

DETERMINANTES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL NA APS EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caroline Silva Manguiera Maciel¹;

E-mail: carolmaciel00@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4711-2336>

Flávio José de Girão Lima²;

E-mail: flaviogiraodelima@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-9100-7559>

Maria Lúcia Soares da Mota³;

E-mail: renatamotta2008@gmail.com

Claudiangela Pinheiro de Sousa⁴;

E-mail: claudiangelapinheiro@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-3399-4976>

Francisca Selma de Souza Girão⁵;

E-mail: selmasgirao@hotmail.com

Katyna Bezerra Andrade⁶;

E-mail: katynablau@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-70003-0746>

Veranaisa de Lima Brasil⁷.

E-mail: veranaisalima@yahoo.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-6877-5935>

RESUMO: **Introdução:** A saúde mental constitui um desafio relevante para a saúde pública, especialmente em populações historicamente vulnerabilizadas, como as comunidades quilombolas rurais. Nesses territórios, desigualdades socioeconômicas e raciais, barreiras geográficas e limitações no acesso aos serviços especializados podem influenciar a ocorrência e a persistência do sofrimento psíquico. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo relatar a experiência de cuidado em saúde mental desenvolvida junto à comunidade quilombola Serra Feia, localizada no município de Cacimbas, Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva, elaborado a partir da atuação médica na Atenção Primária à Saúde entre janeiro e abril de 2026. As ações compreenderam atendimentos clínicos, visitas domiciliares, atividades comunitárias, rodas de

conversa e aplicação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC). **Resultados e discussão:** Foram avaliados 80 usuários adultos distintos acompanhados pela Unidade Básica de Saúde Mariano Bernardino. Entre os participantes, 26 (32,5%) apresentaram rastreio positivo para TMC, manifestados predominantemente por ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono e queixas somáticas, frequentemente associadas às vulnerabilidades do território. Em parte dos atendimentos, o sofrimento emocional foi inicialmente expresso por meio de sintomas físicos inespecíficos. A utilização do SRQ-20 contribuiu para ampliar a identificação de demandas subjetivas, enquanto as rodas de conversa e as ações de educação em saúde favoreceram espaços de diálogo, acolhimento e fortalecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade. A religiosidade, a espiritualidade, o suporte familiar e as relações comunitárias também se destacaram como possíveis recursos de enfrentamento. **Conclusão:** Conclui-se que o cuidado em saúde mental em comunidades quilombolas rurais requer abordagem integral, territorializada e culturalmente sensível, fundamentada na escuta qualificada, no acompanhamento longitudinal e na compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde. A experiência reafirma o papel estratégico da Estratégia Saúde da Família na identificação das necessidades, na coordenação do cuidado e na ampliação da visibilidade das demandas de saúde mental da população quilombola.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Comunidade quilombola. Atenção Primária à Saúde. Determinantes sociais da saúde. Estratégia de Saúde Nacionais.

SOCIAL DETERMINANTS AND MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE IN A QUILOMBOLA COMMUNITY: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Mental health is a relevant public health challenge, particularly among historically vulnerable populations, such as rural quilombola communities. In these territories, socioeconomic and racial inequalities, geographic barriers, and limited access to specialized services may influence the occurrence and persistence of psychological distress. **Objective:** This study aimed to report the experience of mental health care developed within the Serra Feia quilombola community, located in the municipality of Cacimbas, Paraíba, Brazil. **Methodology:** This is a descriptive and reflective experience report based on medical practice in Primary Health Care between January and April 2026. The activities included clinical consultations, home visits, community-based interventions, conversation circles, and the application of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as a complementary tool for clinical listening and the screening of common mental disorders. **Results and discussion:** A total of 80 distinct adult users followed by the Mariano Bernardino Primary Health Care Unit were assessed. Among the participants, 26 (32.5%) screened positive for common mental disorders (CMD), manifested predominantly by anxiety, persistent sadness, sleep disturbances, and somatic complaints, frequently associated with vulnerabilities in the territory. In some consultations, emotional distress was initially expressed through nonspecific physical symptoms. The use of the SRQ-20 contributed to the identification of subjective demands, while conversation circles and health

education activities fostered dialogue, welcoming practices, and stronger bonds between the healthcare team and the community. Religiousness, spirituality, family support, and community relationships also emerged as potential coping resources. **Conclusion:** It is concluded that mental health care in rural quilombola communities requires a comprehensive, territory-based, and culturally sensitive approach grounded in attentive listening, longitudinal follow-up, and an expanded understanding of the social determinants of health. The experience reaffirms the strategic role of the Family Health Strategy in identifying needs, coordinating care, and increasing the visibility of the mental health demands of the quilombola population.

KEYWORDS: Mental health. Quilombola community. Primary Health Care. Social determinants of health. National Health Strategies.

INTRODUÇÃO

A saúde mental constitui uma dimensão fundamental do bem-estar individual e coletivo, configurando-se como questão prioritária no campo da saúde pública. Desde o início dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde tem destacado a magnitude dos transtornos mentais e seus impactos sobre a qualidade de vida, a autonomia e a participação social das pessoas afetadas (WHO, 2002). Dados mais recentes indicam que aproximadamente 1,1 bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental em 2021, correspondendo a quase uma em cada sete pessoas no mundo, com elevada frequência dos transtornos ansiosos e depressivos (WHO, 2025).

Os transtornos mentais constituem importante causa de morbidade e podem apresentar evolução crônica e incapacitante, produzindo sofrimento psíquico, repercussões funcionais e maior vulnerabilidade social, além de frequentemente coexistirem com outros agravos à saúde.

No campo da Saúde Coletiva, o processo saúde-doença não pode ser compreendido de maneira isolada ou exclusivamente biológica, uma vez que os indivíduos estão inseridos em contextos econômicos, políticos, sociais, culturais e territoriais que interferem diretamente nas formas de vivenciar e enfrentar o adoecimento (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Essa perspectiva assume especial relevância quando se consideram as comunidades quilombolas, historicamente submetidas a desigualdades sociais, raciais e territoriais e a dificuldades relacionadas à infraestrutura, ao saneamento básico, ao acesso aos serviços de saúde e à efetivação de direitos sociais. Nesse cenário, o fortalecimento de políticas públicas e da Estratégia Saúde da Família mostra-se essencial para a promoção da equidade e para a construção de respostas adequadas às necessidades específicas desses territórios.

A relação entre vulnerabilidade social e sofrimento psíquico evidencia que condições econômicas desfavoráveis, menores níveis de escolaridade, limitações das redes de apoio social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde podem contribuir para maior exposição aos problemas de saúde mental. Na Atenção Primária à Saúde, esse sofrimento pode manifestar-se por meio de fadiga, irritabilidade, dificuldades de concentração e memória, alterações do sono, queixas somáticas, ansiedade e tristeza persistente, nem sempre verbalizadas espontaneamente pelos usuários, o que reforça a importância da escuta qualificada, do vínculo e da compreensão ampliada das condições de

vida da população acompanhada.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde desempenha papel estratégico na identificação das necessidades de saúde mental e na construção de práticas de cuidado compatíveis com as especificidades do território. Por meio da Estratégia Saúde da Família, podem ser desenvolvidas ações de acolhimento, escuta qualificada, acompanhamento longitudinal, educação em saúde e articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Essa atuação torna-se particularmente importante em comunidades rurais e socialmente vulnerabilizadas, nas quais barreiras geográficas e estruturais podem dificultar o acesso aos serviços especializados de saúde mental.

Como recurso complementar, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) pode contribuir para o rastreamento de transtornos mentais comuns e para a identificação de manifestações de sofrimento psíquico que nem sempre são relatadas espontaneamente. Por não possuir finalidade diagnóstica, entretanto, seus resultados devem ser associados à avaliação clínica e à compreensão das condições sociais, culturais e familiares dos usuários.

Apesar da relevância dessa problemática, ainda existem lacunas na compreensão das relações entre os determinantes sociais da saúde e a saúde mental das populações quilombolas, especialmente quanto às formas pelas quais essas condições se manifestam no cotidiano dos usuários acompanhados pelos serviços locais. Na experiência assistencial desenvolvida na comunidade quilombola Serra Feia, adscrita à Unidade Básica de Saúde Mariano Bernardino, foram identificadas demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e dificuldades de acesso ao cuidado especializado, além de manifestações como ansiedade, alterações do sono, tristeza persistente e dificuldades psicossociais relacionadas às condições de vida. Essa realidade evidenciou a necessidade de compreender o sofrimento para além das manifestações clínicas, considerando os fatores sociais, econômicos, culturais e territoriais relacionados às experiências de adoecimento da população.

A realização deste trabalho justifica-se, portanto, pela necessidade de ampliar a visibilidade das demandas de saúde mental de uma comunidade historicamente vulnerabilizada e de contribuir para a reflexão acerca de práticas assistenciais humanizadas, integrais e culturalmente sensíveis. A análise da experiência pode favorecer o planejamento de ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos e acompanhamento longitudinal que considerem as particularidades históricas, sociais, religiosas e comunitárias da população quilombola. Também se mostra relevante para o campo da Medicina de Família e Comunidade, ao evidenciar o papel da Atenção Primária na identificação precoce das necessidades, na construção de vínculos, na coordenação do cuidado e na promoção da equidade em contextos de vulnerabilidade social e territorial.

Diante desse cenário, parte-se da seguinte questão norteadora: de que forma os determinantes sociais da saúde influenciam o sofrimento psíquico dos usuários da comunidade quilombola Serra Feia acompanhados pela Atenção Primária à Saúde? Complementarmente, busca-se compreender como as práticas de acolhimento, escuta qualificada, educação em saúde e fortalecimento dos vínculos comunitários podem contribuir para estratégias de cuidado em saúde mental compatíveis com a realidade sociocultural dessa população.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de cuidado em saúde mental desenvolvida junto à comunidade quilombola Serra Feia no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando as manifestações de sofrimento psíquico, os determinantes sociais envolvidos e as estratégias de cuidado desenvolvidas no território.

METODOLOGIA

O presente trabalho caracteriza-se como um relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva, elaborado a partir da sistematização de vivências profissionais desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Os relatos de experiência constituem uma modalidade relevante de produção do conhecimento, pois possibilitam articular situações observadas na prática assistencial com referenciais teóricos, contribuindo para a análise crítica da realidade, para a ampliação das discussões acadêmicas e para o aperfeiçoamento das práticas em saúde (Antunes *et al.*, 2024).

A experiência pode ser compreendida como um processo de apreensão e interpretação das vivências, situado no contexto social e histórico em que os sujeitos estão inseridos. Nessa perspectiva, a prática assistencial não se restringe à execução de procedimentos, mas constitui um espaço de construção de significados e de compreensão das relações estabelecidas entre os indivíduos, os serviços de saúde e o território (Heidegger, 1988).

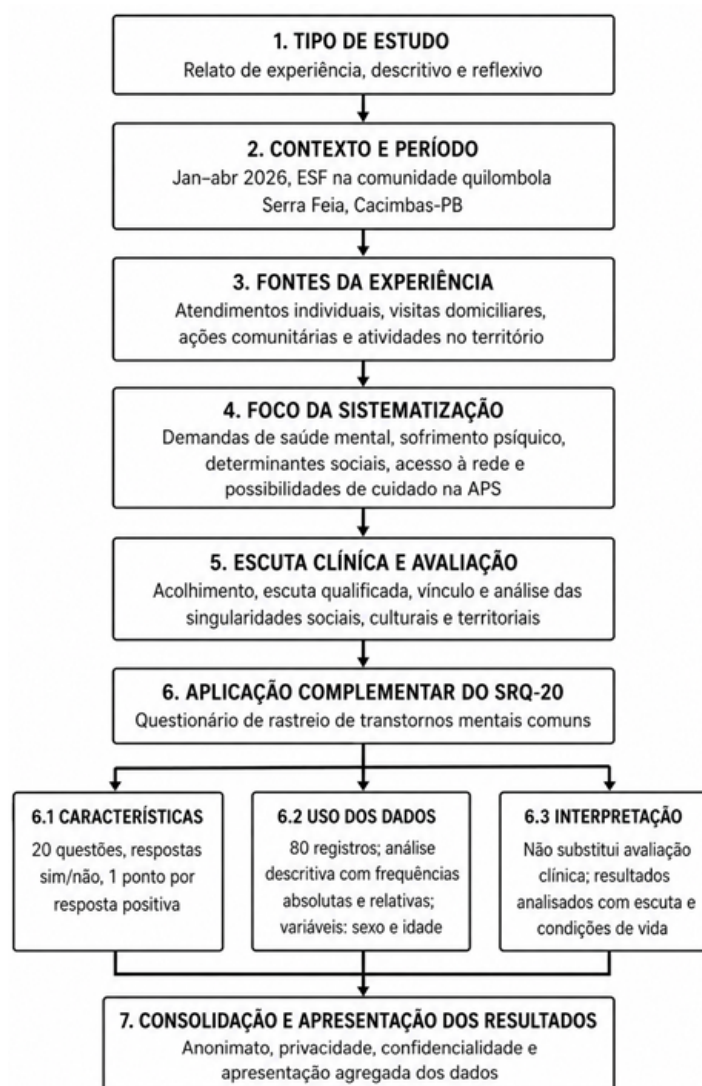
Para que o relato de experiência contribua efetivamente para a produção científica, sua elaboração não deve limitar-se à descrição cronológica das atividades realizadas. Torna-se necessário sistematizar as situações observadas, delimitar o contexto da experiência e desenvolver uma análise crítica fundamentada em referenciais teóricos pertinentes. Esse processo confere maior consistência metodológica, epistemológica e reflexiva ao estudo (Minayo, 2012).

A experiência foi desenvolvida entre janeiro e abril de 2026, durante a atuação médica na Estratégia Saúde da Família junto à comunidade quilombola Serra Feia, localizada na zona rural do município de Cacimbas, no sertão paraibano. Foram consideradas as situações observadas em atendimentos individuais, visitas domiciliares, ações comunitárias e demais atividades realizadas no território.

A sistematização da experiência concentrou-se nas demandas relacionadas à saúde mental identificadas no cotidiano assistencial, especialmente nas manifestações de sofrimento psíquico, na influência dos determinantes sociais da saúde, nas barreiras de acesso aos serviços especializados e nas possibilidades de cuidado desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Também foram considerados aspectos relacionados ao acolhimento, à escuta qualificada, à construção de vínculo e às singularidades sociais, culturais e territoriais da comunidade acompanhada.

A organização metodológica do estudo compreendeu quatro etapas principais: contextualização do cenário assistencial, identificação e sistematização das demandas observadas no território, utilização do SRQ-20 como recurso complementar à escuta clínica e análise reflexiva dos achados à luz da literatura científica. Para facilitar a visualização dessas etapas, elaborou-se um fluxograma representativo do percurso metodológico adotado no estudo, apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas do estudo.



Fonte: O próprio autor (2026).

Como recurso complementar à escuta clínica, foi utilizado o SRQ-20 em atendimentos realizados durante o período analisado, especialmente em consultas de rotina e em situações nas quais a avaliação clínica indicava a necessidade de rastreamento de sofrimento psíquico. Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, o SRQ-20 é empregado no rastreamento de transtornos mentais comuns, incluindo manifestações relacionadas ao humor depressivo e ansioso, à redução da energia vital, às queixas somáticas e às dificuldades cognitivas (Mari; Williams, 1986).

O instrumento é composto por 20 questões objetivas, com respostas dicotômicas correspondentes às opções “sim” ou “não”, considerando sintomas apresentados nos 30 dias anteriores à aplicação. Cada resposta afirmativa equivale a um ponto, permitindo a obtenção de um escore entre zero e 20 pontos. Por se tratar de um instrumento de rastreamento, o SRQ-20 não estabelece diagnóstico clínico específico, devendo seus resultados ser interpretados em conjunto com a avaliação profissional e com a análise das condições de vida dos usuários (Santos; Araújo; Oliveira, 2009).

Para a classificação dos resultados, adotou-se o ponto de corte 7/8, conforme proposto por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Foram classificados como negativos os escores iguais ou inferiores a sete pontos e como positivos os escores iguais ou superiores a oito pontos. Nesse critério, o estudo de validação identificou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% para o rastreamento de transtornos mentais comuns.

Foram consideradas 80 aplicações do SRQ-20. Os dados foram sistematizados por meio de análise descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas, além da caracterização segundo sexo e idade. A utilização do instrumento não substituiu a avaliação clínica nem determinou, isoladamente, a definição de condutas ou encaminhamentos. Seus resultados foram interpretados em conjunto com a escuta qualificada, a avaliação das condições de vida e a análise das necessidades individuais dos usuários.

No Brasil, o SRQ-20 é amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas e em estudos desenvolvidos no contexto da Atenção Primária à Saúde, apresentando evidências de validade para o rastreamento de transtornos mentais comuns em diferentes populações (Santos et al., 2010). Estudos internacionais também demonstram propriedades psicométricas satisfatórias em contextos comunitários e em serviços de atenção primária, embora o desempenho do instrumento e os pontos de corte possam variar conforme as características da população avaliada (Netsereab *et al.*, 2018).

Durante a elaboração do relato, foram preservados o anonimato, a privacidade e a confidencialidade das informações relacionadas aos usuários acompanhados. Os dados foram apresentados de forma agregada, sem a inclusão de informações que permitissem a identificação individual, em conformidade com os princípios éticos aplicáveis à sistematização de experiências assistenciais.

A UBS Mariano Bernardino está inserida em uma área rural de ampla extensão territorial, vinculada à comunidade quilombola Serra Feia, localizada no município de Cacimbas, no sertão paraibano. A equipe da Estratégia Saúde da Família acompanha 996 pessoas, distribuídas em 328 famílias. A população adscrita apresenta condições socioeconômicas heterogêneas, limitações estruturais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, especialmente à assistência especializada.

A localização da comunidade e sua relação com a área urbana do município são apresentadas na Figura 2. A representação cartográfica contribui para contextualizar as barreiras territoriais enfrentadas pelos moradores e pela equipe de saúde no acompanhamento longitudinal dos usuários.

Figura 2 – Localização da comunidade quilombola Serra Feia no município de Cacimbas-PB.



Fonte: Google Maps (2026).

A UBS Mariano Bernardino constitui o principal ponto de referência assistencial para a população acompanhada no território. Sua inserção em área rural favorece a proximidade entre a equipe e a comunidade, mas também evidencia desafios relacionados à infraestrutura local e à articulação com outros serviços da rede de atenção. A Figura 3 apresenta a estrutura física da unidade de saúde.

Figura 3 – Unidade Básica de Saúde Mariano Bernardino, comunidade quilombola Serra Feia, Cacimbas-PB.



Fonte: Acervo do autor (2026).

O deslocamento no território é dificultado pela presença de estradas não pavimentadas, terrenos acidentados e distâncias consideráveis em relação à zona urbana. Essas características interferem no acesso aos serviços especializados em saúde mental, concentrados fora da comunidade. Parte dos usuários depende do transporte disponibilizado pelo poder público para realizar consultas, avaliações e acompanhamentos em outros pontos da rede assistencial.

A comunidade apresenta formas próprias de organização social, forte identidade cultural e trajetória histórica marcada pela resistência. Esses elementos devem ser considerados na compreensão das percepções, vivências e estratégias de enfrentamento relacionadas ao processo saúde-doença. As relações comunitárias, o suporte familiar e as práticas religiosas também se destacam como componentes relevantes das redes locais de apoio social.

As condições observadas no território devem ser analisadas à luz dos determinantes sociais da saúde. Comunidades quilombolas podem estar expostas a desigualdades históricas e raciais, vulnerabilidades socioeconômicas, barreiras geográficas e limitações no acesso aos serviços especializados. Esses fatores podem dificultar a continuidade do cuidado e ampliar a exposição a condições associadas ao sofrimento psíquico, especialmente às manifestações relacionadas aos transtornos mentais comuns (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No período compreendido entre janeiro e abril de 2026, foram consideradas 80 aplicações do SRQ-20 realizadas durante atendimentos na Atenção Primária à Saúde. O conjunto analisado foi composto por 65 registros correspondentes a pessoas do sexo feminino e 15 registros referentes a pessoas do sexo masculino. A idade dos usuários avaliados variou entre 18 e 61 anos. Essas informações permitiram caracterizar o perfil sociodemográfico das aplicações e contextualizar os resultados do rastreamento de transtornos mentais comuns apresentados nas seções subsequentes.

O relato de experiência foi construído a partir das vivências assistenciais desenvolvidas junto aos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família na comunidade quilombola Serra Feia, no contexto dos atendimentos realizados na UBS Mariano Bernardino e das atividades desenvolvidas no território. As reflexões apresentadas decorreram da observação clínica, da escuta qualificada e do acompanhamento longitudinal realizados no cotidiano da Atenção Primária à Saúde.

A população assistida foi constituída por 80 usuários adultos distintos, com idades entre 18 e 61 anos, de ambos os sexos. A inclusão ocorreu de forma não probabilística, por conveniência, considerando os usuários atendidos no período analisado que apresentaram demandas relacionadas à saúde mental durante consultas individuais, visitas domiciliares, ações de promoção da saúde ou momentos de acolhimento.

Entre as manifestações observadas durante a prática assistencial, destacaram-se queixas relacionadas ao sofrimento emocional, sintomas ansiosos, alterações do sono, tristeza persistente e dificuldades psicossociais associadas às condições de vida no território. Essas manifestações foram consideradas no processo de escuta clínica e na avaliação das necessidades de cuidado em saúde mental.

A experiência assistencial descrita neste trabalho foi desenvolvida entre janeiro e abril de 2026, durante a atuação profissional na Estratégia Saúde da Família vinculada à UBS Mariano Bernardino, junto à comunidade quilombola Serra Feia. Nesse período, foram realizadas atividades assistenciais no espaço da unidade de saúde e no território, incluindo atendimentos individuais, visitas domiciliares, ações de promoção da saúde e momentos de acolhimento.

As observações e os dados apresentados foram sistematizados a partir do acompanhamento longitudinal dos usuários e das situações identificadas no cotidiano da Atenção Primária à Saúde ao longo do período analisado.

Durante a prática assistencial, o SRQ-20 foi utilizado como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de transtornos mentais comuns. Sua aplicação ocorreu em atendimentos realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, considerando a identificação de demandas relacionadas ao sofrimento psíquico durante consultas individuais, visitas domiciliares e momentos de acolhimento.

O SRQ-20 é composto por 20 questões objetivas, com respostas dicotômicas correspondentes às opções “sim” ou “não”, referentes às manifestações apresentadas nos 30 dias anteriores à aplicação. Cada resposta afirmativa equivale a um ponto, permitindo a obtenção de um escore entre zero e 20 pontos. Os itens contemplam sintomas relacionados ao humor depressivo e ansioso, à redução da energia vital, às queixas somáticas e às dificuldades cognitivas (Santos; Araújo; Oliveira, 2009).

Para a interpretação dos resultados, adotou-se o ponto de corte 7/8, conforme proposto por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Foram classificados como negativos os escores iguais ou inferiores a sete pontos e como positivos os escores iguais ou superiores a oito pontos. O rastreio positivo indica a presença de sinais sugestivos de transtornos mentais comuns, mas não corresponde, isoladamente, a um diagnóstico clínico.

Por essa razão, os resultados do SRQ-20 foram interpretados em conjunto com a avaliação clínica, a escuta qualificada e a análise das condições sociais, culturais e emocionais vivenciadas pelos usuários. O instrumento não substituiu a avaliação profissional nem determinou automaticamente a definição de condutas ou encaminhamentos.

Além da aplicação do SRQ-20, foram consideradas as informações obtidas durante o acolhimento, a construção de vínculo e o acompanhamento longitudinal dos usuários. Nos casos em que foram identificadas necessidades de cuidado, as condutas foram definidas conforme a intensidade, a persistência e a complexidade das manifestações apresentadas. Essas estratégias incluíram o acompanhamento pela equipe de Saúde da Família e, quando pertinente, a articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial, incluindo os CAPS.

Durante as ações desenvolvidas no território, foram realizadas rodas de conversa com os usuários da comunidade quilombola Serra Feia. As atividades foram orientadas pelos princípios da educação em saúde, do acolhimento e da valorização das experiências comunitárias. Também foram consideradas as demandas identificadas durante os atendimentos individuais, as visitas domiciliares e os momentos informais de escuta vinculados às atividades da Estratégia Saúde da Família.

As rodas de conversa foram conduzidas a partir de um roteiro temático flexível, elaborado de acordo com as necessidades observadas no território. Foram abordados temas relacionados ao sofrimento emocional, às dificuldades vivenciadas no cotidiano, às estratégias de enfrentamento, à religiosidade, ao suporte familiar e comunitário e ao autocuidado em saúde mental. A utilização de um roteiro aberto possibilitou adaptar as discussões às experiências apresentadas pelos participantes, preservando o caráter dialógico das atividades.

Os principais eixos temáticos utilizados para orientar as rodas de conversa estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Eixos temáticos utilizados nas rodas de conversa.

Eixo temático	Aspectos abordados
Sofrimento emocional	Ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono, sobrecarga emocional e dificuldades cotidianas
Estratégias de enfrentamento	Autocuidado, organização da rotina, apoio familiar e redes comunitárias
Religiosidade e espiritualidade	Fé, práticas religiosas, construção de esperança e fortalecimento subjetivo
Suporte social	Relações familiares, vínculos comunitários e espaços de apoio presentes no território
Acesso ao cuidado	Acolhimento, acompanhamento pela equipe de Saúde da Família e possibilidades de articulação com a rede assistencial

Fonte: O próprio autor (2026).

As rodas de conversa constituem uma estratégia relevante para a construção compartilhada do conhecimento, pois favorecem a participação dos usuários e a troca de experiências. Essa abordagem contribui para que os participantes assumam uma postura ativa, reflexiva e crítica diante das questões que atravessam sua realidade, fortalecendo práticas de cuidado mais humanizadas (Sampaio *et al.*, 2014).

As atividades foram desenvolvidas com base nas tecnologias leves do cuidado, com ênfase na escuta qualificada, na construção de vínculo, no respeito à subjetividade e na valorização das singularidades culturais da comunidade. Os espaços coletivos de diálogo buscaram ampliar a compreensão sobre as demandas de saúde mental presentes no território e favorecer a aproximação entre a equipe de saúde e os usuários.

A experiência assistencial compreendeu ações voltadas à identificação, ao acolhimento e ao acompanhamento de usuários com demandas relacionadas à saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde. As intervenções foram integradas à rotina da Estratégia Saúde da Família e incluíram atendimentos individuais realizados na UBS Mariano Bernardino, visitas domiciliares e atividades coletivas de educação em saúde desenvolvidas no território.

O SRQ-20 foi aplicado a usuários adultos selecionados de forma não probabilística, por conveniência, durante atendimentos realizados no período analisado. A utilização do instrumento ocorreu em consultas de demanda espontânea e em visitas domiciliares destinadas a usuários com limitações de acesso à unidade em decorrência de outras condições clínicas. O questionário foi

empregado como recurso complementar à escuta clínica, sem substituir a avaliação profissional ou estabelecer diagnóstico específico.

A partir das demandas identificadas nos atendimentos e dos resultados obtidos por meio do SRQ-20, foram sistematizados temas considerados relevantes para a elaboração das ações comunitárias. As atividades foram desenvolvidas por meio de rodas de conversa realizadas na sala de espera da unidade de saúde, nos dias 20 de fevereiro, 11 de março, 22 de abril e 24 de abril de 2026. As ações contaram com a participação de profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família, favorecendo uma abordagem multiprofissional e integrada.

As rodas de conversa foram organizadas com base em um roteiro temático flexível, elaborado de acordo com as necessidades observadas no território. Foram abordados aspectos relacionados aos transtornos mentais comuns, incluindo alterações persistentes do humor, ansiedade, irritabilidade, alterações do sono, redução do interesse pelas atividades cotidianas, dificuldades de concentração e manifestações somáticas. Também foram apresentadas orientações sobre a importância de buscar avaliação profissional diante de sinais de agravamento ou de situações que comprometessem a segurança, a autonomia e o funcionamento cotidiano dos usuários.

As atividades coletivas tiveram caráter educativo e não substituíram o atendimento individual. Aos usuários que manifestaram necessidade de aprofundamento das questões discutidas, foi ofertado atendimento reservado e sigiloso, com avaliação clínica direcionada às demandas apresentadas. Quando pertinente, foram definidos acompanhamento longitudinal pela equipe de Saúde da Família, discussão compartilhada dos casos e articulação com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

As intervenções também incluíram orientações gerais sobre autocuidado em saúde mental, como manutenção de rotina de sono adequada, prática regular de atividade física conforme as condições individuais, alimentação equilibrada, fortalecimento das redes de apoio e acompanhamento periódico em saúde. Também foram discutidos os impactos relacionados ao uso de tabaco, álcool e outras substâncias, com incentivo à busca de suporte profissional quando necessário.

Durante as ações, foram consideradas as particularidades sociais, culturais e territoriais da comunidade quilombola. A religiosidade e a espiritualidade foram reconhecidas como possíveis recursos de enfrentamento e fortalecimento subjetivo quando valorizadas pelos próprios usuários, respeitando-se a diversidade de crenças, práticas e escolhas individuais.

A experiência permitiu reconhecer a relevância da Atenção Primária à Saúde como espaço estratégico para a identificação oportuna de demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e para a construção de práticas de cuidado integrais, longitudinais e culturalmente sensíveis.

O presente estudo foi desenvolvido em conformidade com os princípios éticos aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos, com preservação do anonimato, da privacidade e da confidencialidade das informações relacionadas aos participantes. Os dados foram apresentados exclusivamente de forma agregada, sem a inclusão de nomes, iniciais ou outras informações que permitissem a identificação individual dos usuários.

A aplicação do SRQ-20 ocorreu no contexto da prática assistencial desenvolvida na Atenção Primária à Saúde. Para fins deste trabalho, foram sistematizadas informações referentes a 80 usuários adultos distintos, considerando as variáveis sexo, idade e classificação do rastreamento para transtornos mentais comuns. A utilização desses dados restringiu-se aos objetivos propostos pelo estudo, mantendo-se o sigilo das informações assistenciais.

A pesquisa encontra-se vinculada ao projeto guarda-chuva da Universidade Federal do Ceará, intitulado “Estudo sobre a formação em Medicina de Família e Comunidade a distância e seus impactos na saúde pública”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme CAAE nº 91948525.0.0000.5050. A utilização das informações neste trabalho deve permanecer restrita ao escopo e aos procedimentos éticos previstos no protocolo aprovado.

Foram observados os princípios estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, especialmente no que se refere à proteção dos participantes, à confidencialidade dos dados e ao respeito à dignidade, à autonomia e à privacidade das pessoas envolvidas (Brasil, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção apresenta os resultados observados durante a experiência assistencial desenvolvida na comunidade quilombola Serra Feia, articulando os achados do rastreamento em saúde mental pelo SRQ-20 às vivências clínicas, às visitas domiciliares, às ações educativas e às estratégias de cuidado desenvolvidas no território. Por se tratar de um relato de experiência no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os resultados são discutidos à luz dos determinantes sociais da saúde, das tecnologias leves do cuidado e da importância das práticas educativas e dialógicas na promoção da saúde mental em populações historicamente vulnerabilizadas. Durante os atendimentos realizados na UBS Mariano Bernardino, nas visitas domiciliares e nas ações desenvolvidas no território, foram observadas manifestações frequentes de ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono, somatizações e dificuldades psicossociais associadas às condições de vulnerabilidade presentes na comunidade.

No cotidiano da prática clínica, verificou-se que o sofrimento psíquico não poderia ser compreendido exclusivamente a partir de uma perspectiva biológica. As manifestações emocionais apresentavam relação frequente com as condições concretas de vida dos usuários, incluindo insegurança econômica, isolamento territorial, limitações estruturais, sobrecarga familiar e dificuldades de acesso aos serviços especializados. Além disso, experiências históricas de exclusão social surgiram de forma recorrente nos relatos dos moradores. Essas observações reforçam a centralidade dos determinantes sociais na compreensão do adoecimento mental, sobretudo em populações historicamente vulnerabilizadas (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A experiência também evidenciou a influência do racismo estrutural e das desigualdades historicamente constituídas sobre a saúde mental da população quilombola. Ao longo do acompanhamento longitudinal, observou-se que o sofrimento emocional não estava relacionado

apenas às privações materiais, mas também aos processos de invisibilização social, exclusão histórica e restrição do acesso a direitos fundamentais. Esse cenário encontra respaldo na literatura, que aponta maior exposição das populações negras e quilombolas a fatores associados ao sofrimento psíquico em decorrência da reprodução estrutural das desigualdades raciais e sociais no país (Silva, 2005; Batista; Rocha, 2020).

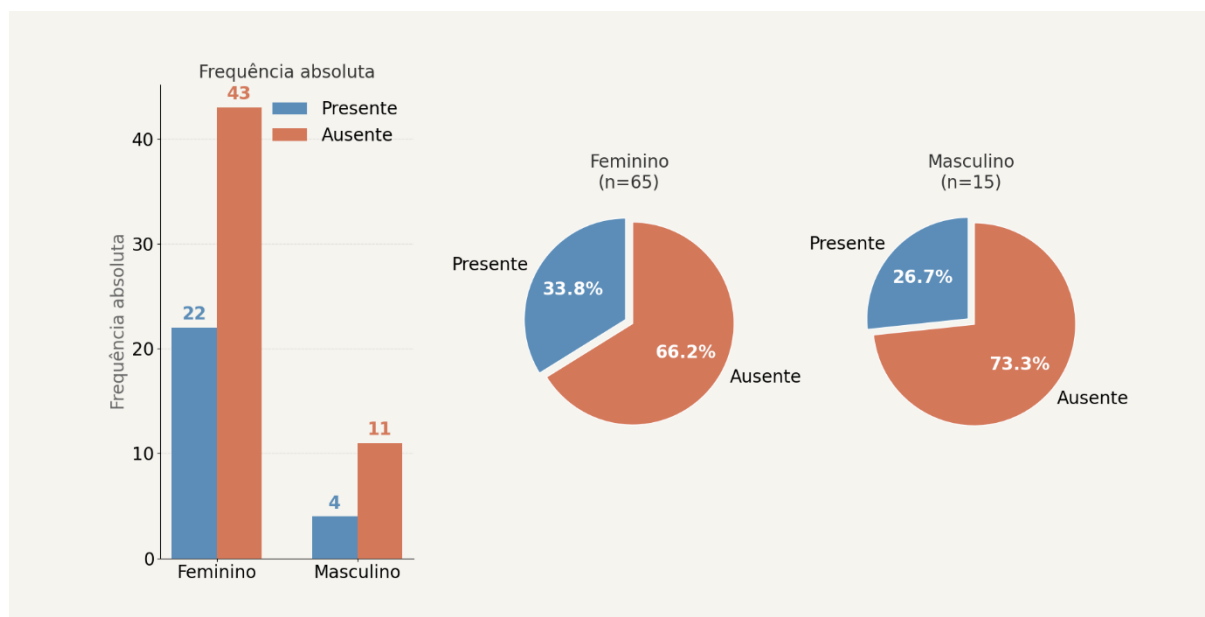
Outro aspecto relevante foi a presença de sofrimento emocional frequentemente silencioso ou pouco verbalizado. Muitos usuários procuravam a UBS por queixas físicas inespecíficas, como dores crônicas, fadiga, cefaleia e alterações do sono. A partir da escuta qualificada e da construção gradual do vínculo terapêutico, foi possível identificar manifestações subjacentes de sofrimento psíquico. Essa observação evidencia o papel estratégico da APS na identificação precoce das demandas de saúde mental, especialmente em territórios com acesso limitado à assistência especializada.

Nesse contexto, o SRQ-20 foi utilizado como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de transtornos mentais comuns. O questionário não possui finalidade diagnóstica, mas contribui para identificar sinais sugestivos de sofrimento psíquico e qualificar a abordagem clínica. Sua aplicação favoreceu a identificação de manifestações emocionais que nem sempre eram verbalizadas espontaneamente pelos usuários, ampliando a compreensão das necessidades subjetivas presentes no território (Mari; Williams, 1986; Santos; Araújo; Oliveira, 2009).

Foram avaliados 80 usuários adultos distintos por meio do SRQ-20. Para a classificação dos resultados, adotou-se o ponto de corte 7/8, conforme proposto por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008). Foram considerados negativos os escores iguais ou inferiores a sete pontos e positivos os escores iguais ou superiores a oito pontos. Entre os usuários avaliados, 26 apresentaram rastreio positivo para transtornos mentais comuns, correspondendo a 32,5% do total. Os demais 54 usuários apresentaram resultado negativo, equivalentes a 67,5% da população assistida.

Quanto à distribuição por sexo, 65 participantes eram do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Entre as mulheres, 22 apresentaram rastreio positivo, representando 33,8% desse grupo, enquanto 43 apresentaram resultado negativo, equivalentes a 66,2%. Entre os homens, foram identificados quatro rastreios positivos, correspondentes a 26,7% do grupo, e 11 resultados negativos, equivalentes a 73,3%. A distribuição dos resultados segundo o sexo está apresentada na Figura 6.

Figura 6 – Distribuição dos resultados do SRQ-20 segundo o sexo dos usuários avaliados (n = 80).

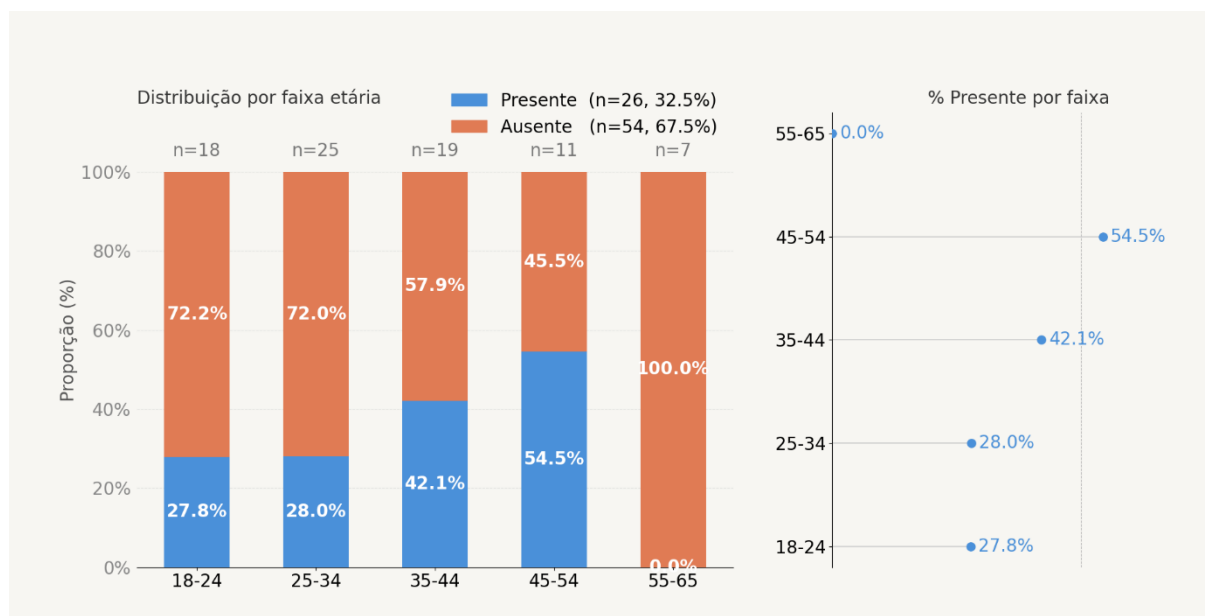


Fonte: O próprio autor (2026).

Embora tenha sido observada maior proporção de rastreios positivos entre as mulheres, essa diferença deve ser interpretada com cautela, considerando a assimetria entre os tamanhos dos grupos e o número reduzido de participantes do sexo masculino. Além disso, por se tratar de uma análise descritiva, os resultados não permitem estabelecer associação estatística entre sexo e rastreio positivo para transtornos mentais comuns.

Em relação à faixa etária, a maior proporção de rastreios positivos foi observada entre os usuários de 45 a 54 anos, grupo no qual 54,5% dos participantes apresentaram resultado positivo. Na faixa etária de 35 a 44 anos, a proporção foi de 42,1%. Entre os usuários de 25 a 34 anos e de 18 a 24 anos, os resultados positivos corresponderam a 28,0% e 27,8%, respectivamente. Não foram identificados rastreios positivos entre os usuários de 55 a 65 anos. A distribuição dos resultados segundo a faixa etária está apresentada na Figura 7.

Figura 7 – Distribuição dos resultados do SRQ-20 segundo a faixa etária dos usuários avaliados (n = 80).



Fonte: O próprio autor (2026).

A distribuição dos resultados por faixa etária sugere maior frequência de rastreios positivos entre os usuários de 35 a 54 anos, especialmente no grupo de 45 a 54 anos. Entretanto, esses achados devem ser interpretados com prudência, uma vez que algumas faixas etárias apresentam número reduzido de participantes. A ausência de resultados positivos entre os usuários de 55 a 65 anos, por exemplo, não permite concluir que o sofrimento psíquico seja inexistente nesse grupo. Os dados descrevem exclusivamente o perfil dos participantes avaliados no período analisado.

Embora a maioria dos usuários tenha apresentado resultado negativo, a identificação de rastreio positivo em aproximadamente um terço da população assistida constitui um achado relevante. Esse resultado reforça a importância da escuta qualificada e do acompanhamento longitudinal na APS, sobretudo porque as manifestações emocionais podem estar associadas a queixas inespecíficas ou permanecer pouco verbalizadas. A interpretação dos resultados do SRQ-20 deve ocorrer em conjunto com a avaliação clínica e com a análise das condições sociais, culturais e familiares dos usuários, uma vez que o instrumento não substitui a avaliação profissional nem determina isoladamente a definição de condutas ou encaminhamentos.

Para além dos atendimentos individuais, das visitas domiciliares e da aplicação do SRQ-20, a experiência também contemplou uma ação educativa em formato de roda de conversa, voltada à promoção da saúde mental no território. A atividade possibilitou abordar, de maneira dialogada, temas como ansiedade, tristeza persistente, alterações do sono, sofrimento emocional, autocuidado, rede de apoio, espiritualidade e busca por ajuda na Atenção Primária à Saúde. A roda de conversa favoreceu a participação dos usuários, a troca de experiências e a construção coletiva de sentidos sobre o sofrimento psíquico, permitindo que as demandas subjetivas fossem expressas em um espaço de escuta, acolhimento e valorização dos saberes comunitários (Oliveira *et al.*, 2021; Germani *et al.*, 2018).

Essa estratégia mostrou-se especialmente relevante por romper com uma lógica educativa verticalizada, centrada apenas na transmissão de informações, e aproximar-se de uma prática dialógica e participativa. No contexto da comunidade quilombola Serra Feia, a roda de conversa permitiu reconhecer que o sofrimento mental não se manifesta apenas por sintomas verbalizados diretamente, mas também por queixas físicas, silenciamentos, experiências de sobrecarga familiar, insegurança social e vivências históricas de exclusão. Assim, a ação educativa contribuiu para ampliar a compreensão dos usuários sobre saúde mental, reduzir estigmas e fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

A experiência pode ser compreendida à luz das tecnologias do cuidado em saúde, especialmente das tecnologias leves, compreendidas como aquelas que se expressam no acolhimento, na escuta qualificada, no vínculo, na responsabilização e na produção de autonomia (Merhy, 2004; Franco; Merhy, 2012). Nesse sentido, a roda de conversa não se limitou a uma atividade educativa pontual, mas configurou-se como uma tecnologia leve do cuidado, pois produziu encontro, escuta e compartilhamento de experiências entre profissionais e usuários. Essa dimensão relacional foi fundamental para qualificar o cuidado em saúde mental na APS, sobretudo em um território marcado por vulnerabilidades sociais, barreiras de acesso e necessidades subjetivas frequentemente pouco verbalizadas.

A religiosidade, a espiritualidade e as relações comunitárias também se destacaram como recursos de enfrentamento e proteção psicossocial. Observou-se que a fé, as práticas religiosas e o suporte familiar e comunitário eram frequentemente mobilizados diante das adversidades cotidianas. Esses elementos contribuíam para o fortalecimento subjetivo, a construção de esperança e o enfrentamento do sofrimento emocional. Tais observações apontam para a necessidade de práticas de cuidado culturalmente sensíveis, capazes de reconhecer e respeitar as singularidades da população quilombola. A literatura indica que o envolvimento religioso pode estar associado a melhores indicadores de saúde mental, especialmente em contextos marcados por situações de estresse. Essa dimensão pode ser considerada na prática clínica e nas ações de cuidado, desde que sejam respeitadas as preferências, as crenças e as escolhas individuais dos usuários (Moreira-Almeida; Lotufo Neto; Koenig, 2006).

Quanto à organização da assistência, foram identificadas limitações importantes no acesso à Rede de Atenção Psicossocial. As barreiras geográficas e a distância em relação aos serviços especializados dificultavam a continuidade do acompanhamento em saúde mental. Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família configurava-se como o principal dispositivo de acolhimento das demandas psicossociais da população e, em determinadas situações, como o ponto de atenção mais acessível aos usuários. Essa realidade evidencia o papel estratégico da APS na coordenação do cuidado em territórios marcados por vulnerabilidades sociais e restrições de acesso aos serviços especializados.

A experiência também possibilitou refletir sobre a relevância das tecnologias leves do cuidado na construção de práticas assistenciais integrais e humanizadas. O acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo longitudinal, o respeito às singularidades culturais e a valorização das experiências comunitárias mostraram-se fundamentais para o fortalecimento da relação entre a equipe de saúde e os

usuários. Esses recursos favoreceram a identificação das demandas subjetivas presentes no território e contribuíram para a continuidade do cuidado.

As ações de educação em saúde e os momentos de diálogo realizados na comunidade apresentaram potencial para ampliar a compreensão dos usuários sobre o sofrimento psíquico, fortalecer o autocuidado e reduzir o estigma associado à saúde mental. Intervenções construídas a partir das necessidades concretas do território tendem a favorecer maior aproximação entre o serviço de saúde e a comunidade, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a promoção da saúde mental.

Dessa forma, a experiência demonstra que o cuidado em saúde mental na APS requer uma abordagem ampliada, territorializada e culturalmente sensível, especialmente em comunidades quilombola rurais submetidas a vulnerabilidades sociais persistentes. Para além da identificação de sintomas e da realização de encaminhamentos, é necessário compreender o sofrimento psíquico em suas dimensões histórica, social, cultural e subjetiva. Essa perspectiva contribui para o fortalecimento de práticas assistenciais orientadas pelos princípios da integralidade, do vínculo longitudinal e da equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de experiência possibilitou analisar o cuidado em saúde mental desenvolvido junto à comunidade quilombola Serra Feia, localizada no município de Cacimbas, no sertão paraibano. A vivência assistencial evidenciou a influência dos determinantes sociais, culturais, raciais e territoriais sobre o sofrimento psíquico da população acompanhada no contexto da Atenção Primária à Saúde.

As demandas relacionadas à saúde mental mostraram-se frequentes no cotidiano da Estratégia Saúde da Família e apresentaram relação com condições de vulnerabilidade social, limitações socioeconômicas, barreiras territoriais e dificuldades de acesso aos serviços especializados. Também foram identificadas manifestações de sofrimento emocional pouco verbalizadas, frequentemente expressas por meio de sintomas físicos inespecíficos, alterações do sono, ansiedade, tristeza persistente e somatizações. Esses achados reforçam a importância da escuta qualificada, da sensibilidade clínica e da construção de vínculo longitudinal para o reconhecimento das necessidades subjetivas dos usuários.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde destacou-se como espaço estratégico para o acolhimento, a identificação oportuna das demandas e o acompanhamento contínuo em saúde mental, especialmente em territórios rurais com acesso limitado à Rede de Atenção Psicossocial. As tecnologias leves do cuidado, incluindo acolhimento, escuta qualificada, vínculo e responsabilização compartilhada, mostraram-se relevantes para a construção de práticas assistenciais integrais, humanizadas e compatíveis com as especificidades da comunidade.

A experiência também permitiu reconhecer a religiosidade, a espiritualidade e as relações comunitárias como possíveis recursos de enfrentamento e proteção psicossocial. Esses elementos devem ser considerados nas práticas de cuidado quando valorizados pelos próprios usuários,

respeitando-se a diversidade de crenças, experiências e escolhas individuais. Essa abordagem contribui para a elaboração de estratégias culturalmente sensíveis e territorialmente adequadas.

A utilização do SRQ-20 mostrou-se pertinente como instrumento complementar à escuta clínica e ao rastreamento de transtornos mentais comuns. Sua aplicação contribuiu para ampliar a identificação de sinais sugestivos de sofrimento psíquico que nem sempre eram apresentados espontaneamente durante os atendimentos. Entretanto, o cuidado em saúde mental não se restringe à aplicação de instrumentos de rastreamento. Ele exige avaliação clínica, acompanhamento longitudinal, compreensão ampliada do processo saúde-doença e articulação com os diferentes pontos da rede assistencial.

Dessa forma, o trabalho contribui para ampliar a visibilidade das demandas de saúde mental presentes em comunidades quilombolas rurais e reforça a necessidade de fortalecer políticas públicas orientadas pelos princípios da equidade, da integralidade e da territorialização. Também reafirma o papel da Medicina de Família e Comunidade e da Estratégia Saúde da Família na construção de práticas comprometidas com o cuidado longitudinal, com o respeito às singularidades socioculturais e com a redução das desigualdades que atravessam o processo saúde-doença.

Como perspectiva para estudos futuros, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos quantitativos e qualitativos capazes de aprofundar a compreensão das demandas de saúde mental em comunidades quilombolas rurais. Estudos longitudinais podem contribuir para avaliar a evolução dos sinais sugestivos de transtornos mentais comuns ao longo do tempo e a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Também se mostram pertinentes investigações sobre a relação entre sofrimento psíquico, barreiras territoriais, racismo estrutural, religiosidade e redes comunitárias de apoio, bem como avaliações de intervenções educativas e estratégias de acompanhamento desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família. A ampliação desse campo de investigação pode subsidiar práticas assistenciais e políticas públicas mais equitativas, territorializadas e culturalmente sensíveis.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Jeferson *et al.* Como escrever um relato de experiência de forma sistematizada? Contribuições metodológicas. **Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo**, [S. l.], v. 6, e12517, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47149/pemo.v6.e12517>. Acesso em: 1 jun. 2026.
- BATISTA, Eraldo Carlos; ROCHA, Kátia Bones. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações**, Campo Grande, MS, v. 21, n. 1, p. 35-50, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>. Acesso em: 1 jun. 2026.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 1 jun. 2026.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 1 jun. 2026.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Cartografias do trabalho e cuidado em saúde**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

GERMANI, Alessandra Regina Müller et al. **Roda de conversa sobre as práticas de educação em saúde com um grupo de acadêmicos do curso de Medicina**. Revista Docência do Ensino Superior, v. 8, n. 1, 2018.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flávio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>. Acesso em: 1 jun. 2026.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1988.

MARI, Jair de Jesus; WILLIAMS, Paul. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, Cambridge, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>. Acesso em: 1 jun. 2026.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 1 jun. 2026.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000300018>. Acesso em: 1 jun. 2026.

NETSEREAB, Tesfit Brhane *et al.* Validation of the WHO Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. **International Journal of Mental Health Systems**, London, v. 12, art. 61, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0242-y>. Acesso em: 1 jun. 2026.

OLIVEIRA, Márcia Farsura de et al. **Roda de conversa em um ambulatório público**: o papel da atenção primária na educação popular em saúde. Research, Society and Development, v. 10, n. 13, 2021.

SAMPAIO, Juliana *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes

de. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes *et al.* Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul./set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54>. Acesso em: 1 jun. 2026.

SILVA, Maria Lúcia da. Racismo e os efeitos na saúde mental. *In*: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (org.). **Seminário saúde da população negra**: Estado de São Paulo 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 129-132.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation**: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Acesso em 1 de jun de 2026.