matter? Du Bois Review: Social Science Research on Race, v. 8, n. 1, p. 95–113, 2011. DOI: 10.1017/S1742058X11000087.

TURNER, R. Jay. Understanding health disparities: the relevance of the stress process model. Society and Mental Health, v. 3, n. 3, p. 170–186, 2013.

VAN RYN, Michelle *et al.* The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. Du Bois Review: Social Science Research on Race, v. 8, n. 1, p. 199–218, 2011. DOI: 10.1017/S1742058X11000191.

WILLIAMS, David R. *et al.* Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean Blacks, and non-Hispanic Whites: results from the National Survey of American Life. Archives of General Psychiatry, v. 64, n. 3, p. 305–315, 2007.

WILLIAMS, David R. Stress and the mental health of populations of color: advancing our understanding of race-related stressors. Journal of Health and Social Behavior, v. 59, n. 4, p. 466–485, 2018. DOI: 10.1177/0022146518814251.

WILLIAMS, David R.; COLLINS, Chiquita. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. Public Health Reports, v. 116, n. 5, p. 404–416, 2001. DOI: 10.1093/phr/116.5.404.

WILLIAMS, David R.; LAVIZZO-MOUREY, Risa; WARREN, Rueben C. The concept of race and health status in America. Public Health Reports, v. 109, n. 1, p. 26, 1994.

WILLIAMS, David R.; MOHAMMED, Selina A. Racism and health I: pathways and scientific evidence. American Behavioral Scientist, v. 57, n. 8, p. 1152–1173, 2013. DOI: 10.1177/0002764213487340.