

Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas

Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities

Sabrina Martins Barroso^I, Ana Paula Melo^{II}, Mark Drew Crosland Guimarães^{III}

RESUMO: *Introdução:* A população quilombola está sujeita a inúmeros fatores de vulnerabilidade social, mas poucos estudos investigam suas condições de saúde física ou mental. *Objetivos:* Investigar os fatores associados à depressão para homens e mulheres. *Metodologia:* Estudo populacional, transversal, com 764 participantes selecionados aleatoriamente em 5 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. A depressão foi definida por ≥ 10 pontos avaliados pela escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) e presença de 5 ou mais sintomas. Estimou-se a razão de prevalência, com intervalo confiança de 95% por meio de regressão de Poisson com estimadores robustos, estratificada por sexo. *Resultados:* Para os homens, os fatores associados à depressão foram diagnóstico prévio de doença crônica, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim e acesso ruim aos serviços de saúde. Para as mulheres, os fatores associados foram diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, histórico de tabagismo e se autodeclarar como não negra. *Conclusão:* Os fatores associados à depressão diferem entre homens e mulheres e precisam ser considerados nas intervenções para combater a depressão nessa população.

Palavras-chave: Depressão. Fatores sexuais. Associação. Saúde da população rural. Diagnóstico. Saúde pública.

^IUniversidade Federal de Minas Gerais; Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (MG), Brasil.

^{II}Departamento de Medicina, Universidade Federal de São João Del Rei – Divinópolis (MG), Brasil

^{III}Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Autor correspondente: Sabrina Martins Barroso. Curso de Psicologia, Centro Educacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Avenida Getúlio Guaritá, 159, sala 320. CEP: 38025-440, Uberaba, MG, Brasil. E-mail: sa.barroso@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Este trabalho representa parte de uma tese de doutorado que recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

ABSTRACT: Introduction: The *Quilombola* population is subject to numerous sources of social vulnerability, but few studies investigate their physical or mental health conditions. **Objectives:** To investigate the factors associated with depression in men and women, separately. **Methodology:** Cross-sectional population-based study with 764 randomly selected participants from five quilombo communities in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. The cutoff point for depression was ≥ 10 points, assessed by the Patient Health Questionnaire score (PHQ-9), and the presence of five or more symptoms. We estimated the prevalence ratio with 95% confidence intervals using Poisson regression models with robust estimators stratified by gender. **Results:** Among men, factors associated with depression were previous diagnosis of chronic illnesses, poor/very poor health self-assessment, and poor access to health services. Among women, the associated factors were previous diagnosis of psychiatric disorders, poor/very poor health self-perception, history of tobacco smoking, and self-declaration of race as not black. **Conclusion:** Factors associated with depression differ between men and women and must be considered in interventions to fight depression within this population.

Keywords: Depression. Sex factors. Association. Rural health. Diagnosis. Public health.

INTRODUÇÃO

A prevalência mundial da depressão está estimada entre 2,2 e 10,4%¹. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2008 estimou a prevalência da depressão na população geral em 4,1%². Estudos realizados em diferentes países indicam a gravidade da doença³, seu caráter epidêmico⁴, elevado custo para os serviços de saúde⁵ e sua relação com fatores de vulnerabilidade social¹. Outro achado frequente consiste na observação da maior prevalência da depressão entre as mulheres, na proporção de 2:1³.

As explicações para a maior prevalência feminina da depressão incluem hipóteses de reação biológica ao estresse⁶, dupla jornada de trabalho⁷ e uso de estratégias de enfrentamento menos eficazes⁸. As diferenças entre homens e mulheres não se restringem à prevalência da depressão. Alguns estudos observaram diferenças nas respostas ao tratamento com antidepressivos⁹, na capacidade de recordar alterações de humor¹⁰ e na modulação dos sintomas depressivos¹¹. Contudo, outros estudos indicam ausência de diferenças entre os sexos na prevalência da depressão em culturas nas quais existe maior valorização feminina¹² e em subpopulações específicas, como afro-americanos¹³, israelenses jovens¹⁴ e judeus ortodoxos residentes em Londres¹⁰.

As investigações sobre a saúde mental das populações tradicionais brasileiras são muito escassas, mas um estudo¹⁵ indicou prevalência de 29% de depressão entre índios Karajás. Outra subpopulação brasileira tradicional é a quilombola. Os quilombolas são um grupo social afro-brasileiro que descende de escravos, vive em áreas rurais nas quais no período escravagista existiam quilombos e que ainda mantém vínculos com a cultura negra^{16,17}. Em 1988, o governo brasileiro reconheceu os direitos quilombolas e lhes conferiu a posse de suas terras, entretanto, as áreas quilombolas são predominantemente rurais, com pouca infraestrutura e reduzido acesso aos serviços de saúde, o que caracteriza sua vulnerabilidade e gera questionamentos sobre sua saúde física e mental^{16,17}. Apesar de seu histórico de

vitimização étnica e social, os quilombolas têm sido negligenciados nas políticas públicas de saúde^{16,18} e poucos estudos investigaram suas condições de saúde^{18,21}.

Com relação à saúde mental, um estudo²⁰ investigou a comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos, Paraíba, e observou presença de alcoolismo e problemas mentais. Outro²¹, enfocando a depressão na população quilombola da Bahia, observou prevalência do transtorno similar à da população geral brasileira e ausência de diferenças por sexo na prevalência e intensidade dos sintomas depressivos. Estudos sobre tal temática ainda são poucos^{18,21} e até o momento nenhum havia investigado diferenças entre os sexos nos determinantes do adoecimento mental nessa população. Considerando a escassez de informações sobre a população quilombola e sobre os fatores associados à depressão para cada sexo, o presente trabalho visou analisar os fatores associados à depressão de homens e mulheres adultos residentes em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia, estratificados por sexo.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Estudo de base populacional, transversal, desenvolvido para avaliar vários determinantes de saúde de comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia (Projeto COMQUISTA), em 2011. O município contava com 25 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares no período de realização do estudo, divididas em 5 distritos. Para definição da amostra considerou-se uma comunidade por distrito, comunidades com mais de 50 domicílios, coleta de dados domiciliar, selecionar aleatoriamente os domicílios, proporcionalmente pelo tamanho da comunidade, inclusão de todos os moradores maiores de 18 anos dos domicílios selecionados, estimativa de censitária de 2 a 3 moradores por domicílio, prevalência de 50%, pela investigação de múltiplos eventos, nível de precisão de 5%, nível de confiança de 95%, efeito do desenho = 2 e estimativa de perda de 30%. Por tais critérios havia 2.935 adultos elegíveis e a amostra foi definida em 884 indivíduos. Ao término da coleta de dados as perdas foram de 12%, fazendo com que o total de 764 entrevistados apresentasse poder amostral satisfatório para identificação da prevalência da depressão e dos fatores associados à depressão nessa população, a partir da razão de prevalência 1,1. Os detalhes metodológicos do projeto COMQUISTA podem ser obtidos em um artigo metodológico sobre o tema²².

INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO

O desfecho estudado foi a depressão, definida como triagem positiva para episódio depressivo maior, por meio da *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). Considerou-se a presença da depressão quando o indivíduo obteve pontuação igual ou superior a 10 pontos na PHQ-9 e indicou presença de 5 ou mais sintomas na escala, estando obrigatoriamente entre eles o humor deprimido e/ou a anedonia na maioria dos dias. A PHQ-9 é composta por 9 afirmações que se referem aos últimos

15 dias, baseadas nos 9 critérios de identificação da depressão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, 4ª edição. Para cada afirmação são dadas 4 possibilidades de resposta, variando entre 0 (nenhuma vez) e 3 (quase todos os dias), sendo a pontuação máxima possível de 27 pontos²³. A adequação da escala para utilização na população quilombola foi previamente investigada por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI). Essa forma de análise identifica a capacidade de cada item de um instrumento para obter informações sobre o evento investigado, discriminar grupos segundo as respostas dadas aos itens e também as possíveis dificuldades de compreensão dos itens²⁴.

Os dados foram coletados por entrevistadores treinados, em entrevistas individuais, utilizando uma adaptação do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde, cuja adequação foi testada em estudo piloto²². Foram consideradas as variáveis: sexo, idade, escolaridade, desemprego, inserção no mercado de trabalho antes de 16 anos, ter sofrido violência física ou sexual, participar de atividades em grupo e religiosas, praticar exercício físico, ver televisão, consumir bebida alcoólica, histórico de tabagismo, autorrelato de diagnóstico médico prévio de doença crônica e/ou transtorno psiquiátrico, autoavaliação de saúde, uso de serviço de saúde no último ano e índice de acesso aos serviços de saúde. O índice de acesso foi composto considerando características do serviço de saúde (composição da equipe de profissionais de saúde) e do domicílio (cadastro na Unidade Básica de Saúde e número de visitas dos agentes comunitários de saúde)²¹.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Universidade São Francisco de Barreiras e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foram realizadas análises descritivas estratificadas por sexo e avaliadas as diferenças no comportamento dos quilombolas por sexo, por meio de medidas de tendência central e do teste do χ^2 . Os potenciais fatores associados à depressão foram investigados por meio de análise bivariada e multivariada, estratificadas por sexo. Foi utilizada a regressão de Poisson com estimadores robustos para obter as razões de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Seguindo indicações da literatura²⁵, foram consideradas para as análises multivariadas todas as variáveis com valor $p \leq 0,20$ nas bivariadas, permanecendo nos modelos finais para cada sexo apenas as variáveis significativas ($p \leq 0,05$). A adequação dos modelos finais foi verificada por meio dos testes Goodness-of-fit e Omnibus. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software SAS, versão 9.0.

RESULTADOS

ANÁLISE DESCRITIVA

Dos 884 participantes definidos para a amostra, 764 foram entrevistados, desses, 355 (46,4%) eram homens e 409 (53,6%) eram mulheres. Os participantes que não foram encontrados

após 3 tentativas, se recusaram a participar do estudo ou preencheram de modo incompleto os instrumentos foram excluídos, totalizando 50 homens e 37 mulheres.

A depressão foi observada em 10,4% dos homens e 13,4% das mulheres, não mostrando diferenças estatísticas entre os sexos. As mulheres se identificaram mais como negras, eram mais jovens, apresentavam maior desemprego, começaram a trabalhar mais tarde, possuíam mais diagnóstico de doença crônica, utilizaram mais os serviços de saúde e participaram mais de atividades religiosas do que os homens (Tabela 1). Os homens participavam mais de atividades em grupo, trabalhos voluntários, praticavam mais atividades físicas e consumiam mais bebidas alcoólicas e cigarros do que as mulheres.

Tabela 1. Características dos participantes separadamente por sexo. Vitória da Conquista, BA, Brasil, 2011 (n = 764).

Variáveis individuais	Homens (n = 355)		Mulheres (n = 409)		χ^2 por sexo	Valor p
	n	%	n	%		
Depressão	37	10,4	55	13,4	1,62	0,202
Características socioeconômicas						
Cor/raça						
Negra	286	80,6	356	87,0		
Não negra	69	19,4	53	13,0	5,9	0,015
Quilombola						
Não	63	17,7	52	12,7	3,8	0,052
Sim	292	82,3	357	87,3		
Situação conjugal						
Com companheiro	222	62,5	252	61,6	0,1	0,793
Sem companheiro	133	37,5	157	38,4		
Idade (anos)						
18 – 40	154	43,4	217	53,1	7,1	0,008
41 +	201	56,6	192	46,9		
Escolaridade (anos de estudo)						
5 +	104	29,3	112	27,4	1,7	0,431
1 – 4	127	35,8	165	40,3		
0	124	34,9	132	32,3		
Renda familiar (salários mínimos)*						
> 0,5	238	67,0	262	64,1	0,7	0,387
≤ 0,5	117	33,0	147	35,9		
Desempregad						
Não	269	75,8	299	73,1		
Sim	86	24,2	110	26,9	181,6	< 0,001
Idade do primeiro emprego (anos)						
16 +	66	18,6	164	40,1	41,8	< 0,001
≤ 15	289	81,4	245	59,9		

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis individuais	Homens (n = 355)		Mulheres (n = 409)		χ^2 por sexo	Valor p
	n	%	n	%		
Condições de saúde e violência						
Autoavaliação de saúde						
Muito boa/boa	162	45,6	177	43,3	4,7	0,095
Razoável	141	39,7	189	46,2		
Ruim/muito ruim	52	14,6	43	10,5		
Diagnóstico de doença crônica						
Não	159	44,8	119	29,1	20,2	< 0,001
Sim	196	55,2	290	70,9		
Diagnóstico de transtorno psiquiátrico						
Não	342	96,3	395	96,6	0,1	0,858
Sim	13	3,7	14	3,4		
Violência física ou sexual						
Não	345	97,2	399	97,6	0,1	0,748
Sim	10	2,8	10	2,4		
Uso serviço 12 meses						
Sim	152	42,8	231	56,5	14,2	< 0,001
Não		203	57,2	178	43,5	
Índice de acesso aos serviços de saúde						
Bom	165	46,5	198	48,4	0,3	0,845
Razoável	85	23,9	92	22,5		
Ruim	105	29,6	119	29,1		
Estratégias de enfrentamento						
Suporte social						
Sim	338	95,2	33	8,1	3,3	0,068
Não	17	4,8	376	91,9		
Participação em atividades religiosas						
Sim	242	68,2	332	81,2	17,2	< 0,001
Não	113	31,8	77	18,8		
Participação em atividades em grupo						
Sim	144	40,6	71	17,4	50,6	< 0,001
Não	211	59,4	378	82,6		
Participação em trabalhos voluntários						
Sim	98	27,6	67	16,4	14,1	< 0,001
Não	257	72,4	342	83,6		
Prática de exercício físico						
Sim	120	33,8	74	18,1	24,8	< 0,001
Não	235	66,2	335	81,9		
Assiste TV						
Sim	261	73,5	324	79,2	3,4	0,064
Não	94	26,5	85	20,8		
Consumo de bebida alcoólica						
Não	155	43,7	296	72,4	64,8	< 0,001
Sim	200	56,3	113	27,6		
Consumo de tabaco						
Nunca fumou	230	64,8	332	81,2	26,2	< 0,001
Fuma/fumou	135	35,2	77	18,8		

*Salário mínimo de R\$ 545,00 na data da coleta dos dados.

ANÁLISE BIVARIADA

Para os homens, os fatores estatisticamente associados à depressão ($p \leq 0,05$) foram: ter 41 anos ou mais, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, diagnóstico prévio de doença crônica, acesso ruim aos serviços de saúde e não praticar exercício físico. As demais variáveis consideradas para o modelo multivariado ($p \leq 0,20$) foram: menor escolaridade, desemprego, inserção no mercado de trabalho antes dos 16 anos, acesso razoável aos serviços de saúde, não participar de atividades em grupo, consumir bebida alcoólica e histórico de tabagismo.

Para as mulheres, os fatores estatisticamente associados à depressão ($p \leq 0,05$) foram: autodeclarar-se como não negra, inserção no mercado de trabalho antes dos 16 anos, autoavaliação de saúde ruim/muito ruim, diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, participar de trabalho voluntário, histórico de tabagismo e índice de acesso aos serviços de saúde ruim ou razoável. As demais variáveis consideradas para o modelo multivariado ($p \leq 0,20$) foram: ter 41 anos ou mais, diagnóstico prévio de doença crônica, ter sofrido violência física ou sexual e não assistir televisão.

ANÁLISE MULTIVARIADA

Ao realizar a análise multivariada para os participantes do sexo masculino (Tabela 2), ajustada por todas as bivariadas com valor p até 0,20, observou-se uma maior probabilidade de identificação da depressão entre os homens que relataram que um médico já os havia diagnosticado com alguma doença crônica, tais como tuberculose, hipertensão arterial, entre outras (RP = 5,1; IC95% 1,8 – 14,8) do que entre os homens sem diagnósticos prévios.

Tabela 2. Análise multivariada para os homens e mulheres, Vitória da Conquista, BA, 2011 (n = 764).

Variáveis	Homens		
	RP	IC95%	Valor p
Diagnóstico de doença crônica	5,1	1,8 – 14,8	0,002
Autoavaliação de saúde ruim/muito ruim	2,3	1,1 – 5,1	0,036
Índice de acesso aos serviços ruim	1,9	1,1 – 4,1	0,049
Variáveis	Mulheres		
	RP	IC95%	Valor p
Diagnóstico de transtorno psiquiátrico	2,4	1,2 – 4,8	0,011
Autoavaliação de saúde ruim/muito ruim	2,4	1,2 – 4,8	0,011
Raça/cor não negra	1,5	1,3 – 1,9	0,015
Histórico de tabagismo	1,9	1,2 – 3,2	0,015

RP: razão de prevalência ajustada; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

A depressão também foi maior entre aqueles que consideravam a própria saúde como ruim/ muito ruim, quando comparados aos que consideravam sua saúde como boa/ muito boa (RP = 2,3; IC95% 1,1 – 5,1) e para os homens cujo índice de acesso aos serviços de saúde era ruim, quando comparados aos com índice de acesso aos serviços bom (RP = 1,9; IC95% 1,1 – 4,1).

Para as mulheres, os fatores associados à depressão indicaram maior probabilidade de triagem positiva entre as mulheres que relataram que um médico já as havia diagnosticado com transtorno psiquiátrico do que entre as mulheres sem diagnóstico prévio de problemas psiquiátricos (RP = 2,4; IC95% 1,2 – 4,8). De forma similar aos homens, houve maior chance de identificação positiva para depressão entre as mulheres que percebiam sua saúde como ruim do que entre as que avaliavam a própria saúde como boa (RP = 2,4; IC95% 1,1 – 4,8). Além disso, as mulheres que se autodeclararam como não negras apresentaram maior chance de identificação positiva de depressão do que as autodeclaradas negras (RP = 1,5; IC95% 1,3 – 1,9) e as que apresentavam histórico de tabagismo do que as que nunca fumaram (RP = 1,9; IC95% 1,2 – 3,2). Os modelos se mostraram adequados tanto para os homens (Goodness-of-fit 138,63; $p = 0,397$ e Omnibus 28,69; $p < 0,001$) quanto para as mulheres (Goodness-of-fit 216,09; $p = 0,531$ e Omnibus 4,61; $p = 0,032$).

DISCUSSÃO

As comunidades investigadas são rurais e as análises descritivas mostraram que os homens quilombolas apresentaram um perfil mais “ativo” do que as mulheres, o que vem sendo associado a papéis sociais de masculinidade na população brasileira geral²⁶. Esse perfil indica o homem como provedor da família, precisando ter atividade laboral fora de casa, alguém mais racional e objetivo²⁷. Além disso, mostra que os homens se envolvem mais em atividades físicas e têm atividades de recreação grupais (por exemplo, futebol), além de maior consumo de substâncias psicoativas, tais como álcool e tabaco^{26,27}. A observação de que os homens residentes em comunidades quilombolas seguem o padrão esperado como mais “masculino” na população brasileira pode ajudar a compreender porque os fatores associados à depressão entre os homens representam aspectos de saúde física (presença de doença física crônica, pior percepção de saúde) ou problemas mais concretos (acesso aos serviços de saúde). O estudo sobre papéis de gênero no Brasil indica que o adoecimento físico é mais comum entre pessoas que adotam papéis sociais mais masculinos, enquanto a feminilidade é associada à maior instabilidade emocional e ao desenvolvimento de doenças psicológicas/psiquiátricas²⁷.

As mulheres quilombolas também indicaram seguir o papel mais esperado de pessoas do sexo feminino, relatando mais doenças crônicas e com atividades de lazer/enfrentamento mais individuais, tais como participar de práticas religiosas. Investigações sobre o papel de gênero na cultura brasileira ainda descrevem as mulheres como associadas a uma postura mais submissa e receptiva em relação ao homem, o que as levaria a casamentos com homens mais velhos e a permanecer mais em casa, assumindo funções de cuidadora do lar e da família²⁷, tal como observado entre as mulheres quilombolas investigadas.

Os resultados mostraram que os fatores associados à depressão em adultos residentes em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, diferem entre homens e mulheres,

apesar de não haver diferença entre os sexos na prevalência da depressão nessa população²¹. A existência de fatores associados à depressão distintos para homens e mulheres já havia sido indicada em estudo anterior²⁸, no qual se observou que não residir com um companheiro e ter menor rede social estavam associados à depressão entre homens idosos, mas que tais fatores não se relacionavam à depressão nas mulheres idosas investigadas. Outros trabalhos mostraram que homens e mulheres diferem nas relações que estabelecem com a saúde⁷ e na forma de utilização dos serviços de saúde, inclusive na população quilombola²⁹.

No presente estudo foi observada associação entre a depressão e a pior autopercepção da saúde tanto para homens quanto para mulheres, indicando que a forma como a pessoa percebe sua condição de saúde é um fator muito importante para compreender o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, independente do sexo. Estudos sobre adoecimento mental em outras populações^{5,7} e investigações sobre outras condições de saúde na população quilombola^{18,19,21} já haviam indicado a relação entre a pior autopercepção da saúde e o adoecimento físico^{18,19,30} e mental²¹. Esse é um aspecto ainda pouco trabalhado em intervenções de saúde, mas afeta a procura por serviços de saúde e a adesão ao tratamento de diversas doenças³¹⁻³³, o que denota sua importância e a necessidade de ser incluído em intervenções com a população quilombola.

A existência de doenças pré-existentes também se mostrou importante para ambos os sexos, variando o tipo de doença. Para os homens, o diagnóstico prévio de doença física crônica esteve associado à depressão, enquanto para as mulheres a associação ocorreu entre a depressão e o diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico. Essas observações destacam a importância de conhecer e tratar condições crônicas de saúde em populações de baixa renda. A presença de uma doença crônica, especialmente não tratada, denota o precário acesso aos serviços de saúde, coloca em risco (real ou imaginário) a capacidade de desenvolver as atividades cotidianas e piora a autopercepção de saúde dos portadores. Em comunidades pobres, como as comunidades quilombolas investigadas, o diagnóstico de uma doença crônica só costuma ser feito para casos mais graves, nos quais os sintomas podem ser incapacitantes e, com isso, podem prejudicar as atividades laborais ou a independência funcional do indivíduo, representando um risco para a manutenção da subsistência familiar^{26,27}. A observação da associação entre o adoecimento físico e a depressão, observada entre os homens quilombolas, pode ser explicada nesse sentido. Nas comunidades quilombolas a maior parte dos homens atua como trabalhador rural e uma doença crônica poderia impedir essa atividade, acarretando preocupação constante para os homens sobre a manutenção do sustento familiar, com isso, facilitando o surgimento do transtorno depressivo.

Além disso, para obter um diagnóstico adequado de doenças físicas crônicas ou de transtornos psiquiátricos, o indivíduo precisa consultar um profissional e, por vezes, fazer exames laboratoriais ou de imagem. Quanto maior o nível de complexidade diagnóstica, como ocorre nos transtornos mentais, maior a dificuldade de acesso para os moradores de populações carentes ou rurais³⁴. Dadas as precárias condições de acesso aos serviços de saúde da população quilombola, a necessidade de consulta com médico especialista e/ou de exames complementares pode privar uma parcela importante da população de um diagnóstico e tratamento necessários. Esse quadro se agrava quando o transtorno é mental. Entre os quilombolas entrevistados, mais da metade das mulheres (55,2%) e 44% dos homens relataram

haver recebido diagnóstico médico prévio de doença crônica, mas apenas 3,5% relataram haver recebido diagnóstico anterior de transtorno psiquiátrico, valor bem inferior ao de triados para depressão na investigação.

A relação entre depressão e o pior acesso aos serviços de saúde se mostra de forma ainda mais direta entre os homens quilombolas. A população quilombola é predominantemente rural, o que já foi identificado como um fator associado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde^{15,16,20} e relacionado à maior prevalência da depressão em outros estudos^{21,34}. Nas comunidades investigadas no projeto COMQUISTA, um estudo anterior²⁰ explicitou a precariedade de acesso aos serviços de saúde relatando que apenas três das cinco comunidades do projeto possuíam sede para a Unidade Básica de Saúde que atendia à comunidade. Nas demais, os procedimentos de saúde eram realizados nas escolas ou na casa dos agentes comunitários. Os autores também mostraram que os quilombolas utilizavam menos os serviços de saúde do que a população brasileira geral e que o uso era influenciado pelo sexo. As mulheres utilizaram mais os serviços de saúde do que os homens, corroborando achados de outros trabalhos sobre o uso³⁴ e o melhor monitoramento de doenças entre as mulheres³⁵. A maior busca das mulheres por atendimentos em saúde pode contribuir para que suas doenças sejam mais frequentemente identificadas e tratadas, o que acarreta aumento artificial na prevalência estimada de algumas doenças entre elas, mas possibilita melhores prognósticos de evolução da doença.

Outros dois fatores se mostraram associados à depressão entre as mulheres: histórico de tabagismo e autoidentificação como não negra. Entre os quilombolas investigados havia mais homens fumantes, mas a associação entre tabagismo e depressão ocorreu apenas para as mulheres. Esse resultado pode indicar existência de maior nível de ansiedade entre as mulheres, que buscariam no cigarro uma forma para tentar lidar com situações ansiogênicas, o que representa uma estratégia de enfrentamento pouco eficaz. Essa interpretação se baseia em achados anteriores sobre o tabagismo, que o associam à maior prevalência de transtornos de humor e psiquiátricos entre mulheres^{34,36}.

A relação entre depressão e se autodeclarar não negra, observada entre as mulheres quilombolas, desperta algumas hipóteses. Uma explicação para esse resultado é que a associação deriva de vivências contínuas de estigma por se autodeclarar negra no Brasil^{16,17}. Contudo, dadas as escolhas metodológicas do presente estudo, não é possível aprofundar as explicações dessa observação. Investigações futuras, com metodologia delineada para responder a esse tipo de pergunta deverão ser conduzidas para esclarecer a relação entre a raça/cor, estigma social e a depressão entre mulheres quilombolas.

Além dessa limitação, é necessário apontar algumas outras. A escolha de um delineamento transversal impede o estabelecimento de relações causais diretas entre o evento e as variáveis explicativas investigadas. Outra limitação se refere à utilização de medidas de autorrelato sem confirmação clínica. O poder estatístico da amostra também representou uma limitação para estimar a prevalência da depressão estratificada por sexo, pois esse não era um dos objetivos originais do projeto. Assim, estudos posteriores são necessários para esclarecer diferenças nos sintomas depressivos entre homens e mulheres e avançar nos estudos sobre a depressão na população quilombola.

CONCLUSÃO

Considerar a existência de doenças crônicas e da percepção individual das pessoas sobre sua saúde se mostrou relevante para ambos os sexos, bem como se demonstrou a necessidade de melhorar o acesso dos quilombolas aos serviços de saúde. Os resultados também explicitaram que intervenções focadas em identificar doenças físicas crônicas podem contribuir mais para o combate à depressão entre os homens, enquanto intervenções antitabagistas e que identifiquem outros transtornos psiquiátricos podem ser mais efetivas para as mulheres. Sensibilizar as equipes de saúde para essas diferenças e capacitá-los para utilizar instrumentos de triagem para diferentes doenças pode direcionar os encaminhamentos para atendimento médico especializado, auxiliando a detecção precoce e o tratamento de vários problemas nessa população, entre eles a depressão.

REFERÊNCIAS

1. Kessler RC, Birnbaum HG, Shahly V, Bromet E, Hwang I, McLaughlin KA, et al. Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Health Survey Initiative. *Depress Anxiety* 2010; 27(4): 351-64.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011; 9: 90.
4. Marcus M, Yasami MT, van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression: a global public health concern, 2012 [Internet] 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf (Acessado em 30 de maio de 2014).
5. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clín* 2012; 39(6): 194-7.
6. Zammit S, Owen MJ. Stressful life events, 5-HTT genotype and risk of depression. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 199-201.
7. Hofmann SG, Anu Asnaani MA, Hinton DE. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2010; 27(12): 1117-27.
8. Southwick SM, Charney DS. The Science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* 2012; 338(6103): 79-82.
9. Khan A, Brodhead AE, Schwartz KA, Kolts RL, Brown WA. Sex differences in antidepressant response in recent antidepressant clinical trials. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25(4): 318-24.
10. Loewenthal K, Goldblatt V, Gordon T, Lubitsch G, Bicknell H, Fellowes D, et al. Gender and depression in Anglo-Jewry. *Psychol Med* 1995; 25(5): 1051-63.
11. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in the lifetime depression rates: fact or artifact? *Psychol Med* 1994; 24(1): 97-111.
12. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries: cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med* 2010; 71(2): 305-13.
13. Brown DR, Ahmed F, Gary LE, Milburn NG. Major depression in a community sample of African Americans. *Am J Psychiatry* 1995; 152(3): 373-8.
14. Levav I, Kohn R, Dohrenwend BP, Shrout PE, Skodol AE, Schwartz S, et al. An epidemiological study of mental disorders in a 10-year cohort of young adults in Israel. *Psychol Med* 1993; 23(3): 691-707.
15. Lima FL, Caixeta LF, Oliveira ME, Peleja AAC, Barros NM, Oliveira PHT. Prevalência de transtornos mentais entre indígenas da etnia Karajá em serviço de atenção primária em psiquiatria. In: 63ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Goiânia: SBPC; 2011. Disponível em: http://200.137.221.67/conpeex/2010/online/artigos/pibic/pibic_miolo_2.pdf (Acessado em 30 de junho de 2014).

16. Brasil. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Relatório de avaliação do plano plurianual 2008-2011. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial; 2009. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais-1/catalogo/orgao-essenciais/secretaria-de-politicas-de-promocao-de-igualdade-racial/relatorio-de-avaliacao-do-plano-plurianual-2008-2011>(Acessado em 28 de janeiro de 2015).
17. Lindoso D. A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica. Maceió: EDUFAL; 2011.
18. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde Soc* 2007; 16(2): 111-24.
19. Souza CL, Barroso SM, Guimaraes MDC. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(6): 1653-62.
20. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc* 2010; 19(Suppl 2): 109-20.
21. Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica* 2014; 35(4): 256-63.
22. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(6): 1835-47.
23. Osório FL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care* 2009; 45(3): 216-27.
24. Pasquali L. TRI - Teoria de Resposta ao Item: teoria, procedimentos e aplicações. 1 ed. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM; 2007.
25. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley and Sons; 2000.
26. Acosta, F, Andrade A, Bronz A. *Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2004.
27. Brito MNC. Gênero e cidadania: referenciais analíticos. *Rev Est Fem* 2001; 9(1): 291-8.
28. Sonnenberg CM, Deeg DJ, van Tilburg TG, Vink D, Stek ML, Beekman AT. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *Int Psychogeriatr* 2013; 25(1): 61-70.
29. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(9): 1829-42.
30. Volochko AA. Saúde nos Quilombos. In: Volochko A, Batista LE. *Saúde nos Quilombos*. São Paulo: Instituto de Saúde, SESSP; 2009. p. 147-68.
31. Faustino QM, Seidl EMF. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. *Psic Teor e Pesq* 2010; 26(1): 121-30.
32. Mezuk B, Rafferty JA, Kershaw KN, Hudson D, Abdou CM, Lee H, et al. Reconsidering the role of social disadvantage in physical and mental health: stressful life events, health behaviors, race, and depression. *Am J Epidemiol* 2010; 172(11): 1238-49.
33. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Suppl 2): 51-9.
34. Castro MGT, Oliveira MS, Araujo RB, Pedroso RS. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2008; 30(1): 25-30.
35. Ryba MM, Hopko DR. Gender differences in depression: assessing mediational effects of overt behaviors and environmental reward through daily diary monitoring. *Depress Res Treat* 2012; 865679.
36. Barros FCR. *Prevalência do tabagismo e seus fatores associados entre pacientes com transtorno mental no Brasil [Dissertação de mestrado]*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

Recebido em: 13/06/2014

Versão final apresentada em: 07/08/2014

Aceito em: 30/09/2014