

Sintomas de depressão em mulheres rurais: fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e reprodutivos

Depression symptoms in rural women: sociodemographic, economic, behavioral, and reproductive factors

Bibiane Dias Miranda Parreira¹

Bethania Ferreira Goulart¹

Mariana Torreglosa Ruiz¹

Sueli Riul da Silva¹

Flávia Azevedo Gomes-Sponholz²

Descritores

Saúde mental; Transtorno depressivo;
Saúde da mulher; População rural

Keywords

Mental health; Depressive disorder;
Women's health; Rural population

Submetido

15 de Maio de 2017

Aceito

11 de Julho de 2017

Resumo

Objetivo: Identificar os sintomas de depressão e a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre o escore dos sintomas de depressão em mulheres em idade fértil, residentes na área rural do município de Uberaba-MG.

Métodos: Estudo observacional e transversal com 280 mulheres. Foi utilizado o *Inventário de Depressão de Beck*. Na análise bivariada, foram usados o Teste *t-Student* e correlação de *Pearson*. Para a análise multivariada, a regressão linear múltipla.

Resultados: Entre as participantes, 18,2% foram classificadas com sintomas de depressão. O escore médio foi de 8,3 pontos. As mulheres que tinham convivência "ruim" com o companheiro apresentaram maior escore dos sintomas de depressão e o número de filhos foi preditor desses sintomas.

Conclusão: A maioria das participantes não apresentou sintomas de depressão. Fatores comportamentais e reprodutivos estiveram associados com os sintomas de depressão entre as mulheres rurais.

Abstract

Objective: To identify depression symptoms and the influence of sociodemographic, economic, behavioral, and reproductive health variables on the score of depression symptoms in women of childbearing age living in the rural area of the municipality of Uberaba, state of Minas Gerais.

Methods: Observational, cross-sectional study with 280 women. Beck's Depression Inventory was used. Student's t-test and Pearson correlation were used in the bivariate analysis. Multiple linear regression was used for multivariate analysis.

Results: A total of 18.2% of the participants was classified as presenting depression symptoms. The mean score was 8.3 points. Women that reported a "poor" relationship with their partner presented the highest scores of depression symptoms, and the number of children was a predictor of these symptoms.

Conclusion: Most participants presented no depression symptoms. Behavioral and reproductive factors were associated with depression symptoms among rural women.

Autor correspondente

Bibiane Dias Miranda Parreira
Praça Manoel Terra, 330,
38015-050, Uberaba, MG, Brasil.
bibianedias@yahoo.com.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700056>



¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: Artigo extraído da tese - Saúde mental e reprodutiva de mulheres em área rural de Uberaba - Minas Gerais. 2016. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP).

Introdução

A Organização Mundial da Saúde estima que, no mundo, 350 milhões de pessoas vivam com depressão.⁽¹⁾ A depressão é mais comum no sexo feminino do que no masculino e mais significativa entre populações que vivem em condições de pobreza e carência estrutural.⁽²⁾ A mulher apresenta vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo.⁽³⁾ A etiologia da depressão em todo o período da vida reprodutiva é devido a diversos fatores, incluindo aspectos sociais, psicológicos e biológicos.⁽⁴⁾ Alguns fatores que podem contribuir para esse problema estão relacionados às mulheres rurais e as suas exposições a determinadas circunstâncias, condições e comportamentos que podem torná-las mais vulneráveis à depressão.⁽⁵⁾

Estudos internacionais com mulheres de área rural evidenciaram a prevalência de depressão nesta população. Em pesquisa na Malásia, foi constatado 9,2% entre as participantes.⁽⁶⁾ Em outro estudo com mulheres da população rural da Lituânia, 47,3% apresentaram nível de depressão baixo e 27% de alto a muito alto.⁽⁷⁾ Resultado também identificado com mulheres rurais latinas, em que metade das participantes apresentou potencial para depressão.⁽⁸⁾ Diferentemente dos achados anteriores, em pesquisa realizada em Honduras, em comunidades rurais, a prevalência de depressão maior foi relativamente baixa (2,7%).⁽⁹⁾ No entanto, em estudo com mulheres de meia idade - 40 a 60 anos, residentes em áreas rurais a prevalência foi variada de acordo com o local de estudo, sendo 86,7% em Punjab, na Índia⁽¹⁰⁾ e 11,4% na China.⁽¹¹⁾

Estudos sugerem que múltiplos fatores estão relacionados aos níveis de depressão, entre mulheres rurais, dentre eles: aumento da idade, baixa escolaridade,⁽⁷⁾ divórcio,^(7,8) violência física,⁽⁹⁾ pequena rede social, pouco apoio social,⁽⁷⁾ relacionamento regular com familiares,⁽⁹⁾ estresse e intenção suicida.⁽⁷⁾ Identificar esses fatores pode levar à compreensão dos motivos que contribuem para os sintomas de depressão na população rural. Existem fatores estressores que são únicos do ambiente rural, como isolamento, pouco contato social, limitado acesso

aos serviços de saúde e profissionais de saúde, a distância, estradas em más condições, despesas de transportes, declínio da economia agrícola, renda irregular e desvantagens financeira e educacional.⁽⁵⁾

Essas mulheres, muitas vezes, além de realizarem o trabalho rural, também realizam o trabalho doméstico, o que pode agravar as condições físicas, temporais e mentais com a execução das múltiplas atividades.⁽¹²⁾

A partir disso, é importante a detecção, diagnóstico e tratamento precoce e atenção oportuna dos transtornos mentais, nos cuidados primários à saúde, com a finalidade de reduzir o impacto negativo que causa no desenvolvimento social e laboral da pessoa afetada.⁽⁹⁾

A população rural tem especificidades que devem ser consideradas: o contexto cultural, fatores socioeconômicos, além das dificuldades de acesso aos serviços de atenção à saúde e principalmente de serviços especializados de saúde mental e reprodutiva. Portanto, é fundamental a valorização da saúde da população rural, considerando as diferentes condições de vida e trabalho em que estão inseridas, especificamente relacionadas à depressão, caracterizada como uma das principais doenças mentais que acomete as mulheres.

O contexto rural deve servir de estudo, para mudança deste panorama, onde as dificuldades inerentes à zona rural sofram modificações, por meio de políticas públicas eficientes que respeitem sua cultura e necessidade, e assistência de qualidade dos profissionais e serviços de saúde que são a sua principal/única opção de acesso, na maioria das vezes.

Em relação às mulheres, constata-se que ainda existe uma lacuna nas questões referentes à sua saúde mental. São poucos estudos relacionados aos sintomas de depressão, especificamente entre às mulheres rurais.

É fundamental a identificação de fatores sociais, econômicos, comportamentais e de saúde reprodutiva, pois estes podem contribuir e influenciar os sintomas de depressão, acarretando consequências para a sua qualidade de vida e da sua família.

Este estudo visa contribuir com a implementação de ações à assistência à saúde mental de mulheres rurais.

Frente ao exposto, evidencia-se que são necessárias pesquisas nacionais que identifiquem os sintomas de depressão em mulheres residentes em área rural e a influência de determinados fatores.

Portanto, os objetivos deste estudo foram: identificar os sintomas de depressão e a influência de variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva sobre o escore dos sintomas de depressão em mulheres em idade fértil, residentes na zona rural do município de Uberaba-MG.

Métodos

Trata-se de estudo observacional, com delineamento transversal. O presente estudo foi constituído por mulheres, em idade fértil, residentes na zona rural da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rosa, do município de Uberaba – MG. A zona rural do município de Uberaba possui cobertura da ESF. Fazem parte quatro ESF.

Previamente, foi realizado contato com todas as equipes da ESF rurais, do município. Sendo escolhida para campo de coleta de dados da referida pesquisa, a equipe rural ESF Santa Rosa. Baseado na lista de mulheres residentes na área rural do município, as opções de escolha da referida equipe foram: maior número de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) e número completo de agentes comunitários de saúde (ACS), proporcionando a cobertura de visitas em toda a área e com todas as mulheres selecionadas para o estudo.

Os critérios de inclusão adotados foram: mulheres residentes na zona rural da área de abrangência da ESF Santa Rosa, do município de Uberaba - MG, há mais de um ano; com idade entre 15 e 49 anos e orientadas quanto ao tempo, espaço e pessoa, sem alterações cognitivas.

Foi realizado um estudo-piloto, com cinco mulheres, que foram excluídas da análise. Os instrumentos apresentaram a necessidade de alguns ajustes que foram realizados, a fim de conseguir uma melhor adequação.

A coleta de dados foi desenvolvida no domicílio das mulheres participantes, entre outubro de 2014

e maio de 2015. Durante as visitas, seguia-se como referencial a lista disponibilizada, previamente, com o nome das mulheres que seriam incluídas no estudo, por área de abrangência de cada ACS. Todas as visitas foram realizadas junto com os ACS por conhecerem a região e as mulheres. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, em local reservado, sem a presença do ACS ou de qualquer outra pessoa, assegurando sigilo e privacidade.

Ainda que os instrumentos de coleta de dados pudessem ser autoaplicáveis, optou-se em realizar por meio de entrevista, devido a possibilidade de alguma dificuldade de leitura ou interpretação das questões, o que poderia afetar as respostas.

A princípio, na lista fornecida pela ESF, faziam parte 345 mulheres que atendiam os critérios de inclusão, dessas, cinco participaram do estudo-piloto. Foram excluídas da pesquisa 122 participantes por diferentes motivos (mudança da área rural, não foram encontradas em casa, após três tentativas do entrevistador, falecimento, fora da faixa etária, recusa e declínio cognitivo), sendo que, 62 mulheres que não se encontravam na lista inicial foram incluídas por se apresentarem dentro dos critérios de inclusão, naquele momento. Sendo que, ao final, participou do estudo um total de 280 mulheres.

Para a coleta de dados foram utilizados quatro instrumentos: instrumentos de caracterização sociodemográfica e econômica, comportamental, de saúde reprodutiva e o *Inventário de Depressão de Beck* - BDI.

Os três primeiros instrumentos foram elaborados e baseados na literatura e em pesquisas científicas nacionais e internacionais. Foram submetidos à apreciação e validação de conteúdo por três juízes especializados na área.

O quarto instrumento, o BDI, é um instrumento utilizado para mensurar sintomas de depressão, em todo o mundo. Constitui-se de 21 questões. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga,

perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Cada questão contém quatro itens que recebem valores de zero a três pontos, permitindo um total de 63 pontos. Consideraram-se os seguintes pontos de corte: menor que 15 são considerados normais ou sem indicativo de depressão; entre 16 e 19 são indicativos de disforia ou depressão leve; escores de 20 a 29 indicativos de depressão moderada, e acima de 30 são indicativos de depressão grave.⁽¹³⁾

No presente estudo, considerou-se também o escore da somatória dos pontos das participantes no BDI. Este instrumento é de acesso público, autoaplicável, e já foi testado e validado para língua portuguesa. Utilizado em pesquisas com objetivos semelhantes.

As variáveis sociodemográficas e econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva investigadas foram: idade, escolaridade, cor, situação conjugal, ocupação remunerada, renda individual, valor da renda individual, renda familiar, atividade física, atividades de lazer, hábito de fumar, doença crônica, convivência com companheiro, número de pessoas residentes no domicílio, gravidez, filhos vivos, ocorrência de aborto e idade da mulher na primeira gestação.

As variáveis preditoras utilizadas na regressão linear múltipla foram: idade (classificada de forma quantitativa), escolaridade (classificada de forma quantitativa), renda individual (classificada em duas categorias: “sim”; “não”), convivência com companheiro (classificada em duas categorias: “boa”; “ruim”) e número de filhos vivos (classificada de forma quantitativa).

Ressalta-se que não houve separação de mulheres com diagnóstico prévio de depressão.

A consistência interna das respostas ao instrumento BDI foi medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach.

Os dados foram digitados no programa Excel®, empregando-se a técnica de validação por dupla digitação. A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Na análise univariada, as variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de

frequências absolutas (n) e relativas (%) e para as variáveis quantitativas, valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvios-padrão (dp) e valores máximo e mínimo (medidas de variação).

Na análise bivariada, foram usados o Teste *t-Student* e a correlação de *Pearson*. Para a análise multivariada, foi utilizada a regressão linear múltipla. A inclusão das variáveis preditoras na análise de regressão linear múltipla considerou a literatura nacional e internacional pertinente para o desfecho sintomas de depressão.

Para todos os testes, considerou-se um intervalo de confiança (IC) de 95,0% e um nível de significância α de 5%.

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, sendo aprovado com CAAE 21860113.2.0000.5393.

As entrevistas foram realizadas após a anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias. No caso de menores de idade, foi solicitado o aceite à adolescente e ao responsável legal que formalizaram as anuências por meio da assinatura do Termo de Assentimento.

Resultados

Participaram do estudo 280 mulheres com idade entre 15 e 49 anos, com média de idade de 33,6 anos (dp=9,8). A maioria considerava-se branca (72,1%) e era casada ou possuíam união estável (83,6%). Em relação à escolaridade, a média foi de sete anos de estudo (dp=3,3) e mediana de 7,0. O tempo de estudo variou de 0 a 15 anos. As participantes tinham de cinco a oito anos de estudo (36,4%).

A maioria não tinha ocupação remunerada, consideradas do lar (55,7%) e sem renda individual mensal (45,4%). Entre as que possuíam renda individual predominou a renda referente ao mercado informal (21,8%). O valor da renda individual predominante foi de um salário-mínimo (51,0%) e o da renda familiar foi entre um e dois salários-mínimos (37,2%).

Quanto as variáveis comportamentais, a maioria das participantes não realizava atividade física (80,7%), tinha atividades de lazer (54,3%), não fumava (78,2%), não possuía doença crônica (73,9%) e referiu ter “boa” convivência com o companheiro (91,9%). No que diz respeito ao número de pessoas residentes no domicílio, 65,3% das entrevistadas moravam com duas a quatro pessoas. A média de residentes no domicílio foi de 4,1 (dp=1,5) e mediana de 4,0 pessoas. A quantidade de residentes variou de um a dez, no mesmo domicílio.

No que tange as variáveis relacionadas à saúde reprodutiva, a maioria das mulheres já engravidaram (91,0%) e referiram não ter sofrido aborto (82,8%). A quantidade média de gestações foi de 2,8 (dp=1,7) gestações. Em relação à ocorrência de abortos, a média foi de 1,5 (dp=0,8). A média de filhos vivos foi de 2,5 (dp=1,43) filhos por mulher. Em relação à idade da mulher na primeira gestação, a média foi de 19,4 anos (dp=4,5) e mediana de 19,0 anos. A idade da primeira gravidez variou de 13 a 40 anos.

Em relação aos sintomas de depressão, a consistência interna, medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach no BDI foi de 0,93.

No BDI, o escore médio das entrevistadas foi de 8,3 (dp=9,5) pontos e mediana de 5,0 pontos, com variação entre 0 e 45.

Entre as participantes, 18,2% apresentaram sintomas de depressão pelo BDI, sendo que 5,0% foram classificadas com sintomas de depressão leve, 8,2% moderado e 5,0% com sintomas de depressão grave. A maioria (81,8%) foi classificada sem sintomas de depressão.

Na análise bivariada, as mulheres que referiram não realizar atividade física ($p=0,02$), possuir doença crônica ($p<0,001$), ter convivência “ruim” com companheiro ($p<0,001$) e ter filhos ($p=0,03$) obtiveram maior escore para sintomas de depressão (Tabela 1).

Na correlação, observou-se que quanto maior o número de pessoas que residem no domicílio ($p=0,01$), maior o número de filhos vivos ($p<0,001$), menor a escolaridade ($p=0,005$) e menor a idade da mulher na primeira gravidez ($p=0,007$), maior o escore dos sintomas de depressão (Tabela 2).

Tabela 1. Comparação das variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural

Variáveis	Sintomas de depressão		p-value*
	Média	Desvio-padrão	
Mora com companheiro			0,11
Sim	8,6	10,0	
Não	6,8	6,4	
Ocupação remunerada			0,46
Sim	7,8	9,8	
Não	8,7	9,3	
Renda individual			0,58
Sim	8,6	9,8	
Não	8,0	9,2	
Valor da renda individual mensal			0,59
Menos de um salário-mínimo	9,2	8,9	
Um ou mais salário-mínimo	8,3	10,4	
Atividade física			0,02
Sim	5,9	7,8	
Não	8,9	9,8	
Atividade de lazer			0,08
Sim	7,4	9,8	
Não	9,4	9,2	
Hábito de fumar			0,06
Sim	10,6	10,7	
Não	7,7	9,1	
Doença crônica			<0,001
Sim	12,5	11,5	
Não	6,9	8,3	
Convivência com companheiro			<0,001
Boa	7,6	9,2	
Ruim	20,6	11,7	
Filhos			0,03
Sim	8,8	9,8	
Não	5,8	7,3	
Aborto			0,18
Sim	10,6	11,7	
Não	8,4	9,3	

*p-value para o Teste t-Student

Tabela 2. Correlação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural

Variáveis	Sintomas de depressão		p-value*
	r		
Idade	0,04		0,54
Escolaridade	-0,17		0,005
Tempo de relacionamento	-0,03		0,66
Número de pessoas que residem no domicílio	0,15		0,01
Número de filhos vivos	0,22		<0,001
Idade da mulher na primeira gravidez	-0,17		0,007

*p-value de Pearson

A tabela 3 apresenta os resultados da análise de regressão linear múltipla. As participantes que referiram convivência “ruim” com o companheiro tiveram maior escore dos sintomas de depressão (Beta=0,34; $p<0,001$), mesmo após o ajuste para as demais variáveis previamente reconhecidas na literatura científica.

Além da convivência com companheiro, a variável número de filhos ($p=0,01$) foi preditor estatisticamente significativo do escore dos sintomas de depressão. Portanto, quanto maior o número de filhos, maior o escore dos sintomas de depressão.

Tabela 3. Relação entre variáveis sociodemográficas, econômicas, comportamentais e de saúde reprodutiva e o escore dos sintomas de depressão, em mulheres residentes na zona rural, em um modelo de regressão linear múltipla

Variáveis	Sintomas de depressão	
	Beta	<i>p-value*</i>
Idade**	-0,06	0,41
Escolaridade**	-0,08	0,24
Renda individual (sim=0; não=1)	-0,01	0,83
Convivência com companheiro (boa=0; ruim=1)	0,34	< 0,001
Número de filhos vivos**	0,18	0,01

**p-value* para o teste de mínimos quadrados; **variável quantitativa

Discussão

Dados de pesquisa realizada em uma comunidade rural de Minas Gerais, com um grupo de gestantes e um grupo controle de mulheres (entre 18 e 35 anos), as pontuações médias na escala de depressão foram de 8,05 e 2,58 pontos respectivamente.⁽¹⁴⁾ Considera-se uma pontuação baixa, entre a média das mulheres do grupo controle. A média entre as gestantes correspondeu à média encontrada no presente estudo, porém deve-se ressaltar o período em que essas mulheres se encontravam, levando em consideração a fase gestacional.

Constatou-se uma lacuna no conhecimento, referente a estudos nacionais relacionados aos sintomas de depressão, por meio do BDI, com mulheres rurais.

Entretanto, internacionalmente, em estudo com mulheres afro-americanas, residentes em comunidades rurais, a média do escore do BDI foi de 8,71 pontos.⁽¹⁵⁾ Esse resultado é consoante com o evidenciado na presente pesquisa.

Na Polônia, em investigação com população de áreas rurais, entre as mulheres, a média do BDI foi de 9,6 pontos,⁽¹⁶⁾ no México, as mulheres rurais apresentaram média de 10,6 pontos.⁽¹⁷⁾ e na Grécia, 10,4 pontos entre as participantes.⁽¹⁸⁾

Os achados dos estudos internacionais mostram que a média do escore dos sintomas de depressão foi igual ou superior ao identificado no presente estudo.

No estudo com mulheres afro-americanas, 81,1% apresentaram pontuação no intervalo mínimo do BDI e 10,2% sintomas leves de depressão.⁽¹⁵⁾ Resultado que corrobora com esta pesquisa.

No entanto, em estudo com mulheres rurais da Lituânia, 47,3% apresentaram nível de depressão baixo, 25,7% moderado e 27% de alto a muito alto.⁽⁷⁾ Na área rural do Kenya, também houve predomínio de mulheres rurais com depressão,⁽¹⁹⁾ dados superiores ao encontrado no presente estudo.

Os resultados evidenciaram que a convivência “ruim” com o companheiro é o principal preditor independente de sintomas de depressão em mulheres rurais. Diante dos achados, o número de filhos também configurou-se como um preditor dos escores das participantes no BDI.

Em estudo realizado em Bangladesh com gestantes, a depressão foi significativamente associada com a idade e a escolaridade e assim como no presente estudo com uma pior relação com o marido.⁽²⁰⁾ Ressalta-se que, especificamente, nesse estudo citado, o instrumento utilizado não foi o BDI, como na nossa pesquisa, porém é importante a comparação relacionada à variável relacionamento/convivência com o marido. Estudo de revisão mostra que a insatisfação conjugal e a discórdia estão fortemente relacionadas com sintomas depressivos em mulheres.⁽²¹⁾ Fato que pode ser agravado pelas dificuldades sociais, econômicas, comportamentais e de saúde nas quais as mulheres rurais estão inseridas. A exposição a determinadas circunstâncias, condições e comportamentos pode colocá-las em maior risco para a depressão.⁽⁵⁾

Investigação com população (homens e mulheres) rural do Haiti, o nível de educação foi significativamente associado com o escore do BDI, entre as mulheres.⁽²²⁾ Fato confirmado em pesquisa com população rural na Lituânia que, entre as mulheres,

maior idade e menor escolaridade apresentaram associação significativa com sintomas de depressão,⁽⁷⁾ dados não identificados no presente estudo.

O resultado de um estudo desenvolvido em pacientes atendidos no Centro de Saúde Rural de Kofinou identificou que o nível educacional é um fator importante e que está relacionado aos distúrbios mentais. Quanto maior a escolaridade, menor a presença de sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento emocional.⁽²³⁾

Em pesquisa realizada com mulheres que moravam em uma região rural da China, os autores evidenciaram que as participantes que apresentavam sintomas de depressão possuíam baixo nível socioeconômico, eram desempregadas, mais velhas e com baixa escolaridade.⁽²⁴⁾

As mulheres que vivem em áreas rurais e apresentam baixo nível de escolaridade são menos propensas, quando comparadas com as que vivem em áreas urbanas, a procurarem assistência frente a um transtorno mental, visto que possuem acesso limitado aos serviços de saúde, e especializados como os de saúde mental.⁽²⁵⁾

A prevalência de transtornos mentais parece ser amplamente comparável em áreas rurais e urbanas, entretanto, existem diferenças entre os dois ambientes que podem cursar com impacto e desfechos diferentes na saúde das mulheres. Em geral, viver em uma área rural limita o acesso aos serviços de saúde e estigmatiza a questão da saúde mental, dentro de um contexto cultural.⁽²⁶⁾ Portanto, a interação entre questões ambientais, sociais, culturais, econômicas e individuais evidencia a singularidade desta população.

Destaca-se que devido às características das participantes (mulheres rurais), assim como o instrumento utilizado (BDI), poucos estudos foram encontrados na literatura nacional e internacional.

Fundamental ressaltar como pertinente a realização de novas pesquisas, com o objetivo de aprofundar estas questões e trazer novas informações e subsídios para os profissionais de saúde, diante da lacuna existente em estudos relacionados a este tema.

Como limitações do estudo destacam-se: o número de perdas, devido, principalmente, à mudança

de residência; a realização da pesquisa em uma única área rural e o delineamento transversal que limita as interpretações sobre causalidade.

Conclusão

Os resultados revelaram que a maioria das participantes do estudo não apresentou sintomas de depressão. O fato delas não possuírem uma boa convivência com o companheiro esteve associado ao maior escore desses sintomas, assim como o número de filhos foi um preditor do escore no BDI. Contudo, evidenciou-se que fatores sociodemográficos, econômicos, comportamentais e de saúde reprodutiva podem influenciar a saúde mental das mulheres rurais, principalmente os relacionados aos sintomas de depressão, como evidenciados no presente estudo.

Colaborações

Parreira BDM e Gomes-Sponholz F participaram da concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Goulart BF, Ruiz MT e Silva SR colaboraram com a redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final do manuscrito.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Media Centre. Depression. Geneva: WHO; 2016.
2. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*. 2013; 12:13-24.
3. Andrade LH, Viana, MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(2):43-54.
4. Accortt EE, Freeman MP, Allen JJ. Women and major depressive disorder: clinical perspectives on causal pathways. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008; 17(10):1583-90.
5. Winters CA, Cudney S, Sullivan T. Expressions of depression in rural women with chronic illness. *Rural Remote Health*. 2010; 10(4):1-14.
6. Maideen SF, Sidik SM, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia. *PLoS One*. 2014; 22:9(4):e95395.

7. Sidlauskaitė-Stripeikienė I, Zemaitienė N, Klumbienė J. Associations between depressiveness and psychosocial factors in Lithuanian rural population. *Medicina (Kaunas)*. 2010; 46(10):693-9.
8. Fox JA, Kim-Godwin Y. Stress and depression among Latina women in rural southeastern North Carolina. *J Community Health Nurs*. 2011; 28(4):223-32.
9. Aguilar Pardo MD, López Padilla DI, Alger J, Gonzáles M, Padgett D, Sosa C, et al. Prevalencia de depresión en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades rurales de la región central de Honduras. *Rev Med Hondur*. 2010; 78(4):174-8.
10. Bansal P, Chaudhary A, Soni RK, Sharma S, Gupta VK, Kaushal P. Depression and anxiety among middle-aged women: A community-based study. *J Family Med Prim Care*. 2015; 4(4):576-81.
11. Zang H, He L, Chen Y, Ge J, Yao Y. The association of depression status with menopause symptoms among rural midlife women in China. *Afr Health Sci*. 2016; 16(1):97-104.
12. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Couto AM, Gelati TR. Prevalência de sinais e sintomas digestórios em trabalhadoras rurais e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(5):460-6.
13. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996; 29(4):453-7.
14. Dias FM, Junior CS, Franco GC, Teixeira AL, Ribeiro AM. Pregnancy is associated with psychiatric symptoms in a low-income countryside community of Brazil. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011; 7:709-14.
15. Gary FA, Yarandi HN. Depression among southern rural African American Women: a factor analysis of the beck depression inventory-II. *Nurs Res*. 2004; 53(4):251-9.
16. Łojko D, Czajkowska A, Suwalska A, Pałys W, Jaracz K, Górna K, et al. Symptoms of depression among adults in rural areas of western Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2015; 22(1):152-5.
17. Nance DC. Depression, alcohol abuse, and generational differences in mazahua women in a rural Mexican village. *Issues Ment Health Nurs*. 2004; 25(7):673-92.
18. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Linardakis M, Shea S, Panagiotakos D, Lionis C. Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. *BMC Psychiatry*. 2015; 15:173.
19. Musyimi CW, Mutiso VN, Nayak SS, Ndetei DM, Henderson DC, Bunders J. Quality of life of depressed and suicidal patients seeking services from traditional and faith healers in rural Kenya. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15(1):95.
20. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2011; 2:11:22.
21. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119-38.
22. Wagenaar BH, Hagaman AK, Kaiser BN, McLean KE, Kohrt BA. Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross sectional study in rural Haiti. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:149.
23. Stavrou G, Paikousis L, Jelastopulu E, Charalambous G. Mental Health in Cypriot Citizens of the Rural Health Centre Kofinou. *Healthcare (Basel)*. 2016; 4(4). pii: E81.
24. Qiu P, Caine ED, Hou F, Cerulli C, Wittink MN, Li J. The Prevalence of Distress and Depression among Women in Rural Sichuan Province. *PLoS One*. 2016; 11(8):e0161097.
25. Dolja-Gore X, Loxton DJ, D'Este CA, Byles JE. Mental health service use: is there a difference between rural and non-rural women in service uptake? *Aust J Rural Health*. 2014; 22(3):92-100.
26. Meyrueix L, Durham G, Miller J, Smalley KB, Warren JC. Association between Depression and Aggression in Rural Women. *J Health Dispar Res Pract*. 2015; 8(4):136-44.