

## Transtornos Mentais Comuns em quilombolas rurais do Norte de Minas Gerais, Brasil

Common Mental Disorders in rural “quilombolas” in the North of Minas Gerais, Brazil

Patrícia de Sousa Fernandes Queiroz (<https://orcid.org/0000-0002-4616-1593>)<sup>1</sup>  
 João Felício Rodrigues Neto (<https://orcid.org/0000-0001-8189-6539>)<sup>1</sup>  
 Leonardo de Paula Miranda (<https://orcid.org/0000-0002-9756-8393>)<sup>1</sup>  
 Pâmela Scarlatt Durães Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-6084-5011>)<sup>1</sup>  
 Marise Fagundes Silveira (<https://orcid.org/0000-0002-8821-3160>)<sup>1</sup>  
 Ricardo Jardim Neiva (<https://orcid.org/0000-0003-0571-5972>)<sup>1</sup>

**Abstract** *The scope of this article is to assess the prevalence and factors associated with Common Mental Disorders (CMD) in “quilombolas” (Afro-Brazilian residents of quilombo settlements) in rural communities located in the North of Minas Gerais, Brazil. It is a cross-sectional study of 2019 based on structured interviews and application of a Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Binary logistic regression was conducted. The prevalence of CMD was 38.7%. There was a higher preponderance of CMD among female quilombolas (OR: 2.69; 95%CI 2.00-3.62), with 1 to 8 years of schooling (OR: 1.70; 95%CI 1.15-2.51), family income of 1 to 1,5 minimum wages (OR: 2.51; 95%CI 1.60-3.94); who suffered discrimination in health services (OR: 2.44; 95%CI 1.44-4.13); with self-reported lung disease (OR: 2.10; 95%CI 1.25-3.54), heart disease (OR: 1.58; 95%CI 1.01-2.50) chronic renal failure (OR: 1.97; 95%CI 1.08-3.94), and negative self-perception of health (OR: 3.07; 95%CI 2.31-4.07). The high prevalence of CMD revealed in this study demonstrates the need for mental health care policies aimed at vulnerable populations, such as quilombola communities, in order to mitigate mental suffering and promote professional contextualized care for the idiosyncrasies of health and living conditions of this population group.*

**Key words** *Mental health, Common mental disorders, Quilombolas, Groups of African descent*

**Resumo** *O objetivo deste artigo é avaliar a prevalência e fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) em quilombolas residentes em comunidades rurais localizadas no norte de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de estudo transversal realizado em 2019 a partir de entrevistas estruturadas e aplicação do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Foi conduzida regressão logística binária. A prevalência de TMC foi de 38,7%. Houve maior chance de TMC entre quilombolas do sexo feminino (OR: 2,69; IC95% 2,00-3,62), com 1 a 8 anos de estudo (OR: 1,70; IC95% 1,15-2,51), renda familiar entre 1 a 1,5 salário mínimo (OR: 2,51; IC95% 1,60-3,94); que sofreram discriminação em serviços de saúde (OR: 2,44; IC95% 1,44-4,13); com autorrelato de doença pulmonar (OR: 2,10; IC95% 1,25-3,54), doença cardíaca (OR: 1,58; IC95% 1,01-2,50) e insuficiência renal crônica (OR: 1,97; IC95% 1,08-3,94), e com autopercepção de saúde negativa (OR: 3,07; IC95% 2,31-4,07). A alta prevalência de TMC observada neste estudo demonstra a necessidade de políticas de atenção à saúde mental voltadas para as populações vulnerabilizadas, como as comunidades quilombolas, a fim de mitigar o sofrimento mental e favorecer uma atenção profissional contextualizada com as singularidades das condições de vida e saúde desse grupo populacional.*

**Palavras-chave** *Saúde mental, Transtornos mentais comuns, Quilombolas, Grupos de ascendência africana*

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Rui Braga s/n, Vila Mauricéia. 39401-089 Montes Claros MG Brasil. patriciasousandes@yahoo.com.br

## Introdução

Os quilombolas são grupos étnico-raciais de definição autoatribuível, formados por indivíduos com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica e com relações territoriais específicas<sup>1</sup>. As comunidades quilombolas são encontradas em todas as regiões do país e representam espaços de resistência e luta por direitos e pela conservação de sua cultura, crenças religiosas, valores e práticas tradicionais<sup>2</sup>.

A maioria das comunidades quilombolas estão situadas em áreas rurais, ocupam ecossistemas diversos e, por meio do trabalho, exploram os recursos naturais disponíveis em seus territórios<sup>3</sup>. A vulnerabilidade social desses grupos é evidenciada pelas múltiplas desigualdades, como a pobreza, o desemprego e o analfabetismo; um relativo grau de isolamento geográfico agravado pelo difícil acesso a esses espaços; além de uma escassa e precária oferta de serviços de saúde e saneamento ambiental, especialmente nas comunidades situadas em contextos rurais<sup>4-6</sup>. Essas amplas desigualdades sociais que geram fragilidades em todos os aspectos da vida cotidiana das populações quilombolas estão associadas à produção de sofrimento psíquico<sup>4</sup>.

A saúde mental é uma dimensão intrínseca e menos valorizada da saúde e do bem-estar do indivíduo e pode resultar na ampliação da desigualdade de renda, dos custos de vida, da vulnerabilidade social e pode ser algumas das razões para as altas taxas de suicídio e incremento dos níveis de estresse<sup>7,8</sup>. Estudos ainda destacam que, para além dos fatores biológicos, genéticos e pessoais, o território onde o indivíduo nasce, se desenvolve e envelhece produz e complexifica os padrões de sofrimento psíquico, sendo, portanto, uma categoria importante para pensar o cuidado em saúde e estreitar as relações entre o serviço de saúde e o contexto de existência concreta das pessoas<sup>4,8,9</sup>.

O Transtorno Mental Comum (TMC) é caracterizado por sintomas depressivos, estados de ansiedade, irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração e memória e queixas somáticas<sup>10,11</sup>. Os TMC são pouco identificados e tratados, geram um forte impacto na sociedade e muito sofrimento no indivíduo acometido, reduzem a possibilidade de tratamento precoce e aumentam a probabilidade para o desenvolvimento de doenças mentais<sup>12,13</sup>. O diagnóstico correto e na fase inicial desses transtornos é essencial para impedir a produção de custos elevados para o sis-

tema de saúde e para os indivíduos e suas famílias e reduzir os custos menos mensuráveis, como os prejuízos físicos e psicológicos<sup>10,14</sup>.

No Brasil, a prevalência de TMC em moradores da área urbana da cidade de São Paulo foi de 19,7%<sup>13</sup>; na cidade de Montes Claros, norte de Minas Gerais foi 23,2%<sup>15</sup>, em assentamentos rurais localizados na região Centro-Oeste foi de 24,1%<sup>16</sup> e em quilombolas baianos foi 29,6%<sup>12</sup>. Estudo conduzido na África do Sul detectou uma prevalência de TMC ao longo da vida de 30,3% e nos últimos 12 meses, a prevalência foi de 17%<sup>17</sup>.

As morbidades psíquicas são um dos principais problemas enfrentados pela saúde pública<sup>12</sup>. Ainda que não seja um consenso na literatura, muitos estudos transversais sugerem que a prevalência de transtornos mentais é maior na população negra que na população branca, mesmo nas análises multivariadas em que foram incluídas variáveis socioeconômicas, como escolaridade ou renda familiar<sup>18</sup>.

Em meio as precárias condições de vida, trabalho, acessibilidade e da qualidade da atenção em saúde mental, explorar o sofrimento psíquico em comunidades quilombolas é extremamente complexo, mas imprescindível para ampliar o conhecimento e as estratégias assistenciais<sup>4</sup>, uma vez que a carência de dados epidemiológicos dificulta o planejamento de políticas de saúde mental para os grupos populacionais específicos, como os quilombolas<sup>12</sup>.

Embora essas características étnico-raciais sejam uma das questões que interferem na prevalência de TMC<sup>12</sup>, ainda são escassas as investigações sobre a saúde mental da população quilombola<sup>4,5,12,18,19</sup>. Desse modo, com o intuito de lançar luz e contribuir com a produção de informações acerca dessa temática, o objetivo do estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados aos TMC em quilombolas residentes em comunidades rurais localizadas no norte de Minas Gerais, Brasil.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado em 2019 com comunidades quilombolas localizadas na macrorregião de saúde norte do estado de Minas Gerais, Brasil. Nesse ano, a referida macrorregião de saúde estava constituída por nove microrregiões que foram definidas como os conglomerados da pesquisa.

Para a identificação das comunidades quilombolas distribuídas nesse espaço geográfico fo-

ram consultados os dados disponíveis nas Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social, no Centro de Agricultura Alternativa, nos sítios eletrônicos da Fundação Cultural Palmares e do Centro de Documentação Eloy Ferreira da Silva. Verificou-se a existência de 79 comunidades e aproximadamente 19 mil habitantes quilombolas na referida macrorregião.

Para o cálculo da amostra composta por adultos quilombolas adotou-se a prevalência de 50% devido à heterogeneidade dos eventos que foram mensurados, precisão de 5 pontos percentuais, intervalo de 95% de confiança, efeito de desenho igual a 2,0, e estimativa de 20% de perdas, totalizando 905 indivíduos.

Para definição das comunidades quilombolas participantes do estudo, realizou-se a amostragem por conglomerado com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), selecionando-se 30 comunidades. Devido a distribuição espaçada entre as residências das comunidades quilombolas, a seleção dos domicílios ocorreu a partir do ponto central de cada uma delas. Em seguida, os pesquisadores deslocaram-se em sentido espiral, abordando os moradores em suas residências até atingir o tamanho amostral proposto para cada comunidade.

Foram elegíveis para o estudo homens e mulheres com idade mínima de 18 anos, autodeclarados quilombolas e residentes em comunidade quilombola certificada pela Fundação Cultural Palmares. Foram excluídos os indivíduos que possuíam algum tipo de comprometimento mental e cognitivo, segundo avaliação da família e/ou da equipe de saúde, que impossibilitasse a compreensão e resposta dos questionários. Em pessoas idosas, o rastreio de déficit cognitivo foi realizado por meio da utilização da versão em português do Mini-Exame do Estado Mental.

Para identificar a ocorrência de TMC na população quilombola, utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O SRQ-20 é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para estudos em países em desenvolvimento, validado no Brasil e amplamente utilizado em estudos epidemiológicos<sup>14,20</sup>. Contém 20 questões com escala dicotômica (sim/não) relacionadas às condições de saúde mental não psicótica nos últimos 30 dias e para cada resposta afirmativa é atribuído um ponto, totalizando-se 20 pontos no caso de todas as respostas positivas<sup>14,16</sup>. Neste estudo, o ponto de corte adotado foi de 7 ou mais respostas positivas.

As variáveis independentes incluídas no estudo foram categorizadas da seguinte forma:

*Variáveis sociodemográficas:* faixa etária (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e 70 ou mais); estado conjugal (com companheiro(a) e sem companheiro(a)); escolaridade (analfabeto, 1 a 8 anos de estudo e mais de 8 anos de estudo); cor de pele (preta e não preta); atividade trabalhista (trabalho remunerado, não trabalha/desempregado(a) e aposentado(a)); renda familiar (em salários mínimos, ao valor de R\$ 998:  $\leq 0,5$ ,  $> 0,5$  a  $\leq 1,0$ ,  $> 1,0$  a  $\leq 1,5$  e  $> 1,5$ ).

*Comportamentos relacionados à saúde:* atividade esportiva/artística (sim e não); consumo de álcool (sim e não); tabagismo (fumante, ex-fumante e nunca fumou); tempo desde a última consulta ao médico (há 12 meses e há mais de 12 meses); discriminação em serviços de saúde (sim e não).

*Estado de saúde e morbidades:* hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença pulmonar e insuficiência renal crônica (sim e não); índice de massa corporal (IMC), calculado com as medidas de peso e altura (sem excesso de peso e com excesso de peso); utilização de medicamentos para controle de doenças (sim e não); autopercepção de saúde (positiva e negativa).

Para análise dos dados, utilizou-se o módulo Amostras Complexas do *software* SPSS versão 23.0. A prevalência de TMC foi estimada com intervalo de 95% de confiança e utilizou-se a distribuição de frequência (absoluta e relativa) para descrever a amostra segundo TMC e as variáveis independentes do estudo, com correção pelo efeito do desenho.

Para verificar a associação entre a variável desfecho e variáveis independentes utilizou-se o teste Qui-quadrado. As variáveis que apresentaram nível descritivo (valor-p) até 0,20 foram selecionadas para a análise múltipla.

Na análise múltipla, utilizou-se o Modelo de Regressão Logística Binária, com correção pelo efeito de desenho. O ajuste do modelo múltiplo se deu pelo método *backward*. Foram estimadas as razões de chances (*Odds Ratio* - OR) brutas e ajustadas, com intervalo de 95% de confiança, para as variáveis que permaneceram no modelo múltiplo.

Para análise da qualidade de ajuste do modelo ajustado foi adotado do teste Hosmer e Lemeshow, ao nível de 0,05, e o Pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke<sup>21</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros que o aprovou por meio do parecer substanciado nº 2.821.454. Todos os participantes foram devidamente informados

sobre os objetivos, métodos, benefícios e potenciais riscos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Participaram da pesquisa 1.110 quilombolas, superando a quantidade mínima prevista para representar o conjunto de interesse; não houve recusas e para a variável desfecho ocorreu uma perda amostral pouco significativa de 0,4% da amostra inicial.

Dos participantes quilombolas da pesquisa, 59,7% eram do sexo feminino, a idade média foi de 50,63 ( $\pm 18,06$ ) anos, variando entre 18 e 98 anos. Verificou-se uma predominância de participantes com 1 a 8 anos de estudo (49,8%) e renda familiar informada de 0,5 a 1 salário mínimo (47,8%). No que se refere ao estilo de vida, 61,5% informaram não participar de atividades esportivas e/ou artísticas, 41,6% consomem álcool e 15,2% são tabagistas.

Sobre a variável desfecho, observou-se uma prevalência de 38,7% de TMC. Diante do autorrelato de doenças crônicas, verificou-se uma prevalência de 35,7% de quilombolas com hipertensão arterial e 10,4% com diabetes mellitus. 48,2% encontravam-se com excesso de peso, conforme o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e 47,3% utilizavam medicamentos para controle de doenças. No que concerne à discriminação nos serviços de saúde, 9% da amostra relatou ter sofrido essa experiência, desses, 35,7% afirmaram que o fato ocorreu em razão da sua cor de pele e 47,6% em virtude de sua classe social. As demais características da amostra estão descritas na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta a prevalência dos sintomas avaliados no SRQ-20 em grupos. O sintoma mais frequente foi nervosismo/tensão/preocupação (63%). Outros sintomas que foram relatados com frequência foram assustar-se com facilidade (50,4%), dores de cabeça (42,1%), sentir-se triste (39,3%) e dormir mal (38%). No grupo dos pensamentos depressivos, o sintoma mais frequente foi a perda de interesse pelas coisas (20%). Embora seja o sintoma com menor frequência, é importante destacar que 6,7% dos quilombolas entrevistados afirmaram pensar em acabar com a vida nos últimos 30 dias.

Na análise bivariada, 17 variáveis apresentaram associação com o desfecho ao nível de 20% de significância e foram selecionadas para a análise múltipla (Tabela 3). Os resultados apre-

**Tabela 1.** Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e de estilo de vida. Minas Gerais, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%*
<b>Sociodemográficas</b>		
Sexo		
Masculino	448	40,3
Feminino	662	59,7
Faixa etária		
18-29	176	16,0
30-39	174	17,9
40-49	149	15,2
50-59	181	19,5
60-69	258	19,2
70 ou mais	172	12,2
Cor de pele		
Preta	662	59,7
Não preta	448	40,3
Estado conjugal		
Com companheiro(a)	610	59,3
Sem companheiro(a)	499	40,7
Escolaridade		
Analfabeto	259	19,7
1 a 8 anos de estudo	518	49,8
Mais de 8 anos de estudo	326	30,5
Atividade trabalhista		
Trabalho remunerado	529	48,6
Não trabalha/desempregado(a)	239	24,0
Aposentado(a)	340	27,4
Renda familiar		
$\leq 0,5$ SM	201	20,6
$>0,5$ SM a $\leq 1$ SM	523	47,8
$>1$ SM até $\leq 1,5$ SM	129	11,2
$>1,5$ SM	226	20,4

continua

sentados na Tabela 4 demonstram que houve associação estatisticamente significante entre TMC e sexo feminino (OR: 2,69; IC95% 2,00-3,62), indivíduos com 1 a 8 anos de estudo (OR: 1,70; IC95% 1,15-2,51), com renda familiar entre 1 a 1,5 salário mínimo (OR: 2,51; IC95% 1,60-3,94); que sofreram discriminação em serviços de saúde (OR: 2,44; IC95% 1,44-4,13); com autorrelato de doença pulmonar (OR: 2,10; IC95% 1,25-3,54), doença cardíaca (OR: 1,58; IC95% 1,01-2,50) e insuficiência renal crônica (OR: 1,97; IC95% 1,08-3,94), e com autopercepção de saúde negativa (OR: 3,07; IC95% 2,31-4,07). O pseudo  $R^2$  obtido no modelo final foi de 23,8% e o Teste de Hosmer e Lemeshow mostrou-se não significativo (p valor = 0,912).

**Tabela 1.** Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas e de estilo de vida. Minas Gerais, Brasil, 2019.

Variáveis	n	%*
<b>Comportamentos relacionados à saúde</b>		
Atividade esportiva/artística		
Sim	678	61,5
Não	427	38,5
Consumo de álcool		
Não	631	58,4
Sim	444	41,6
Tabagismo		
Nunca fumou	605	58,8
Ex-tabagista	316	26,0
Tabagista	163	15,2
Tempo desde a última consulta ao médico		
Há 12 meses	884	79,6
Há mais de 12 meses	221	20,4
Discriminação em serviços de saúde		
Não	1018	91,0
Sim	84	9,0
<b>Estado de saúde e morbidades</b>		
Probabilidade de TMC		
Negativa	678	61,0
Positiva	428	39,0
Hipertensão Arterial		
Não	665	64,3
Sim	427	35,7
Diabetes Mellitus		
Não	990	89,6
Sim	109	10,4
Doença cardíaca		
Não	981	90,7
Sim	113	9,3
Doença pulmonar		
Não	1014	92,6
Sim	84	7,4
Doença renal crônica		
Não	1064	95,8
Sim	44	4,2
IMC		
Sem excesso de peso	553	51,8
Com excesso de peso	463	48,2
Medicamento para controle de doença(s)		
Não	553	52,7
Sim	548	47,3
Autopercepção de saúde		
Positiva	541	49,7
Negativa	564	50,3

SM: salário mínimo vigente no Brasil no período do estudo - R\$ 998. \*Corrigido pelo efeito do desenho (deff).

Fonte: Autores.

**Tabela 2.** Distribuição das respostas de acordo com os grupos do SRQ-20 entre os quilombolas do Norte de Minas Gerais, Brasil, 2019.

SRQ-20	n	%*
<b>Sintomas somáticos</b>		
Dores de cabeça frequentes	459	42,1
Falta de apetite	308	27,1
Dorme mal	422	38,0
Tremores nas mãos	262	24,3
Má digestão	289	26,3
Sente alguma coisa desagradável no estômago	379	33,6
<b>Humor depressivo/ansioso</b>		
Assusta-se com facilidade	580	50,4
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	685	63,0
Tem se sentido triste ultimamente	427	39,3
Tem chorado mais que de costume	261	23,2
<b>Decréscimo de energia vital</b>		
Tem dificuldade de pensar com clareza	354	31,8
Tem dificuldade em sentir satisfação nas atividades diárias	247	23,4
Tem dificuldade para tomar decisões	331	29,4
Acha que seu trabalho é penoso e lhe causa sofrimento	188	16,2
Sente-se cansado o tempo todo	315	30,3
Cansa-se com facilidade	369	32,5
<b>Pensamentos depressivos</b>		
Sente-se incapaz de desempenhar papel importante na sua vida	154	13,4
Tem perdido o interesse pelas coisas	224	20,0
Sente-se inútil, sem valor	154	13,1
Já pensou em acabar com sua vida	73	6,7

\*Corrigido pelo efeito do desenho (deff).

Fonte: Autores.

## Discussão

Foi observada uma alta probabilidade de TMC na população quilombola localizada no norte de Minas de Gerais. Esse dado é importante e inspira atenção e cuidado, uma vez que a identificação das populações com maior carga de transtornos mentais é valiosa e necessária para a compreensão dos fatores de risco relacionados com o ambiente e com o contexto individual e social, a fim de, eventualmente, prevenir esses transtornos<sup>18</sup>.

**Tabela 3.** Distribuição da amostra segundo TMC e variáveis sociodemográficas e de estilo de vida. Minas Gerais, Brasil, 2019.

Variáveis	TMC		Valor-p**
	Não n (%)*	Sim n (%)*	
<b>Sociodemográficas</b>			
Sexo			<0,001
Masculino	337 (76,7)	109 (23,3)	
Feminino	338 (50,8)	313 (49,2)	
Faixa etária			0,725
18-29	113 (60,8)	63 (39,2)	
30-39	106 (61,9)	67 (38,1)	
40-49	84 (57,2)	64 (42,8)	
50-59	107 (58,3)	73 (41,7)	
60-69	162 (67,7)	90 (32,3)	
70 ou mais	103 (60,9)	65 (39,1)	
Estado conjugal			0,393
Com companheiro(a)	377 (62,4)	226 (37,6)	
Sem companheiro(a)	297 (59,6)	196 (40,4)	
Escolaridade			0,009
Analfabeto	146 (60,6)	111 (39,4)	
1 a 8 anos de estudo	309 (58,7)	202 (41,3)	
Mais de 8 anos de estudo	220 (66,5)	105 (33,5)	
Cor de pele			<0,001
Preta	338 (50,8)	313 (49,2)	
Não preta	337 (76,7)	109 (23,3)	
Atividade trabalhista			<0,001
Trabalho remunerado	349 (67,7)	176 (32,3)	
Não trabalha/desempregado(a)	122 (49,0)	115 (51,0)	
Aposentado(a)	204 (61,4)	129 (38,9)	
Renda familiar			<0,001
≤0,5 SM	98 (53,0)	101 (47,0)	
>0,5 SM a ≤1 SM	310 (59,6)	207 (40,4)	
>1 SM até ≤1,5 SM	90 (69,9)	37 (30,4)	
>1,5 SM	161 (71,5)	62 (28,5)	
<b>Comportamentos relacionados à saúde</b>			
Atividade esportiva/artística			0,010
Sim	436 (64,4)	239 (35,6)	
Não	237 (56,4)	182 (43,6)	
Consumo de álcool			0,047
Não	373 (60,4)	251 (39,6)	
Sim	290 (64,7)	151 (35,3)	

continua

**Tabela 3.** Distribuição da amostra segundo TMC e variáveis sociodemográficas e de estilo de vida. Minas Gerais, Brasil, 2019.

Variáveis	TMC		Valor-p**
	Não n (%)*	Sim n (%)*	
Tabagismo			0,195
Nunca fumou	382 (60,4)	221 (39,6)	
Ex-tabagista	179 (60,6)	133 (39,4)	
Tabagista	99 (63,7)	62 (36,3)	
Última consulta ao médico			0,001
Há 12 meses	520 (58,2)	356 (41,8)	
Há mais de 12 meses	155 (74,8)	63 (25,2)	
Discriminação em serviços de saúde			<0,001
Não	643 (64,2)	368 (35,8)	
Sim	32 (34,8)	50 (65,2)	
<b>Estado de saúde e morbidades</b>			
Hipertensão Arterial			0,001
Não	432 (65,3)	228 (34,7)	
Sim	237 (54,9)	186 (45,1)	
Diabetes Mellitus			0,093
Não	613 (62,5)	368 (37,5)	
Sim	59 (51,4)	49 (48,6)	
Doença cardíaca			<0,001
Não	620 (63,1)	352 (36,9)	
Sim	49 (45,8)	63 (54,2)	
Doença pulmonar			<0,001
Não	638 (63,1)	369 (36,9)	
Sim	33 (40,1)	48 (59,9)	
Doença renal crônica			0,002
Não	657 (62,5)	393 (37,5)	
Sim	17 (34,6)	27 (65,4)	
IMC			0,837
Sem excesso de peso	337 (61,9)	211 (38,1)	
Com excesso de peso	279 (60,3)	178 (39,7)	
Medicamento para controle de doença			<0,001
Não	377 (69,3)	172 (30,7)	
Sim	295 (52,7)	248 (47,3)	
Autopercepção de saúde			<0,001
Positiva	411 (76,3)	128 (23,7)	
Negativa	261 (47,0)	294 (53,0)	

SM: salário mínimo vigente no Brasil no período do estudo - R\$ 998. TMC: Transtornos mentais comuns; IMC: Índice de Massa Corporal. \*Corrigido pelo efeito do desenho (deff); \*\*Teste Qui-quadrado.

Fonte: Autores.

**Tabela 4.** Modelo de Regressão logística ajustado para os fatores associados aos TMC. Minas Gerais, Brasil, 2019.

Variáveis	OR <sub>b</sub> (IC95%)*	OR <sub>a</sub> (IC95%)*	Valor-p**
<b>Sexo</b>			
Masculino	1,00	1,00	
Feminino	2,94 (2,07-4,18)	2,69 (2,00-3,62)	<0,001
<b>Escolaridade</b>			
Mais de 8 anos de estudo	1,00	1,00	
1 a 8 anos de estudo	1,58 (0,97-2,57)	1,70 (1,15-2,51)	0,008
Analfabeto	1,41 (0,967-2,06)	1,38 (1,12-1,96)	0,074
<b>Renda familiar</b>			
>1,5 SM	1,00	1,00	
>1,0 a ≤1,5 SM	1,99 (1,20-3,30)	2,51 (1,60-3,94)	<0,001
>0,5 a ≤1,0 SM	1,87 (1,07-3,29)	2,20 (1,29-3,74)	0,003
≤0,5 SM	1,31 (0,87-1,97)	1,56 (1,07-2,25)	0,020
<b>Discriminação em serviços de saúde</b>			
Não	1,00	1,00	
Sim	2,45 (1,40-4,30)	2,44 (1,44-4,13)	0,001
<b>Doença pulmonar</b>			
Não	1,00	1,00	
Sim	1,91 (1,10-3,30)	2,10 (1,25-3,54)	0,005
<b>Doença Cardíaca</b>			
Não	1,00	1,00	
Sim	1,54 (0,95-2,48)	1,58 (1,01-2,50)	0,047
<b>Insuficiência Renal Crônica</b>			
Não	1,00	1,00	
Sim	2,07 (1,00-4,27)	1,97 (1,08-3,94)	0,055
<b>Autopercepção de saúde</b>			
Positiva	1,00	1,00	
Negativa	2,85 (2,10-3,89)	3,07 (2,31-4,07)	<0,001

OR<sub>b</sub>: Odds ratio bruta; OR<sub>a</sub>: Odds ratio ajustada; IC: intervalo de confiança. \*Corrigido pelo efeito do desenho (deff); \*\*Teste Wald. SM: salário mínimo vigente no Brasil no período do estudo - R\$ 998. Teste Hosmer & Lemeshow (p-valor = 0,912) e Pseudo R2 Nagelkerke = 0,238.

Fonte: Autores.

Neste estudo, a chance de desenvolvimento de TMC em mulheres foi 2,69 (IC95% 2,00-3,62) aquela observada entre os homens. Investigação conduzida em comunidades quilombolas e assentamentos rurais também observaram uma maior prevalência de sofrimento psíquico entre as mulheres<sup>4,22</sup>. Essa distribuição desigual de sintomas de TMC entre os sexos pode ser compreendida, dentre outros fatores, pela elevada carga de trabalho, tanto no seio familiar quanto na comunidade, associada com a desvalorização e invisibilidade do trabalho feminino, gerando uma grande sobrecarga física e emocional<sup>4,22,23</sup>. Destaca-se ainda que os papéis femininos tradicionais – como esposa, mãe, filha e cuidadora – aliados aos fatores sociais que abrangem desemprego, situação de violência e condições precárias de vida

e saúde, contribuem para o adoecimento psíquico das mulheres<sup>11</sup>.

Apesar da relevância dos dados relativos à saúde mental, observa-se ainda uma lacuna nas políticas públicas voltadas para esse fim<sup>10,24</sup> e destinadas para grupos específicos, como as mulheres rurais<sup>10</sup>. Nota-se que a saúde mental das mulheres é atravessada por questões socioeconômicas e políticas relacionadas a esse grupo<sup>13</sup>, entretanto, grande parte das pesquisas acadêmicas e das políticas e programas voltados para a saúde da mulher no Brasil são voltados exclusivamente para as questões de saúde sexual e reprodutiva<sup>10,25</sup>.

O estudo indicou que a renda familiar e escolaridade da população quilombola estudada possuem uma importante relação com as formas de

adocimento e sofrimento mental. Pessoas com menores rendimentos, sem acesso à educação e em condições de moradia precárias por falta de acesso a serviços básicos se mostram mais expostas onde a grande maioria é negra<sup>26</sup>.

Há uma relação estreita entre pobreza, problemas de saúde mental e perturbações psiquiátricas<sup>27,28</sup>, uma vez que as condições socioeconômicas têm grande impacto na qualidade de vida e bem-estar das pessoas e grupos com menores recursos<sup>7</sup>. Nota-se que à medida que o nível socioeconômico diminui, devido ao desemprego, empobrecimento e endividamento, as pessoas são capturadas por sentimentos de incerteza, insegurança e perda, tornando-se mais vulneráveis aos problemas de saúde mental<sup>27</sup>. Por outro lado, estudo realizado em Michigan constatou que, embora uma maior renda familiar esteja associada a uma melhor saúde mental, a magnitude dessa associação depende da raça/etnia, uma vez que os negros americanos apresentaram taxas mais altas de morbidade e mortalidade em todos os níveis de posição socioeconômica que ocupavam<sup>29</sup>.

Evidenciou-se que a chance de desenvolvimento de TMC em quilombolas com 1 a 8 anos de estudo foi 1,70 (IC95% 1,15-2,51) aquela observada em quilombolas com mais de 8 anos de estudo. Investigações em âmbito mundial apontam que a pouca escolaridade é considerada um dos múltiplos fatores que podem gerar eventos vitais produtores de estresse e determinar o nível de saúde mental das pessoas<sup>7,19</sup>. Ademais, a baixa escolaridade pode ser considerada uma fragilidade que limita as possibilidades de construção de projetos de vida futuros e que, conseqüentemente, gera preocupações cotidianas e sofrimento<sup>4</sup>.

Nessa discussão, é importante destacar que a amostra é composta majoritariamente por uma população de poucos recursos financeiros e que os indivíduos com uma renda familiar igual ou menor que 0,5 salário mínimo tiveram uma chance menor de desenvolvimento de TMC em comparação com aqueles que relataram renda familiar maior que 0,5 salário mínimo e menor ou igual a 1,5 salário mínimo. Também é válido salientar que os quilombolas que relataram ser analfabetos tiveram uma chance menor de desenvolvimento de TMC em comparação com aqueles que declararam 1 a 8 anos de estudo.

Essa aparente contradição observada entre a prevalência de TMC e baixos níveis de escolaridade e renda pode ser sustentada pela resiliência e baixa expectativa de melhoria das condições de vida e saúde desse público, o que, por conseguinte, pacifica as possíveis frustrações. Possivelmente, os indivíduos que auferem renda familiar

entre 0,5 e 1,5 salário mínimo e com 1 a 8 anos de estudo tenham uma maior expectativa de alcançar ascensão social e, devido aos reveses enfrentados e prováveis desapontamentos, estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas relacionados com TMC. Embora, tenham prevalência reduzida para TMC, os quilombolas mais vulnerabilizados no que tange a renda e escolaridade, carecem de atenção especial, pois acomodam características que impactam significativamente na sua qualidade de vida.

O autorrelato de doenças crônicas como, hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas, doenças pulmonares e insuficiência renal crônica estão estatisticamente associadas ao TMC. Entretanto, somente as doenças cardíacas, a insuficiência renal crônica e as doenças pulmonares, como enfisema pulmonar, bronquite e doença pulmonar obstrutiva crônica permaneceram significativas ao ajustar por todas as variáveis. Essa observação demonstra a relevância do conhecimento das condições crônicas de saúde em populações de baixa renda, uma vez que o acesso precário aos serviços de saúde e a necessidade de consultas com especialistas e/ou exames complementares podem privá-las de um diagnóstico precoce e dos tratamentos necessários<sup>30</sup>. A associação entre TMC e as enfermidades crônicas e suas conseqüências clínicas podem agravar os transtornos mentais<sup>14</sup> e, por isso, tais informações são importantes para profissionais e gestores de saúde para que o cuidado voltado para essas morbidades crônicas contemple a prevenção, diagnóstico e tratamento de possíveis doenças psiquiátricas<sup>13,14</sup>.

Neste estudo, embora apenas 9% da amostra tenha referido ter se sentido discriminado ou tratado pior do que as outras pessoas em serviços de saúde, essa experiência aumentou significativamente a chance de TMC em quilombolas (OR: 2,44; IC95% 1,44-4,13). Destaca-se que a experiência de discriminação é igualmente nociva para todas as pessoas, entretanto, a população negra acumula uma carga maior desses desfechos, uma vez que a probabilidade de os sofrer é maior<sup>18</sup>. A discriminação e o estigma geram baixa autoestima, baixa confiança, motivação reduzida, menos esperança no futuro e podem provocar isolamento, que é um importante fator de risco para futuras condições de saúde mental<sup>28</sup>.

A desigualdade, racismo e saúde mental compõem uma equação que se sustenta na compreensão de que o sofrimento psíquico está atrelado às tramas do cotidiano e do mundo circundante<sup>4</sup>. Assim, o processo saúde-doença-cuidado deve estar articulado aos contextos, condições e modos de vida das populações e ancorado nas



experiências concretas e sensíveis das pessoas que, por sua vez, é atravessado por marcadores de raça/etnia, classe social, gênero e sexualidade<sup>4</sup>.

Independente do sexo, as pesquisas demonstram que a autopercepção de saúde é uma variável relevante para a compreensão do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos<sup>30</sup>, entretanto, no que concerne à saúde quilombola, esse assunto ainda é pouco discutido<sup>31</sup>. Em 2013, foi identificada uma elevada prevalência (46%) de autopercepção de saúde negativa nas comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais e, após análise hierarquizada, essa variável apresentou associação estatisticamente significativa com a depressão (OR: 2,78; IC95% 1,75-4,42)<sup>31</sup>. No presente estudo, a autopercepção negativa da saúde foi observada em 50,3% dos participantes e, após análise múltipla, essa variável triplicou a chance de TMC entre os quilombolas. Autores indicam que a presença de sentimentos negativos, a baixa autoestima, a não aceitação da imagem corporal, entre outros comportamentos, podem gerar tensão, ansiedade, estresse e, conseqüentemente, impactar de forma negativa a avaliação do estado de saúde do indivíduo<sup>20</sup>.

Observou-se que 6,7% dos participantes assinalaram “sim” para a pergunta “tem pensado em tirar a vida?” do SRQ-20. Em estudo conduzido em assentamentos rurais no Piauí, 13,4% responderam “sim” para essa mesma questão. Outras pesquisas conduzidas com populações distintas, também encontraram prevalências superiores à que fora observada na amostra em estudo<sup>32,33</sup>. Embora a comparação entre os dados demonstre uma menor prevalência, a ideação suicida na população quilombola do norte de Minas Gerais merece especial atenção, uma vez que é importante superar o tabu social que circula essa temática e que, inclusive, pode ter refletido na menor prevalência de respostas positivas, e também impulsionar intervenções com caráter multiprofissional que acolham esses indivíduos e minimizem o sofrimento psíquico.

Embora seja um ato individual, o suicídio é um fenômeno complexo e multifacetado, que reúne fatores ambiental, antropológico, psicológico, econômico, cultural, social e religioso<sup>23</sup>. Hodiernamente, o comportamento suicida é considerado um problema de saúde pública e tem chamado a atenção das autoridades sanitárias em todo o mundo, inclusive em áreas rurais devido à maior exposição a situações de vulnerabilidade e privação associadas com a baixa cobertura e fragilidade na organização da rede de saúde<sup>23</sup>.

Entre as limitações do estudo destacam-se o autorrelato das doenças crônicas e dos comportamentos relacionados à saúde, sendo, portanto, sujeito a interferência da falta de atenção e memória, e a possibilidade de resultados falso positivos para TMC, apesar do desfecho ter sido mensurado por instrumento de rastreamento validado, como o SRQ-20. Entre seus pontos fortes, salienta-se o grande número de participantes da pesquisa, compondo uma amostra representativa das comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais e a oportunidade de discutir aspectos relevantes acerca da saúde mental, temática pouco abordada em estudos que envolvem esse grupo populacional.

O processo saúde-doença-cuidado é imerso por elementos micro e macrosociais<sup>9</sup>. Desse modo, expor as desigualdades estruturantes que assolam as populações rurais é importante para a compreensão do processo de vulnerabilização e precarização das suas condições de vida e de saúde, apontando a estreita associação entre cenários de vida marcados por intensas desigualdades, injustiças, racismos, violência, modalidades de relações de gênero com a produção de sofrimento psíquico, especialmente nas mulheres<sup>4</sup>.

A saúde mental das populações rurais não é contemplada nas principais políticas públicas do país e a Atenção Primária em Saúde ainda não consegue acolher de forma equitativa e integral a essas demandas<sup>9</sup>. Frente a isso, é importante e necessária uma reavaliação das políticas públicas voltadas para a saúde mental, a fim de torná-las mais eficazes, tanto na garantia dos direitos dos grupos vulnerabilizados como na manutenção de sua saúde psíquica<sup>7</sup>.

Nessa direção, os resultados dessa pesquisa, especialmente por ter sido conduzida com uma população ainda pouco estudada no Brasil, pode ser uma ferramenta relevante para o planejamento estratégico e singular de políticas de atenção à saúde mental que realmente alcancem as populações vulnerabilizadas, como as comunidades quilombolas. Diante das particularidades do território e das condições de vida e saúde desse grupo populacional, é meritório que os serviços e profissionais de saúde, sobretudo aqueles voltados para a Atenção Primária em Saúde, compreendam essa realidade para que possam atuar de forma contextualizada e para que as estratégias de intervenção sejam planejadas com a intencionalidade de minimizar o sofrimento mental dos quilombolas, sem perder de vista as suas circunstâncias.

## Colaboradores

PSF Queiroz participou da concepção e delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e da revisão crítica da versão final. JF Rodrigues Neto, LP Miranda, PSD Oliveira e MF Silveira trabalharam no delineamento do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados e na revisão crítica da versão final do artigo. RJ Neiva trabalhou na análise e interpretação dos dados e na revisão crítica da versão final do artigo.

## Referências

1. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*; 2020.
2. Silva TC, Martins Neto C, Carvalho CA, Viola PCAF, Rodrigues LS, Oliveira BLCA. Risco nutricional e cardiovascular em idosos Quilombolas. *Cien Saude Colet* 2022; 27(1):219-230.
3. Miranda SVC, Oliveira JL, Sampaio CA, Rodrigues Neto JF. Cartografia das condições de trabalho de homens quilombolas e as interseções para a informalidade e a saúde mental. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200478.
4. Dimenstein M, Belarmino VH, Martins ME, Dantas C, Macedo JP, Leite JF, Alves Filho A. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amaz Rev Antropol* 2020; 12(1):205-229.
5. Batista EC, Rocha KB. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Inter* 2020; 21(1):35-50.
6. Melo MFT, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Rev ABPN* 2015; 7(16):168-189.
7. Zanardo ABR, Ventura CAA, Consule RC. Social vulnerability and mental disorders: scoping review. *Textos Contextos (Porto Alegre)* 2021; 20(1):1-31.
8. Loureiro A, Lima J, Partidário MR, Santana P. Condicionantes da saúde mental e os instrumentos de avaliação de impactos. In: Santana P, coordenadora. *Territórios e saúde mental em tempos de crises*. Portugal: Universidade de Coimbra; 2015. p. 11-27.
9. Cirilo Neto M, Dimenstein M. Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. *Gerais Rev Interinst Psicol* 2021; 14(1):e15627.
10. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, Silva SR, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz FA. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. *Rev Esc Enferm USP* 2017; 51:e03225.
11. Furtado FMSF, Saldanha AAW, Moleiro CMMM, Silva J. Transtornos mentais comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saude Pesqui* 2019; 12(1):129-140.
12. Mussi R, Rocha S, Alves T. Transtornos mentais comuns em quilombolas baianos, nordeste brasileiro. *Psicol Saude Doen* 2019; 20(3):698-710.
13. Santos GBV, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11):e00236318.
14. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Cien Saude Colet* 2018; 23(8):2543-2554.

15. Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa: estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57(4):233-239.
16. Silva AC, Vargas LS, Moraes RCC, Lucchese R, Guimarães RA, Vera I. Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais. *Rev Eletr Saude Mental Alcool Drog* 2019; 15(1):23-31.
17. Herman AA, Stein DJ, Seedat S, Heeringa SG, Moomal H, Williams DR. The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. *SAMJ* 2009; 99(5):339-344.
18. Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(12):4021-4030.
19. Dimenstein M, Siqueira K, Macedo JP, Leite J, Dantas C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arqu Bras Psicol* 2017; 69(2):72-87.
20. Santos AMVS, Lima CA, Messias RB, Costa FM, Brito MFSF. Transtornos mentais comuns: prevalência e fatores associados entre agentes comunitários de saúde. *Cad Saude Colet* 2017; 25(2):160-168.
21. Fávero LP. *Análise de dados*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
22. Macedo JP, Dimenstein M, Silva BIBM, Sousa HR, Costa APA. Apoio Social, Transtorno Mental Comum e Uso Abusivo de Álcool em Assentamentos Rurais. *Trends Psychol* 2018; 26(3):1123-1137.
23. Macedo JP, Silva BIBM, Bezerra LLS. Ideação suicida em assentamentos rurais no Piauí. *Psicol Pesqui* 2018; 12(3):1-10.
24. Jacob N. Mental illness in the Western Cape Province, South Africa: A review of the burden of disease and healthcare interventions. *SAMJ* 2018; 108(3):176-180.
25. Costa MGSG, Dimenstein M, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol* 2014; 19(2):89-156.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2017.
27. Silva M, Cardoso G, Saraceno B, Almeida JC. A saúde mental e a crise econômica. In: Santana P, coordenadora. *Territórios e saúde mental em tempos de crises*. Portugal: Universidade de Coimbra; 2015. p. 61-74.
28. Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E. *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva: WHO; 2010.
29. Assari S, Lapeyrouse LM, Neighbors HW. Income and Self-Rated Mental Health: Diminished Returns for High Income Black Americans. *Behav Sci* 2018; 8(50):1-14.
30. Barroso SM, Melo AP, Guimarães MDC. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(2):503-514.
31. Oliveira SKM, Caldeira AP. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad Saude Colet* 2016; 24(4):420-427.
32. Sousa GS, Ramos BMD, Tonaco LAT, Reinaldo AMS, Pereira MO, Botti NCL. Fatores associados à ideação suicida de universitários da área da saúde. *Rev Bras Enferm* 2022; 75(Supl. 3):e20200982.
33. Silva GWS, Meira KC, Azevedo DM, Sena RCF, Lins SLF, Dantas ESO, Miranda FAN. Fatores associados à ideação suicida entre travestis e transexuais assistidas por organizações não governamentais. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 3):4955-4966.

---

Artigo apresentado em 13/06/2022

Aprovado em 04/11/2022

Versão final apresentada em 06/11/2022

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

