

Sabrina Martins Barroso

Depressão em adultos residentes em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA)

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte
2014

Sabrina Martins Barroso

Depressão em adultos residentes em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista
(BA)

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Saúde Pública - Área de concentração em Epidemiologia.

Orientador: Mark Drew Crosland Guimarães

Coorientadora: Ana Paula Souto Melo

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte

2014

B277d Barroso, Sabrina Martins.
Depressão em adultos residentes em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista [manuscrito]. / Sabrina Martins Barroso. - - Belo Horizonte: 2014.
172f.: il.
Orientador: Mark Drew Crosland Guimarães.
Co-Orientador: Ana Paula Souto Melo.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Depressão/epidemiologia. 2. Depressão/etiologia. 3. Vulnerabilidade Social. 4. Questionários. 5. Inquéritos Demográficos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Guimarães, Mark Drew Crosland. II. Melo, Ana Paula Souto. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 207



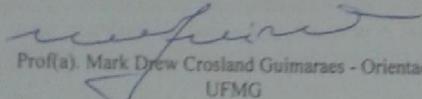
FOLHA DE APROVAÇÃO

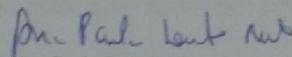
Depressão em adultos residentes em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA)

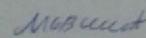
SABRINA MARTINS BARROSO

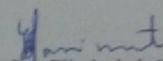
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

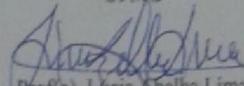
Aprovada em 03 de abril de 2014, pela banca constituída pelos membros:

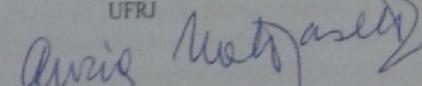

Prof(a). Mark Drew Crosland Guimaraes - Orientador
UFMG


Prof(a). Ana Paula Souto Melo
UFSJ


Prof(a). Maria das Gracas Braga Ceccato
UFMG


Prof(a). Elizabeth do Nascimento
UFMG


Prof(a). Lucia Abelha Lima
UFRJ


Prof(a). Alicia Matijasevich Manitto
USP

Belo Horizonte, 3 de abril de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitora de Pesquisa

Prof.^a Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora

Prof.^a Ada Ávila Assunção

Colegiado

Prof.^a Ada Ávila Assunção

Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Prof.^a Mariangela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof.^a Cibele Comini César

Prof.^a Maria Fernanda Furtado Lima Costa

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof.^a Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof.^a Valéria Maria de Azeredo Passos

Dedico mais essa pecinha aos que eu amo. Vocês sempre serão parte de tudo que conquisto.

AGRADECIMENTOS

Os que me conhecem sabem que não sou dada ao lugar de sofredora, mas não vou mentir, o caminho até esse ponto não foi suave. Decidir fazer um doutorado sem afastamento do trabalho, morando em uma cidade e cursando a pós-graduação em outra, além de abraçar diversos projetos paralelos é optar por passar várias dificuldades, sacrificar noites de sono e esquecer o que é vida social. Mas essa decisão fez sentido para mim, já que eu optei por seguir carreira acadêmica e não teria paciência para esperar o tempo necessário para o afastamento formal (que se a lei não houvesse mudado, seria o fim de 2014). Assim, estive disposta a arcar com o preço e o paguei, mas não teria como fazê-lo sozinha, tenho muita gente para agradecer.

A meus pais (Antônio e Maria Eni), meu irmão (Kelsen), minha cunhada (Juliana) e meus sobrinhos fofos (Lucas e Mariana), por mesmo não entendendo porque resolvi me tornar psicóloga e professora, me apoiarem e amarem. Também por entender minha ausência, real e figurada. Ensinei a eles que as madrugadas fazem parte das horas de trabalho ou para desestressar, vendo seriados. Ao Bruce, por ser meu Bruce e aprender a conviver com o notebook. A todos os meus amigos, de perto e de longe, novos e antigos, por me apoiarem, aceitarem meus sumiços e pelas noites de folga, que ajudam a conservar minha saúde mental. Em especial à Mônia, pela amizade que começou no século passado e segue pelas longas madrugadas da vida.

Aos meus orientadores, prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães e profa. Dra. Ana Paula Souto Melo. Por todo o direcionamento no caminho da pesquisa, as “sacadas” de pensamento, por todo o aprendizado, por contribuir para aumentar meu já elevado nível de cobrança com a qualidade do trabalho e por me obrigarem a lidar com minha ansiedade de esperar as respostas de e-mails. Agradeço em especial ao professor Mark, por me aceitar como orientanda sem me conhecer antes, confiando em minha capacidade de trabalho, pela acolhida e pela paciência para ensinar.

À Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Triângulo Mineiro e FAPEMIG, pela oportunidade de participar do Programa Mineiro de Capacitação Docente. Meus colegas de trabalho, que mudaram seus horários de atividade para que eu pudesse

conciliar minha vida dupla. Aos integrantes do DINTER UFBA/UFMG, por me receberem em seu projeto e colaborarem para a construção dessa “COMQUISTA” (Com direito a trocadilho e tudo).

Agradeço especialmente à população quilombola, por nos permitir entrar em suas casas e compartilhar conosco suas histórias, nos mostrando um Brasil que não está visível para todos, mas que precisa se tornar, caso realmente busquemos a igualdade de direito à saúde, educação e cidadania.

Depressão é excesso de passado em nossas mentes. Ansiedade, excesso de futuro. O momento presente é a chave para a cura de todos os males mentais.

Junia Bretas

RESUMO

Introdução: Quilombolas são afrodescendentes com elevado grau de vulnerabilidade social. Eles descendem de escravos, vivem em áreas rurais e extremamente pobres, com pouca infraestrutura e reduzido acesso aos serviços de saúde. Apesar disto, há poucos estudos sobre sua saúde e a prevalência da depressão nesta população é desconhecida. Este estudo teve três objetivos: 1. Investigar a capacidade discriminativa e dificuldade dos itens da escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para identificar sintomas depressivos na população quilombola; 2. Estimar a prevalência da depressão em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA); e 3. Identificar os fatores associados à depressão nessa população.

Métodos: Estudo populacional, transversal, com 764 participantes selecionados aleatoriamente em cinco comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA). A depressão foi definida como a triagem positiva para Episódio Depressivo Maior (EDM), mensurada pela presença de 10 ou mais pontos e cinco ou mais sintomas na maioria dos últimos quinze dias utilizando a escala PHQ-9. Para o objetivo 1 a PHQ-9 foi submetida a análise discriminativa e da dificuldade dos itens pela Teoria de Resposta ao Item. Para o segundo objetivo estimou-se a prevalência da depressão dividindo o número de pessoas com pontuação ≥ 10 pontos na PHQ-9 e cinco ou mais sintomas pelo total de entrevistados. Para o terceiro objetivo utilizou-se a regressão de Poisson com estimadores robustos para obter razões de prevalência (RP), com intervalo de 95% confiança (IC95%) das variáveis associadas à depressão para a população total e a regressão logística para estimar o *odds ratio* (OR) e o IC95% separadamente para cada sexo.

Resultados: Os itens da PHQ-9 mostraram capacidade de discriminação entre moderada e muito alta. O item sobre pensar em ferir-se e morrer foi o que apresentou maior capacidade de discriminação. O item com menor discriminação refere-se a sentir-se deprimido. A depressão foi estimada em 12% (IC95% 10% - 14%), mas apenas 2,3% das pessoas relataram diagnóstico prévio. A triagem para depressão associou-se à autoavaliação da saúde ruim ou muito ruim (RP = 1,14; IC95% = 1,04 – 1,26), diagnóstico prévio de doenças crônicas (RP = 1,08; IC95% 1,04 – 1,13), sedentarismo (RP = 1,06; IC95% = 1,01 – 1,11) e acesso razoável (RP = 1,07; IC95%= 1,01 – 1,13) ou ruim aos serviços de saúde (RP = 1,07; IC95% = 1,02 – 1,12). Os fatores associados à depressão diferiram entre homens e mulheres. Para os homens os fatores associados à depressão foram o diagnóstico prévio de doença crônica (RP = 5,1. IC95% 1,8 – 14,8), autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (RP = 2,3. IC95% 1,1 – 5,1) e acesso ruim aos serviços de saúde (RP = 1,9. IC95% 1,1 – 4,1). Para as mulheres os fatores associados foram: diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico (RP = 2,4. IC95% 1,2 – 4,8), autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (RP = 2,4. IC95% 1,1 – 4,8), fumar ou ter fumado no passado (RP = 1,9. IC95% 1,2 – 3,2) e se autodeclarar como não negra (RP = 1,5. IC95% 1,3 – 1,9).

Conclusões: A prevalência de depressão nesta população quilombola foi semelhante à da população geral brasileira e os fatores associados à depressão foram similares aos identificados em outras populações vulneráveis. Além disso, a PHQ-9 mostrou ser um instrumento útil para triagem da depressão na população quilombola. Ações públicas de combate às desigualdades sociais e de saúde deverão ser implementadas, enfocando a

condição de vulnerabilidade social da população quilombola e a triagem precoce da depressão.

Palavras-chave: Depressão; Quilombolas; Fatores associados; Vulnerabilidade social; Teoria de Resposta ao Item; Escala PHQ-9; Inquérito populacional

ABSTRACT

Introduction: Quilombolas are African-descendants with a high degree of social vulnerability. They are descendants of slaves who live in rural and extremely poor areas with poor infrastructure and limited access to health services. However, there are few studies about their health and the prevalence of depression in this population is unknown. This study had three objectives: 1. To investigate the discriminative ability and the difficulty of the items from Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to identify depressive symptoms in quilombola population; 2. To estimate the prevalence of depression in quilombola communities in Vitória da Conquista (BA); and 3. To identify associated factors with depression in this population. **Methods:** Population-based cross-sectional survey of 764 participants randomly selected from five quilombola communities from Vitória da Conquista County (BA), Brazil. Depression was defined by 10 or more points and the presence of five or more symptoms most of days during the last 15 days using PHQ-9 scale. For the objective 1 discriminative and difficulty of the items of PHQ-9 was analyzed by Item Response Theory. For the second objective, we estimated the prevalence of depression dividing the number of people who scored ≥ 10 points in the PHQ-9 and five or more symptoms by the total people. For the third objective we used Poisson regression with robust estimators to estimate the prevalence ratio (PR) with 95% confidence interval (95%CI) for the variables associated with the depression for the total population and logistic regression to estimate the odds ratio (OR) and 95%CI, separately, for each sex. **Results:** The items of the PHQ-9 showed the ability to discriminate between moderate and very high. The item about feeling of hurting oneself and death showed the greatest discrimination ability. The item with the lowest discrimination refers to feeling depressed. The prevalence of depression was 12% (95%CI 10% - 14%), but only 2.3% of people reported a previous diagnosis. Screening for depression was associated with self-rated poor or very poor health (PR = 1.14, 95%CI 1.04 - 1.26), chronic diseases (PR = 1.08, 95%CI 1.01 - 1.13), physical inactivity (PR = 1.06, 95%CI 1.01 - 1.11) and fair access (PR = 1.07, 95%CI 1.01 - 1.13) or poor to health services (PR = 1.07, 95%CI 1.02 to 1.12). Factors associated with depression differed between men and women. Among men, factors associated with depression were previous diagnosis of chronic illness (PR = 5.1, 95%CI 1.8 - 14.8), self-perception of health assessment as poor/very or poor (PR = 2.3, 95%CI 1.1 - 5.1), and poor access to health services (PR = 1.9, 95%CI 1.1 - 4.1). Among women, factors associated were: previous diagnosis of psychiatric disorder (PR = 2.4, 95%CI 1.2 - 4.8), self-perception of health assessment as poor/very or poor (PR = 2.4, 95%CI 1.1 - 4.8), current or previous smoking history (PR = 1.9, 95%CI 1.2 - 3.2) and those who declared themselves as non-black (PR = 1.5, 95%CI 1.3 - 1.9). **Conclusions:** The prevalence of depression in this quilombola population was similar to the Brazilian general population and factors associated with depression were similar to those identified in other vulnerable populations. Furthermore, the PHQ-9 showed to be a useful tool for screening depression in quilombola populations. Public actions to combat social and

health inequalities needs be implemented, focusing on the condition of social vulnerability in quilombola population and early screening for depression.

Keywords: Depression; Quilombolas; Associated Factors; Social vulnerability; Item Response Theory; PHQ-9; Population Survey

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1	Prevalência da depressão, estimada em diferentes estudos entre 2000 e 2013.	31
Quadro 2	Estudos sobre fatores associados à depressão publicados entre 2001 – 2013.	44
Quadro 3	Estabelecimentos públicos ou filantrópicos prestadores de atendimento de saúde em Vitória da Conquista – Bahia, em 2011.	60
Quadro 4	Descrição das variáveis utilizadas.	148
Figura 1	Mapa de localização das comunidades quilombolas integrantes da amostra do projeto COMQUISTA, no município de Vitória da Conquista, Projeto COMQUISTA, 2011.	68
Figura 2	Mapa georreferenciado da Comunidade Boqueirão, Projeto COMQUISTA, 2011.	69
Figura 3	Amostra considerada para as análises de prevalência da Depressão	71
Figura 4	Informação total obtida por meio da PHQ-9	84
Figura 5	Regressão da capacidade de discriminação da habilidade na proporção de resposta correta de 0,5	84
Figura 6	Matriz de gráficos das curvas características dos itens	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos adultos residentes em comunidades quilombolas, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764)	80
Tabela 2	Resultados da análise fatorial exploratória da escala PHQ-9	83
Tabela 3	Estimativa dos parâmetros do Modelo de Resposta Gradual da PHQ-9. (N= 764).	85
Tabela 4	Distribuição de respostas na PHQ-9. 2011. (N=764)	87
Tabela 5	Triagem positiva para depressão e intensidade da sintomatologia depressiva, avaliadas pela escala PHQ-9, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764).	88
Tabela 6	Análise univariada de triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764).	90
Tabela 7	Análise multivariada de triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764).	92
Tabela 8	Modelo multivariado final dos fatores independentes associados à triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764).	93
Tabela 9	Características dos participantes separadamente por sexo. Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764)	96
Tabela 10	Análise univariada para o sexo masculino. Vitória da Conquista, 2011 (N = 355).	98
Tabela 11	Análise univariada para o sexo feminino. Vitória da Conquista, 2011 (N = 409).	100
Tabela 12	Análise multivariada para os homens e mulheres, Vitória da Conquista, 2011, (N = 764).	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BA	Bahia
BDI	Inventário Beck de Depressão
BSI	Inventário Breve de 18 Sintomas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCI	Curva Característica dos Itens
CESD-20/CESD-10	Escalas de Depressão do 19º Centro para Estudos Epidemiológicos da Depressão
CID-10	Manual de Classificação Internacional de Doenças
CIDI	Entrevista Diagnóstica Internacional Composta
CII	Correlação Intraclasse
COMQUISTA	Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – BA: Avaliação de saúde e seus condicionantes
CPISP	Comissão Pró-Índio de São Paulo
DASS-21	Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse
DP	Desvio-padrão
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição
DST	Doença Sexualmente Transmissível
e.g.	Exemplos seguintes
ESF	Equipes de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

GDS	Escala Geriátrica de Depressão
GPS	<i>Global Positioning System</i>
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão para Hospitais
HIV/Aids	Vírus da Imunodeficiência Adquirida/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HRDS	Escala de Depressão de Hamilton
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de 95 por cento de confiança
Ilfeld-PSI	Inventário de Sintomas Psiquiátricos de Ilfeld
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MEDS	Escala Médica de Estresse Emocional
OR	<i>Odds ratio</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pará
PB	Paraíba
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PMCD-II	Programa Mineiro de Capacitação Docente II
PMVC	Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
PPGSP-UFMG	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais
PSF	Programa de Saúde da Família
QDS	<i>Questionnaire Development System</i>
RP	Razão de prevalência
RS	Rio Grande do Sul

SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SCL-90-R	Checklist de 90 Sintomas Revisado
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SRS	Subescalas de Pesquisa e a Escala de Depressão autorespondida de Zung
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
2. REVISÃO DE LITERATURA	27
2.1. DEPRESSÃO	31
2.1.1. Instrumentos de triagem da depressão	35
2.1.2. Avaliação da qualidade dos instrumentos de triagem: teoria clássica dos testes e Teoria de Resposta ao Item	37
2.1.3. Fatores associados à depressão	41
2.2. CONSTRUÇÃO DA VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA	48
2.2.1. Os quilombolas	50
2.3. CARACTERÍSTICAS DE VIDA E SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA (BA)	58
2.4. RELEVANCIA DE ESTUDOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA	61
3. OBJETIVOS	63
3.1. OBJETIVO GERAL	64
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	64
4. MÉTODO	65
4.1. PROJETO COMQUISTA: COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – AVALIAÇÃO DE SAÚDE E SEUS CONDICIONANTES	66
4.1.1. População e amostra do COMQUISTA	67
4.1.2. Instrumento de coleta de dados	69
4.2. RECORTE METODOLÓGICO	70
4.2.1. Amostra	70
4.2.2. Variáveis	71
4.2.2.1. Evento (Variável dependente)	71
4.2.2.2. Variáveis explicativas (Independentes)	72
4.2.3. Análise estatística	73
4.2.3.1. Análise estatística para o objetivo 1	73
4.2.3.2. Análise estatística para o objetivo 2	75
4.2.3.3. Análise estatística para o objetivo 3	75
5. RESULTADOS	77

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	78
5.2. CAPACIDADE DISCRIMINATIVA DOS ITENS DA PHQ-9	82
5.3. PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO	86
5.4. FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO	88
5.5. FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO ESTRATIFICADOS POR GÊNERO	93
6. DISCUSSÃO	103
6.1. AVALIAÇÃO DA ESCALA PHQ-9 PELA TRI	104
6.2. PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO	107
6.3. FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO	108
6.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE OS RESULTADOS	112
7. CONCLUSÕES	114
7.1. LIMITAÇÕES	115
7.2. CONCLUSÕES	116
7.3. RECOMENDAÇÕES	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
ANEXOS	137
ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO PELOS COMITÊS DE ÉTICA	138
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	141
ANEXO C – ESCALA <i>PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE</i> : PHQ-9	144
APÊNDICES	146
APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS DO ESTUDO	147
APÊNDICE B - ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA PANAMERICANA DE <i>SALUD PUBLICA</i>	151

INTRODUÇÃO

Este volume consiste em uma tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP-UFMG). É parte integrante de um projeto de pesquisa mais amplo sobre a saúde da população quilombola do município de Vitória da Conquista (BA), intitulado “Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – BA: Avaliação de saúde e seus condicionantes” (COMQUISTA). Esse projeto consistiu em um inquérito de saúde de base populacional, cujo objetivo central foi avaliar as condições de saúde física e mental da população quilombola. A identificação dos determinantes de saúde e potenciais pontos de intervenção podem contribuir para subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde específicas para esta população, melhorando sua qualidade de vida.

Seguindo a norma elaboração de tese presente no Manual de Orientação do Aluno do PPGSP-UFMG, optou-se pelo formato de apresentação do estudo como tese. Assim, seguindo as indicações do regulamento do programa, Capítulo IV, o presente volume está organizado em seis capítulos, descritos a seguir. Esta proposta contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), por meio da bolsa do Programa Mineiro de Capacitação Docente – segunda edição (PMCD II).

A introdução contextualiza os demais capítulos que compõem a presente tese, indicando os aspectos abordados em cada seção. O capítulo de revisão de literatura apresenta as estimativas sobre a prevalência da depressão em vários países do mundo, incluindo o Brasil. Indica também outras informações concernentes ao transtorno depressivo e aos fatores associados à depressão. O texto segue caracterizando a população quilombola, desde sua formação histórica aos indicativos de sua vulnerabilidade social e indicando a relevância de realizar inquéritos de saúde com esta população. Além disso, são indicadas informações sobre escalas de triagem da depressão e sobre a Teoria de Resposta ao Item, um dos focos de análise no presente trabalho.

Os objetivos explicitam que esse trabalho visou triar a depressão em moradores adultos de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA), identificando, ainda, os fatores associados à depressão nessa população. Especifica-se que para atingir esse objetivo a depressão foi entendida como triagem positiva para depressão por meio de

pontuação igual ou maior que 10 pontos e cinco ou mais sintomas presentes na maioria dos dias na escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), estando entre eles obrigatoriamente o humor deprimido e/ou a anedonia. Os objetivos específicos incluíram verificar se a escala PHQ-9 conseguia avaliar adequadamente a depressão na população quilombola, utilizando para isso a análise de sensibilidade e dificuldade dos itens da Teoria de Resposta ao Item. Em seguida buscou-se avaliar a prevalência da depressão para a população quilombola total e separadamente para cada sexo. A investigação dos fatores independentemente associados à depressão para toda a população quilombola e separadamente para cada sexo constituiu outro objetivo específico do estudo.

O capítulo sobre o método descreve os procedimentos metodológicos adotados para atingir os objetivos do trabalho. O desfecho (depressão) e as demais variáveis investigadas são definidos, bem como o processo de composição da amostra, a forma como ocorreu a coleta dos dados e todos os procedimentos de análise estatística adotados.

O texto prossegue apresentando os resultados sobre a sensibilidade e dificuldade dos itens da PHQ-9. Em seguida encontram-se descritos os resultados sobre a caracterização da população quilombola investigada e a prevalência da depressão entre os moradores adultos de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA). O capítulo prossegue apresentando os fatores identificados como independentemente associados à depressão para a população quilombola como um todo e separadamente para homens e mulheres.

Os resultados apresentados são relacionados com dados de outros estudos da literatura no capítulo de discussão. Busca-se encontrar explicações para os resultados sobre a depressão observados na população quilombola e semelhanças e particularidades dessa população quando comparados a outras populações.

O último capítulo é dedicado às conclusões referentes aos resultados da presente pesquisa. Nesse capítulo também estão apresentadas as limitações do estudo e sugestões para estudos futuros sobre a depressão na população quilombola.

As demais partes que compõem esse volume referem-se as referências bibliográficas, anexos e apêndices. As referências bibliográficas encontram-se apresentadas segundo indicação do PPGSP, no esquema autor-data e seguindo ordem alfabética. Os anexos

incluem os documentos que comprovam a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, um modelo do Termo de consentimento Livre e Esclarecido e um modelo da escala PHQ-9 (embora no estudo ela tenha sido aplicada por meio digital). Os apêndices são compostos por um quadro que sumariza as variáveis utilizadas no estudo e sua categorização e o artigo publicado na Revista Panamericana de *Salud Publica*, intitulado “Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados”.

REVISÃO DE LITERATURA

Os transtornos psiquiátricos representam mais da metade das doenças que acometem adultos e idosos em todo o mundo, sendo a depressão e os transtornos de ansiedade os problemas psiquiátricos mais comumente observados (MAIA et al., 2004). Em 2001 a depressão era considerada a quarta principal patologia mundial e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que até 2020 este transtorno será a segunda patologia mais frequente no mundo, afetando uma em cada cem pessoas (OMS, 2000, 2002).

Esta patologia é também a que gera maior custo para o sistema de saúde mundial, pois os pacientes com depressão se afastam mais do trabalho, buscam mais por consultas, internações e fazem mais uso de medicação (MARCUS et al., 2012). A depressão modifica a forma como o indivíduo percebe e interpreta os acontecimentos e altera sua química cerebral, afetando diretamente o humor e a autonomia. As pessoas com depressão têm grande dificuldade para interpretar positivamente os fatos da vida, ter esperança na melhora de sua situação e manter comportamentos proativos para buscar auxílio ou melhorar sua condição (BECK; ALFORD, 2011). Este transtorno também aumenta o risco para o surgimento de doenças físicas crônicas, como as doenças cardiovasculares e a diabetes (BECK et al., 2011; PELUSO, BLAY, 2008). Devido ao impacto que gera na vida das pessoas e no funcionamento dos serviços de saúde e a sua elevada prevalência, a depressão representa um custo anual de quarenta bilhões de dólares apenas nos Estados Unidos (NEASE JR; MALOUIN, 2003).

A OMS defende a priorização da promoção em saúde. Contudo, para que os programas de promoção sejam eficazes, é necessário conhecer as condições de vida da população, o que aumenta a importância dos estudos sobre fatores associados às condições específicas de saúde (CHAREPE; FIGUEIREDO, 2010). Os estudos sobre a depressão indicam sua multicausalidade, compreendendo componentes biológicos, sociais e experiências de vida. Os componentes biológicos são marcados por uma menor quantidade de receptores de endorfina e pela circulação irregular de serotonina pelo encéfalo (KUPFER et al., 2012) e pela alteração do gene 5-HTT (CASPI et al., 2003; ZAMMIT, OWEN, 2006), que pode criar uma pré-disposição para o surgimento do transtorno. Contudo, essa pré-disposição biológica não é suficiente para que alguém desenvolva a depressão, sendo necessária a associação com fatores sociais (KESSLER et al., 2010; LORANT et al.,

2003) e eventos estressantes de vida para que a depressão seja desencadeada (CORDÁS, 2002). Estudos apontam que viver em condições mais precárias e áreas de risco, ter menor renda e escolaridade, viver em áreas rurais, ser do sexo feminino, estar divorciado e ter mais de quarenta anos são fatores psicossociais que aumentam o risco para o surgimento da depressão (CUNHA et al., 2012; KAPLAN et al., 1997; ROMBALDI, 2011). Os estudos brasileiros sobre a depressão corroboram com os achados internacionais, observando a associação entre o surgimento da depressão e as piores condições de vida (LIMA; FLECK, 2009).

Estudos sobre a prevalência da depressão na população negra, realizados internacionalmente, são contraditórios. Algumas investigações indicam maior vulnerabilidade específica dessa população para patologias psiquiátricas (ANSEMI et al., 2008; CUNHA, JACOB, 2005; GJERDINGEN et al., 2011; PERPETUO, 2000). Outras não observam diferenças entre brancos e negros na prevalência da depressão (KING; WILLIAMS, 1995) ou observaram menor prevalência de depressão entre os negros (MEZUK et al., 2010).

As relações entre raça/cor e adoecimento mental são complexas e já foram erroneamente interpretadas no passado. Durante o período escravista norte-americano, o médico Samuel A. Cartwright diagnosticou o desejo de fuga dos escravos como decorrente de enfermidade mental, que nomeou como *Drapetomania* (do grego *drapetes* = escravo). O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à “*Disestesia etiópica*”, outro diagnóstico criado pelo mesmo médico, que explicava a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados (FREITAS et al., 2011). Atualmente, nenhum profissional de saúde pensaria em tal tipo de diagnóstico, mas a raça/cor torna-se um fator cada vez mais considerado nas questões de saúde. Seu impacto vem sendo considerado diretamente, analisando doenças que afetam de modo diferencial etnias específicas, ou de modo indireto, pela forma como a raça/cor interage com o histórico de vida para produzir fatores de risco para o adoecimento (CALHEIROS, STADTLER, 2010; PUSSETI, 2009).

Não se pode dizer que a raça/cor é a responsável pelo surgimento da depressão. Por um lado, a maior parte dos estudos não inclui essa análise entre seus objetivos (VOLOCHKO; VIDAL, 2005) e por outro, mesmo os estudos que investigam esse aspecto costumam desconsiderar a relação entre raça/cor e as condições sociais. Bhugra e Becker (2005)

indicam que muitos estudos que observam maior vulnerabilidade às doenças físicas e psíquicas entre os negros desconsideram a relação da raça/cor com as condições de exclusão social a que essa população foi e ainda está submetida, o que leva a conclusões equivocadas sobre seus determinantes de saúde.

Coimbra Jr e Santos (2000) e Bastos E. S. M. et al. (2010) apontam que as características da maioria da população negra nos países em desenvolvimento – baixa escolaridade, pobreza, desnutrição, trabalhos em profissões com maiores riscos ocupacionais, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, altas taxas de morbimortalidade e maior número de experiências de violência social – criam um perfil de risco para o adoecimento nesses indivíduos. Além disso, Lopes (2005) atenta que os negros no Brasil ainda precisam constantemente buscar integrar-se à ideologia dominante e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos dessa integração. Essa situação de estresse constante pode levar a comportamentos disfuncionais ou doenças psíquicas, psicossociais e físicas, aumentando sua vulnerabilidade para condições patológicas de saúde.

O estudo das condições e determinantes de saúde dos afrodescendentes está apenas iniciada no Brasil (LOPES, 2004). O governo brasileiro criou, em 1988, uma comissão responsável por analisar as questões referentes à população quilombola, propondo, inclusive, alterações nas políticas públicas de saúde para essa população (SEPPPIR, 2009). Apesar dessa medida, ainda existe um grande desconhecimento sobre as condições de saúde dos quilombolas.

As dimensões continentais e a ausência de estudos sobre subpopulações específicas são aspectos que dificultam a compreensão sobre os fatores associados aos transtornos psiquiátricos no Brasil (BARROSO; BANDEIRA, 2012). Uma das populações sobre as quais ainda há grande desinformação sobre as condições de saúde no país é a dos quilombolas. A população quilombola é composta por pessoas cuja identidade étnica é autoidentificada e marcada pela ancestralidade negra. Essa população recebe certificação governamental, mediante a comprovação da ancestralidade negra e indicação de residir ou ter residido em uma das regiões onde houve um quilombo durante o período escravagista no Brasil (CALHEIROS, STADTLER, 2010; COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO [CPISP], 2010). De maioria negra, essa população tem sido submetida a vivências de desigualdades étnico-raciais historicamente (GUERRERO et al., 2007;

OLIVEIRA et al., 2008; SILVA et al., 2010) e tem sido vítimas de carências no âmbito da saúde pública (SILVA, 2007). A população quilombola é apontada como vivendo abaixo da linha da pobreza e suas moradias geralmente estão situadas em zonas rurais, com precário acesso a escolas e a serviços de saúde, o que configura sua vulnerabilidade social (CPISP, 2012; OLIVEIRA et al., 2008).

Os quilombos se situavam, geralmente, em locais próximos às cidades, mas com difícil acesso, devido à função social que exerciam durante o período escravagista (SILVA et al., 2010). Segundo Oliveira et al. (2008), esse antecedente histórico faz com que as atuais comunidades quilombolas, que receberam do governo brasileiro a doação das terras desses antigos quilombos, estejam, desde seu reconhecimento, em maior vulnerabilidade social e mais suscetíveis para diversas condições patológicas de saúde. Essa situação demanda investigações sobre suas condições de vida e saúde, bem como políticas públicas especialmente construídas para eles. Torna-se relevante, portanto, investigar as condições de saúde mental da população quilombola, considerando nessa investigação a formação histórica desta população e o impacto deixado pela escravidão nas condições de vida e saúde dos descendentes dos escravos.

2.1. DEPRESSÃO

Segundo Cordás (2002), a depressão sempre esteve presente na história da humanidade. Os primeiros relatos escritos que podem ser interpretados como casos de depressão encontram-se em textos chineses do século VIII a.C. Mas a comunidade científica costuma atribuir os primeiros relatos sobre a depressão ao texto do livro I de Samuel, que consta da bíblia cristã, onde se relata que após o rei Saul dar as costas para Deus, ele passou a ser afligido por espíritos que o levaram a uma tristeza sem fim, amenizada apenas pelo som da harpa de seu servo Davi (CORDÁS, 2002; KAPLAN et al., 1997).

O Espírito do Senhor retirou-se de Saul, e um espírito mau veio sobre ele, enviado pelo Senhor. Os homens de Saul disseram-lhe: Eis que um mau espírito de Deus veio sobre ti. E sempre que o espírito mau de Deus acometia o rei, Davi tomava a harpa e tocava. Saul acalmava-se, sentia-se aliviado e o espírito mau o deixava (1Sm 16,14-15.23).

Com o desenvolvimento da medicina e a melhoria nos processos de investigação, passou-se a buscar outras causas para a depressão, fora da ira divina. As teorias passaram a buscar

a etiologia da depressão em possessões espirituais, presença de bile negra, na teoria humoral e personalidade histórica, até o entendimento atual, de que fatores multicausais que envolvem uma predisposição biológica, aliada a condições estressantes de vida para acarretar o surgimento do transtorno depressivo (CORDÁS, 2002).

Informações diretas sobre a prevalência da depressão não estão disponíveis para a maioria dos países, mas sabe-se que ela varia entre os países e tende a ser mais elevada nas áreas em desenvolvimento (OMS, 2002). O estudo populacional multicêntrico conduzido por Kessler al. (2010), avaliou a prevalência da depressão em 17 países, utilizando a Entrevista Diagnóstica Internacional Composta (CIDI) e demonstrou variações nas prevalências da depressão entre os países. Ao considerar o prazo de 12 meses, os autores observaram que a prevalência da depressão variou entre 2,2%, no Japão e 10,4% em São Paulo, única cidade investigada no Brasil. A prevalência da depressão ao longo da vida variou entre 6,6%, no Japão, a 17,9% na Holanda. Em São Paulo, a prevalência da depressão ao longo da vida foi registrada em 18,4%.

Bromet et al. (2011) também estimou a triagem positiva para depressão. Essa triagem consiste na observação de pontuação indicativa de depressão em escalas de avaliação do transtorno ou indicação da presença dos principais sintomas da depressão em medidas de autorrelato, mas sem confirmação diagnóstica por um médico. Os autores observaram uma variação entre 29,9%, no Japão, e 82,4%, na Ucrânia. No Brasil (cidade de São Paulo), observou-se uma triagem positiva de 66% de depressão. Dados mais abrangentes sobre a depressão no Brasil, obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2008, estimou a prevalência da depressão em 4,1% na população geral brasileira (IBGE, 2010).

Alguns estudos sobre a prevalência da depressão em diferentes países, incluindo os instrumentos utilizados para a coleta das informações, encontram-se listados no Quadro 1, organizados por ordem crescente de prevalência. Pela análise desse quadro pode-se observar uma grande variação na prevalência da depressão em doze meses entre os estudos. As diferenças persistem, ainda, no tamanho amostral utilizado nas investigações e na forma de coleta dos dados. Essas variações dificultam a comparação dos resultados, o que interfere na determinação de fatores associados universais para a depressão e a definição de aspectos culturalmente dependentes para o surgimento do transtorno.

Quadro 1. Prevalência da depressão, estimada em diferentes estudos entre 2000 e 2013.

Autor(es)	Local coleta dos dados	Amostra	Instrumento de triagem	Prevalência de Depressão
IBGE, 2010	Brasil	391.868	Entrevista	4,1%
Araya et al., 2001	Chile	3.870	Entrevista	5,5%
Barros et al., 2006	Brasil	5.000	Questionário PNAD	5,7%
Almeida et al., 2012	Austrália	21.417	Escala PHQ-9	6,0 – 10,0%
Andrews et al., 2001	Austrália	10.641	Entrevista CIDI	6,3%
Hailemariam et al., 2012	Etiópia	4.925	Entrevista	9,1%
Kessler et al., 2010	17 países	51.771	Entrevista CIDI	2,2 – 10,4%
Keyes et al., 2011	Estados Unidos	34.653	Entrevista baseada no DSM-IV	14,14%
Wild et al., 2012	Alemanha	7.878	Escala GDS	16,0%
Cunha et al., 2012	Brasil	3.391	Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo	16,1%
Kessler et al., 2009	Estados Unidos	9.090	Entrevista CIDI	16,2%
Boing et al., 2012	Brasil	1.720	Entrevista	16,2%
Kosidou et al., 2011	Suécia	23.794	Entrevista	19,9%
Munhoz et al., 2013	Brasil	2.925	Escala PHQ-9	20,4%
OMS, 2000	7 países	29.644	Entrevista CIDI	12,0 – 40,0%

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Edição - DSM-IV-TR (APA, 2002) indica como sintomas da depressão um conjunto de sensações e comportamentos por um período mínimo de 15 dias. Esses dividem-se em sintomas de humor, cognitivos, psicomotores e vegetativos. São eles: humor deprimido, anedonia, insônia ou sono excessivo, falta de energia, mudança no apetite ou mudança não intencional no peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração,

sentir-se lento ou inquieto e pensamentos de ferir-se ou de autoextermínio. Para que o diagnóstico de depressão seja feito é necessária a presença de cinco ou mais sintomas com elevada frequência ao longo dos últimos 15 dias, estando obrigatoriamente entre eles o humor deprimido e/ou a anedonia^a.

Em estudo conduzido por Riso et al. (2003), os autores compararam um grupo de pacientes com depressão maior, um grupo com episódio depressivo e um grupo controle sem transtorno de humor. Os resultados desse estudo mostraram que as pessoas com depressão apresentavam significativamente mais sentimentos de rejeição, supervigilância dos próprios comportamentos e de situações vivenciadas, do que os sujeitos controle, além de manter maior número de comportamentos disfuncionais.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2003), a definição da gravidade do transtorno, em seu primeiro episódio, como leve, moderado ou severo é feita considerando a quantidade e intensidade dos sintomas apresentados. Caso o quadro se mostre crônico, a avaliação passa a ser feita levando-se em conta o número de crises, o intervalo entre elas e a gravidade da última crise vivenciada.

Lima e Fleck (2009) avaliaram o impacto de problemas de saúde na qualidade de vida e observaram que a depressão foi a condição que gerou maior impacto em todos os aspectos da qualidade de vida. O transtorno depressivo provocou mais prejuízos nas tarefas diárias dos participantes do que doenças cardíacas, artrite, hipertensão e diabetes. Outro fato preocupante é que a depressão vem afetando, ano após ano, contingentes populacionais cada vez maiores (MORENO et al., 2007) e que uma grande parcela das pessoas com transtorno depressivo não recebe tratamento (BURROUGHS et al., 2002; OMS, 2002). A depressão não adequadamente tratada tende a cronificar e representa uma importante causa de tentativa de autoextermínio (THEME-FILHA et al., 2005).

Apesar do impacto do transtorno na vida, uma parcela importante das pessoas com depressão não recebe diagnóstico ou tratamento. No Brasil, um estudo conduzido por Fleck et al. (2003), indicou que entre 50-60% dos casos de depressão deixaram de ser diagnosticados apenas em 2003. Além disso, Molina et al. (2012), indicaram que a falta

^a Anedonia indica a perda de interesse ou prazer em atividades antes consideradas prazerosas e importantes para o respondente.

de atenção aos problemas de saúde mental na atenção básica e a presença de comorbidades contribuem para o subdiagnóstico da depressão.

Existem diferentes tratamentos para a depressão. Os antidepressivos são o método terapêutico primário, com demonstrada efetividade (APA, 2002; BECK, ALFORD, 2011; CID-10, 2003; FLECK et al., 2001; KAPLAN et al., 1997; VYAS et al., 2011). Outras formas de tratamento incluem a psicoterapia (APA, 2002; BECK, ALFORD, 2011; CID-10, 2003; FLECK et al., 2001; KAPLAN et al., 1997; VYAS et al., 2011) e a estimulação por eletroterapia transcraniana (BRUNONI et al., 2013; CRAMER et al., 2011; WOLKENSTEIN, PLEWNIA, 2013) e eletroconvulsoterapia (FLECK et al., 2001; SPAANS et al., 2013). Burroughs et al. (2002) analisaram os diferentes tipos de tratamento para a depressão e indicaram que o tratamento mais efetivo é o que combina psicoterapia e medicação, seguido apenas pela psicoterapia e, em terceiro, pelo tratamento apenas medicamentoso.

Os estudos mostram a tendência da depressão não adequadamente tratada a cronificar (FLECK et al., 2003; MÁXIMO, 2010) e que uma parcela significativa das pessoas com depressão não recebe tratamento adequado. Kohn et al. (2007) revisaram artigos de base populacional e indicaram que, em média, 56% das pessoas com depressão não recebem tratamento, com grande variação nessa proporção entre países. Burroughs et al. (2002) estimaram que cerca de 25% dos participantes de seu estudo com diagnóstico de depressão não estavam recebendo qualquer tipo de tratamento. Resultado similar foi observado por Vyas et al. (2011). Em seu estudo sobre as formas de tratamento utilizadas por pacientes com diagnóstico de depressão, Vyas e seus colaboradores observaram que 22.5% da amostra não fazia nenhum tratamento. Esses achados mostram um quadro grave, que pode contribuir para agravar a condição dos pacientes e piorar sua qualidade de vida.

2.1.1. Instrumentos de triagem da depressão

Considerando o grave problema da subnotificação dos casos de depressão, além das entrevistas clínicas para diagnóstico do transtorno, diversas escalas de triagem para o transtorno foram desenvolvidas. A criação das escalas de triagem acompanhou o início

das terapias somáticas, na década de 1930, e da psicofarmacoterapia, na década de 1950 (CALIL; PIRES, 1998). A triagem da depressão pode contribuir para que casos potenciais de depressão sejam precocemente identificados e encaminhados para tratamento (MAURER, 2012; YEUNG et al., 2008), especialmente em locais com difícil acesso aos serviços de médicos (OMS, 2002).

Em contexto internacional, Sakakibara et al. (2009) e Zuithoff et al. (2010) identificaram 13 instrumentos para fazer a triagem da depressão, sendo eles: 1. Inventário Beck de Depressão (BDI); 2. Inventário Breve de 18 Sintomas (BSI); 3 e 4. Escalas de Depressão do 19º Centro para Estudos Epidemiológicos da Depressão (CESD-20 e CESD-10); 5. Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), 6. Questionário de Saúde Geral; 7. Escala de Ansiedade e Depressão para Hospitais (HADS); 8. Inventário de Sintomas Psiquiátricos de Ilfeld (Ilfeld-PSI); 9. Escala Médica de Estresse Emocional (MEDS); 10. *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9 e versões abreviadas); 11. Checklist de 90 Sintomas Revisado (SCL-90-R); 12. Subescalas de Pesquisa; e, 13. Escala de Depressão Autorespondida de Zung (SRS).

No Brasil, os instrumentos mais utilizados até 2008 eram o BDI, a HADS e a Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D) (AROS; YOSHIDA, 2009). Em 2009 a PHQ-9 foi validada para mulheres atendidas na atenção primária no Brasil (OSÓRIO et al., 2009) e em 2013, outro estudo demonstrou que suas propriedades psicométricas estão igualmente adequadas para avaliação da depressão na população geral brasileira (SANTOS et al., 2013). Desde então a PHQ-9 passou a fazer parte da lista dos instrumentos largamente utilizados em pesquisas sobre a depressão no Brasil.

Em 2012 foi validada para o Brasil a versão reformulada do Inventário Beck de Depressão (BDI-II), que teve seu tempo de referência ampliado para os 15 dias anteriores à sua aplicação (GOMES-OLIVEIRA et al., 2012). A validação foi feita comparando os resultados das respostas de 242 respondentes sem morbidade clínica à BDI-II, ao *Self-Report Questionnaire* e à escala K10. Além disso, entrevistadores treinados conduziram a entrevista diagnóstica CIDI com os respondentes. A BDI-II mostrou níveis satisfatórios de consistência interna (0,93), sensibilidade de 70% e especificidade de 87%, quando comparada à CIDI. Esses resultados indicaram sua utilidade para triagem da depressão na população geral brasileira.

Kung et al. (2013) indicaram que, internacionalmente, a PHQ-9 e a BDI-II são as escalas de triagem mais utilizadas para triagem da depressão. Esses autores avaliaram a validade convergente entre esses dois instrumentos em 625 pacientes com diagnóstico de depressão em atendimento ambulatorial ou de internação. Os resultados mostraram forte correlação total entre os dois instrumentos ($r = 0,77$). Os autores indicam que esses resultados mostram a confiabilidade dos dois instrumentos, evidenciando a vantagem da utilização da PHQ-9, uma vez que esse instrumento avalia o mesmo período de tempo, com boas qualidades psicométricas, é menor e de uso gratuito.

As vantagens da utilização da PHQ-9 quando comparada a outros instrumentos também foi indicada por Nease Jr e Malouin (2003) no contexto da atenção básica. Os autores compararam o tempo para aplicação, custos, sensibilidade e especificidade de nove diferentes instrumentos de triagem de depressão e concluíram que a PHQ-9 é a mais indicada para utilização na atenção primária. Internacionalmente a PHQ possui versões ainda mais reduzidas, de quatro questões (PHQ-4) e duas questões (PHQ-2) (LÖWE et al., 2010; LÖWE et al., 2005). No Brasil as únicas versões validadas até o momento foram a PHQ-9 e a PHQ-2 (Osório et al., 2009).

2.1.2. Avaliação da qualidade dos instrumentos de triagem: teoria clássica dos testes e Teoria de Resposta ao Item

Com a ampliação no número de instrumentos, houve uma maior preocupação com a qualidade das avaliações proporcionadas por eles e aumentaram os estudos psicométricos sobre as escalas de triagem (BASTOS J. L. et al., 2010; CALIL, PIRES, 1998; MAURER, 2012). Duas teorias foram desenvolvidas especificamente para avaliar instrumentos em fase de construção ou validação de um contexto para outro: a Teoria clássica dos testes (TCT) e a Teoria de resposta ao item (TRI) (URBINA, 2007).

Até a década de 1980 a forma mais adotada para avaliar a qualidade de um instrumento era a TCT. Essa teoria compreende os testes como um conjunto indissociável de itens e avalia sua validade e fidedignidade por meio da análise do conjunto desses itens (PASQUALI, 2007, 2008). A TCT faz uso de provas estatísticas específicas, como a

análise fatorial, análise de consistência interna e correlação com outros instrumentos, para determinar a capacidade do teste de avaliar um traço latente e o nível de confiança que se pode ter nos resultados obtidos pelo teste (URBINA, 2007). Para estimar a quantidade do traço latente presente em um indivíduo os pesquisadores definem pontos de corte, priorizando a sensibilidade ou especificidade do instrumento como fonte de informação (PASQUALI, 1998, 2008).

A partir da década de 1980 ganhou força no cenário psicométrico internacional a TRI. Embretson e Reise (2000) apresentam a TRI como o enfoque da teoria dos testes psicológicos que visa principalmente resolver três problemas apresentados pela TCT: a dependência que as medidas obtidas por meio dos testes apresentam em relação ao tipo de teste usado; a influência da amostra da população incluída na pesquisa de validação e estimação dos parâmetros; e a consideração do escore total como referência das medidas.

A TRI utiliza modelos lineares generalizados e provas estatísticas desenvolvidas especificamente para avaliar os itens de forma isolada (RUPP, 2003) e apreender a relação entre as respostas aos itens (amostra de comportamento) e o traço latente investigado. Avalia, ainda, quanto cada item oferece de informação sobre esse traço latente (CASTRO et al., 2010). Segundo Couto e Primi (2011), essa teoria não é nova, tendo suas origens no trabalho de Richardson, de 1936, Lawley, em 1943, Tucker, de 1946 e de Lord, ao longo da década de 1950. Essa teoria teve uma rápida expansão ao longo da década de 1960, com o trabalho de Rasch e a evolução da computação. A TRI não substituiu a psicometria clássica, mas é considerada uma forma alternativa, ou complementar, de investigar as qualidades psicométricas de um instrumento.

Segundo Muñiz (1990), existem vários modelos de TRI, dependendo da função matemática adotada e dos parâmetros dos itens que se deseja investigar. Os principais modelos encontram-se divididos em funções logísticas e curvas normais acumuladas, sendo os primeiros os mais comumente utilizados e que possuem maior embasamento matemático. Tais modelos permitem avaliar o traço latente mensurado pelo instrumento completo, mas também permitem identificar o nível de discriminação de cada item (parâmetro a) que compõe o teste, bem como o grau de dificuldade (parâmetro b) para respondê-lo. Pode, ainda, estimar quais respostas foram dadas devido à dificuldades de compreensão (PASQUALI, 2007). A característica mais importante do parâmetro b é que

esse parâmetro se encontra teoricamente na mesma escala que a variável latente (θ). Essa característica permite que o parâmetro b seja interpretado em termos de variações padronizadas na habilidade ou traço latente dos indivíduos. Alguns modelos de curva cumulativa permitem, ainda, a estimação do parâmetro c , que avalia a probabilidade de acerto ao acaso. Seu valor é $P(\theta) \neq 0$, quando a habilidade do respondente é menor do que a exigida para responder satisfatoriamente ao item, mas ainda assim a probabilidade de acerto se mantém diferente de zero (BAKER, 2001).

Para conseguir avaliar esses aspectos, a TRI assume que existe uma relação entre as respostas dos sujeitos e a dimensão latente a ser avaliada (θ). Assume também que a probabilidade de acerto dependa unicamente, ou pelo menos principalmente, do traço latente, estabelecendo uma condição para seu uso nomeada como unidimensionalidade. Além dessa condição, uma segunda exigência para aplicação dos modelos TRI é independência local dos itens, que exige que a resposta do sujeito a um item não pode ter influência em sua resposta a outros itens. Esse critério está diretamente ligado à unidimensionalidade, uma vez que se todos os itens medem o mesmo traço e a posição do sujeito não varia enquanto ele responde ao teste, suas respostas são estatisticamente independentes, condicionadas apenas ao valor de theta (CASTRO et al., 2010; COUTO, PRIMI, 2011; MUÑIZ, 1990; PASQUALI, 2007).

Segundo Couto e Primi (2011, pág. 02):

Os principais pressupostos teóricos do modelo podem ser descritos por meio da Curva Característica dos Itens (CCI). Nos modelos da TRI é assumida uma relação entre o valor do traço latente (fenômeno psicológico) medido por um teste, representado pela letra theta (θ) e a probabilidade de resposta correta de um sujeito nos itens que compõem esse teste. Essa relação é expressa por uma função conhecida como $P_i(\theta)$, que significa a probabilidade de acerto de um item i , dado um valor de (θ). A função $P_i(\theta)$ é representada no eixo das ordenadas e compõe a representação gráfica da Curva Característica dos Itens (CCI), e no eixo das abscissas, é representado o valor de (θ).

O modelo matemático mais comumente adotado é o modelo de dois parâmetros de Samejima, conhecido como Modelo Gradual de Samejima, desenvolvido pelo autor em 1969 (SAMEJIMA, 1969). Esse modelo utiliza a fórmula abaixo para os cálculos dos parâmetros a e b , não investigando as respostas ao acaso (parâmetro c) (MÁXIMO, 2010).

$$P_{i,k}(\theta_j) = \frac{1}{1 + e^{-a_i(\theta_j - b_{i,k})}} - \frac{1}{1 + e^{-a_i(\theta_j - b_{i,k+1})}}$$

Onde:

- Θ_j = intensidade de sintomas depressivos (traço latente) do j-ésimo indivíduo;
- a_i = parâmetro de inclinação comum a todas as categorias do item i;
- $b_{i,k}$ = parâmetro de posição da k-ésima categoria do item i, isto é, cada $b_{i,k}$ representa um ponto de interseção entre as categorias de resposta ordenadas (um local no *continuum* do traço latente), e representa o nível de intensidade de sintomas depressivos necessário para a escolha da categoria de resposta k, ou acima de k, com probabilidade igual a 0,50;
- D = fator de escala, que pode ser igual a 1 ou 1,7.

A TRI tem sido bastante utilizada para avaliar a adequação de instrumentos na área de saúde mental (CHACHAMOVICH, 2008). Todos os instrumentos utilizados para triagem da depressão foram submetidos à avaliação da TCT e alguns já foram analisados pela TRI. Castro et al. (2010) utilizaram a TRI para investigar a capacidade de discriminação dos 21 itens do BDI e observaram que os itens com maior capacidade de discriminação da depressão no instrumento foram os relativos à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, autoaversão, indecisão e dificuldade para trabalhar. Identificaram, ainda, que os indivíduos com maior gravidade do transtorno respondem com maior pontuação aos itens sobre perda de peso, retraimento social e ideias suicidas. A TRI também permitiu identificar 13 itens (dos 21 que compõem o inventário) em que deveria haver uma recategorização das respostas, por não haver chance diferenciada de resposta segundo o nível de depressão. Os autores atribuem a inadequação desses itens a dificuldades de compreensão por parte dos respondentes.

Outras escalas que já foram internacionalmente submetidas à análise da TRI foram a PHQ-9 e a HADS. Kendel et al. (2010) analisaram as duas escalas e observaram que três itens da PHQ-9 e seis itens da HADS forneciam informações relevantes sobre a depressão em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Os demais itens contribuíam, mas geravam pouca informação sobre o construto. Os autores observaram que os itens que representam a versão reduzida da PHQ-9 (conhecida como PHQ-2) estavam entre os que informavam

de maneira satisfatória sobre a depressão, sugerindo que sua utilização era preferível à da escala HADS para os pacientes cardíacos.

Forkmann et al. (2013), também analisaram a PHQ-9 com base na TRI. Em seu estudo, conduzido com 1.631 idosos, esses autores observaram a necessidade de adequação de alguns itens da escala. Nesse estudo os autores excluíram o item oito do instrumento (relativo ao sintoma de lentidão para falar e se movimentar), pois a manutenção desse item gerava muitos erros nas análises, dada sua correlação com os erros dos demais itens e prejudicava o modelo explicativo. Houve, ainda, a dificuldade em demonstrar a unidimensionalidade do instrumento pois, quando considerado apenas um fator, o poder explicativo do fator era de apenas 2,45%. Apesar dessa dificuldade, os autores realizaram as análises TRI e observaram problemas psicométricos nos itens dois, três e nove da PHQ-9. Esses resultados indicariam uma inadequação da PHQ-9, contudo, foram identificados problemas metodológicos na condução do estudo. Dois pontos merecem destaque, o primeiro é que os autores optaram por recodificar as quatro alternativas de resposta da escala original em apenas três, justificando que as características da amostra requeriam essa adequação. O segundo ponto foi que a não demonstração da unidimensionalidade do instrumento inviabilizaria a realização de análises TRI, segundo os preceitos teóricos sobre essa análise. Assim, não é possível confiar nos resultados desse estudo.

No Brasil, ao ter suas qualidades psicométricas avaliadas por meio da TCT, a PHQ-9 mostrou apresentar validade de construto e critério, o que significa que a escala demonstrou conseguir mensurar a depressão e separar grupos de pessoas deprimidas e não deprimidas, por meio da pontuação na escala (OSÓRIO et al., 2009; SANTOS et al., 2013). Para a população brasileira geral, a sensibilidade da PHQ-9 foi avaliada em 77,5% e a especificidade em 86,7%, quando adotado o ponto de corte de nove pontos (SANTOS et al., 2013) e para mulheres atendidas na atenção primária, os valores foram 100% e 98%, respectivamente, considerando ponto de corte de 10 pontos (OSÓRIO et al., 2009). Até o presente momento a PHQ-9 ainda não havia sido analisada pelos critérios da TRI no contexto brasileiro.

2.1.3. Fatores associados à depressão

Para a criação de medidas de combate efetivas para a depressão, além da definição das formas de identificação do transtorno, é importante conhecer quais são seus fatores associados. Investigações sobre essa temática encontram-se apresentadas na sequência.

As diversas definições de determinantes sociais de saúde expressam, com maior ou menor grau, o conceito amplamente aceito atualmente de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos estão relacionadas com sua situação de saúde e podem representar fatores de risco para o surgimento de patologias (LUZ, 2001). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, estes fatores são sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais e influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população (FREITAS et al., 2011).

Vários estudos têm buscado identificar quais são os fatores de risco para a depressão, visando embasar intervenções que minimizem o surgimento ou a gravidade desse transtorno. Alguns estudos que avaliaram fatores associados à depressão encontram-se apresentados no Quadro 2, ordenados por data de publicação, em ordem crescente. Para todos os estudos que investigaram as razões de chance ou razão de prevalência das variáveis associadas, esses dados foram apresentados. Para os demais estudos, são indicados os fatores investigados.

Os fatores mais frequentemente identificados como associados ao surgimento ou agravamento do transtorno depressivo são a vulnerabilidade social, marcadamente as condições relacionadas à pobreza extrema (IBGE, 2010; LORANT et al., 2003; MÁXIMO, 2010), baixa escolaridade (IBGE, 2010; HAILEMARIAM et al., 2012; LORANT et al., 2003), desemprego (LORANT et al., 2003; PELUSO, BLAY, 2008), pior acesso aos serviços de saúde (BARROS et al., 2006; MÁXIMO, 2010), altas taxas de morbidade e mortalidade (LORANT et al., 2003), dias produtivos perdidos (BECK et al., 2011; SCHRAMM et al., 2004), desnutrição (IBGE, 2010), ocupações em atividades de risco (MÁXIMO, 2010) e ter sido vítima de violência física ou sexual ao longo da vida (HO et al., 2013). Esses fatores, que demonstram vulnerabilidade social, afetam de forma diferenciada parcelas específicas da população e podem servir como catalizadores para o surgimento de transtornos mentais (GARMEZY, 1993; PELUSO, BLAY, 2008; SEPPIR, 2007).

O Brasil é um país marcado por grandes desigualdades sociais e apenas nas últimas décadas começou a investir em maior âmbito nos estudos sobre as condições de saúde e fatores associados ao adoecimento de sua população. O estudo de Lima e Fleck (2009), mostrou que o país apresenta o mesmo perfil de vulnerabilidade social associado ao adoecimento mental identificado internacionalmente. Ou seja, no Brasil constituem fatores de risco para o surgimento de transtornos mentais ser pobre, ter baixa escolaridade e não contar com muitos recursos para a evolução social ou acesso aos serviços de saúde. Barros et al. (2006) identificaram que, em 2003, as pessoas que vivenciavam maior desigualdade social no Brasil apresentavam 62% a mais de doenças crônicas do que as pessoas em melhores condições sociais, estando a depressão entre as doenças mais frequentemente identificadas.

Além dos fatores sociais, alguns estudos têm mostrado a associação da depressão com características sociodemográficas. Ser do sexo feminino (BOING et al., 2012; KESSLER et al., 2010; MUNHOZ et al., 2013; PELUSO, BLAY, 2008; van de VELDE et al., 2010), idade (BOING et al., 2012; CUNHA et al., 2012; KOSIDOU et al., 2011), ser solteiro ou divorciado (BOING et al., 2012; BROMET et al., 2011; KESSLER et al., 2010), viver em áreas rurais (RIQUINHO; GERHARDT, 2010) e ter menor escolaridade (ARAYA et al., 2001; IBGE, 2010; MEZUK et al., 2010; MUNHOZ et al., 2013) são as principais características individuais identificadas como associadas à maior prevalência da depressão.

As explicações para a maior prevalência feminina de depressão incluem hipóteses de reação biológicas, vinculadas a ação do gene 5-HTT (CASPI et al., 2003; ZAMIT, OWEN, 2006), sobre a forma como as mulheres reagem de modo diferente dos homens ao estresse (CASPI et al., 2003) e sobre a influência dos hormônios liberados após a puberdade (ANGOLD et al., 1998). Outras tentativas para explicar a maior prevalência de depressão observada entre as mulheres em diversos estudos, passa pela manutenção de uma dupla jornada de trabalho, conciliando as atividades domésticas, maternas e de empregos formais (HOFMANN et al., 2010) e pelo uso de estratégias de enfrentamento menos eficientes (SOUTHWICK; CHARNEY, 2012). Segundo Southwick e Charney (2012), as mulheres geralmente fazem mais uso de estratégias de enfrentamento focadas nos aspectos emocionais, enquanto os homens utilizam mais estratégias focadas na alteração das situações, que são consideradas mais efetivas.

Quadro 2. Estudos sobre fatores associados à depressão publicados entre 2001 – 2013.

Autor(es)	País	Fatores Associados	OR/RP ^a (IC95%) ^b
Andrews et al., 2001	Austrália	Sexo feminino	1,80 (1,50 – 2,20)
		> 65 anos	0,30 (0,20 – 0,40)
		Ser separado/divorciado/viúvo	1,80 (1,20 – 2,70)
		Nunca ter se casado	1,40 (1,10 – 1,80)
		Ter até 2º grau	1,50 (1,00 – 2,20)
		Desempregado há pouco tempo	2,10 (1,40 – 3,20)
		Desempregado há longo tempo	2,40 (1,40 – 4,30)
		Nunca trabalhou	1,20 (1,00 – 1,50)
Araya et al., 2001	Chile	Sexo feminino	(não informado)
		Idade entre 20 – 39 anos	(não informado)
		Ser separado	(não informado)
		Pior nível educacional	(não informado)
		Pior nível social	(não informado)
Lorant et al., 2003	-	Pior nível socioeconômico	1,68 – 1,81
Schramm et al., 2004	Brasil	Dias produtivos perdidos	(não informado)
Volochko e Vidal, 2005	Brasil	Raça/cor negra	(não informado)
Barros et al., 2006	Brasil	Baixo nível educacional	1,62 (1,59 – 1,65)
		Sexo feminino	1,22 (1,20 – 1,23)
		Negro	1,04 (1,01 – 1,07)
		Indígena	1,15 (1,03 – 1,30)
		Consulta médica em 12 meses	1,41 (não informado)
Anselmi et al., 2008	Brasil	Negro ou pardo	1,18 (0,98 – 1,42)
		Baixo nível educacional	1,03 (0,74 – 1,43)
		Renda ≤ 1salário	1,28 (0,87 – 1,88)
Peluso e Blay, 2008	Brasil	Baixa escolaridade	2,00 (1,27 – 3,14)
Kessler et al., 2010	17 países	Idade	(não informado)
Máximo 2010	Brasil	Uso de serviços de saúde	(não informado)
		Nível socioeconômico	(não informado)
		Idade	(não informado)
		Raça/cor	(não informado)
		Situação censitária	(não informado)
		Escolaridade	(não informado)
		Região de moradia	(não informado)
van de Velde et al., 2010	23 países	Sexo	(não informado)
Kosidou et al., 2011	Suécia	Elevado nível educacional	0,70 (0,60 – 0,90)
		Emprego sem qualificação	3,00 (1,5 – 5,90)
		Idade > 50 anos	0,60 (0,40 – 0,80)

Quadro 2. Estudos sobre fatores associados à depressão publicados entre 2001 – 2013.
(Continuação)

Autor(es)	País	Fatores Associados	OR/RP ^a (IC95%) ^b
Keyes et al., 2011	Estados Unidos	Raça/cor negra	0,80 (0,77 – 1,87)
		Comportamentos não saudáveis	0,06 (0,01 – 0,24)
		Consumo de nicotina	0,48 (0,24 – 0,96)
		Eventos estressantes	2,59 (2,22 – 3,03)
Almeida et al., 2012	Austrália	Baixo nível socioeconômico	2,40 (1,30 – 4,50)
Cunha et al., 2012	Brasil	Sexo feminino	2,38 (1,97; 2,87)
		Idade entre 50 – 59 anos	1,75 (1,34; 2,29)
		> 12 anos de estudo	0,41 (0,27; 0,63)
		4º quartil socioeconômico	0,67 (0,52; 0,87)
Boing et al., 2012	Brasil	Sexo	(não informado)
		Idade	(não informado)
		Estado civil	(não informado)
		Renda	(não informado)
		Atividade física	(não informado)
		Uso de álcool	(não informado)
		Internação em 12 meses	(não informado)
		Consulta médica	(não informado)
Doença crônica	(não informado)		
Hailemariam et al., 2012	Etiópia	Escolaridade entre 5 – 8 anos	2,6 (1,23 – 5,43)
		Escolaridade entre 9 – 12 anos	1,8 (1,45 – 6,12)
Wild et al., 2012	Alemanha	Idade \geq 60	1,00
Munhoz et al., 2013	Brasil	Sexo feminino	2,26 (1,87 – 2,73)
		Idade entre 20 – 29 anos	1,00
		Raça/cor branca	1,00
		Entre 0 – 4 anos de estudo	2,25 (1,66 – 3,06)
		Pior condição socioeconômica	1,00
		Fumante	2,25 (1,66 – 3,06)
		Ser solteiro	1,20 (1,01 – 1,42)
		Ser separado	1,32 (1,04 – 1,67)
		Desemprego	1,36 (1,14 – 1,62)
		Doença cardíaca	1,25 (1,03 – 1,53)
Autoavaliação de saúde ruim	8,73(5,86 – 13,02)		
Ho et al., 2013	China	Sexo	(não informado)
		Idade	(não informado)
		Estrutura familiar	(não informado)
		Experiência de vitimização	(não informado)
		Estabilidade emocional	(não informado)

^a= Odds ratio/Razão de Prevalência para o grupo com maior risco em relação ao de menor risco;

^b= Intervalo de 95% de confiança

Apesar da maior prevalência de depressão entre as mulheres ser um achado frequente, vários estudos não observaram esse resultado. Em geral tais estudos são realizados em países em que há maior valorização social feminina, tais como a Bélgica e a Alemanha (BROMET et al., 2011; KESSLER et al., 2010), Irlanda, Finlândia e Eslováquia (van de VELDE et al., 2010) e em populações específicas, como os Chineses (BROMET et al., 2011; KESSLER et al., 2010), afro-americanos (BROWN et al., 1995), israelenses jovens (LEVAV et al., 1993) e judeus ortodoxos residentes em Londres (LOEWHENTAL et al., 1995).

A adoção de estratégias menos efetivas ou disfuncionais para de situações problemáticas também tem sido um dos fatores associados à depressão, dado seu potencial modulador dos fatores de risco para o transtorno (SOUTHWICK; CHARNEY, 2012). As estratégias de enfrentamento são esforços cognitivos e comportamentais adotados pelas pessoas para auxiliá-las a vivenciar e superar situações difíceis, avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo. Tais estratégias são adotadas visando manter o equilíbrio emocional, amenizando os efeitos das situações estressantes por meio de sua modificação ou ressignificação (FOLKMAN et al., 1986).

Folkman e Lazarus (1980) dividem as estratégias de enfrentamento em dois tipos: estratégias focadas na emoção e estratégias focadas no problema. Nas primeiras, é feito um esforço cognitivo para regular o estado emocional, geralmente por meio de pensamento positivo e apego a crenças religiosas. Enquanto nas estratégias focadas no problema existe uma tentativa objetiva de alterar a situação atual, considerada estressante, seja por meio de atitudes funcionais (buscar ajuda, negociar uma solução, fazer exercícios físicos, entre outros) ou adotando atitudes disfuncionais (tais como: usar bebida alcoólica ou fumar para reduzir o estresse).

Estudos sobre fatores associados à depressão já demonstraram o potencial positivo de algumas estratégias de enfrentamento para minimizar o nível e a prevalência da depressão (CRUWYS et al., 2013; KEYES et al., 2011). A prática de atividade física tem sido identificada como associada à menor prevalência do transtorno e de outras patologias emocionais (COSTA et al., 2007; THEME-FILHA et al., 2005). O potencial mediador de sobrecarga a fatores estressantes da vida por parte da religião e da participação em

atividades em grupo, contribuindo para a saúde mental dos praticantes, também tem sido evidenciado nas investigações (KOHN et al., 2007; SOUTHWICK; CHARNEY, 2012).

A adoção de estratégias de enfrentamento disfuncionais, por outro lado, tem mostrado potencial para agravar quadros patológicos, tanto para doenças físicas quanto psicológicas. Essas estratégias são comportamentos que passam a ser adotados para enfrentar dificuldades, mas que não tem relação direta com a resolução do problema e nem com uma ressignificação positiva da situação. Servem, apenas, como paliativos emocionais, que podem encobrir ou piorar as dificuldades vivenciadas (FOLKMAN et al., 1986).

A adoção de estratégias disfuncionais tem despertado a preocupação da OMS. Em seu relatório sobre a saúde mental encontra-se indicada a associação entre depressão, consumo de tabaco e comportamento sexual de alto risco (OMS, 2002). A CID-10 apresenta entre suas recomendações a preocupação de que o consumo excessivo de álcool, a exacerbação de sintomas fóbicos ou obsessivos e a presença de hipocondria podem mascarar um quadro depressivo, precisando ser cuidadosamente analisados quando presentes (CID-10, 2003). Hebert et al. (2011), observaram uma associação entre ter depressão e o histórico de consumo de cigarro. Nesse estudo, um em cada quatro fumantes entrevistados preenchiam os critérios para diagnóstico de depressão. Keyes et al. (2011) indicaram que os participantes de seu estudo que consumiam bebida alcoólica e fumavam apresentavam níveis mais elevados de depressão, estresse e ansiedade. Além disso, estudos com pacientes psiquiátricos já haviam indicado a associação entre a existência de transtornos mentais e o consumo de cigarros (BARROS, 2012).

Para entender melhor os fatores potencialmente associados à depressão na população quilombola, faz-se necessário contextualizar essa população, sua formação e suas condições de vida. Esse é exatamente o objetivo dos itens a seguir.

2.2. CONSTRUÇÃO DA VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

“Não sou descendente de escravos. Eu descendo de seres humanos que foram escravizados”

Makota Valdina

Para falar da composição da população brasileira faz-se necessário considerar nossa colonização agrícola e o grande período em que o regime escravista esteve presente em nosso país. A escravidão moderna, vivenciada em toda a América Latina, diferiu da vivenciada no período Greco-romano, pois a escravidão antiga era baseada na perda da condição de cidadão por dívida ou guerra, mas guardava em si a possibilidade de realizar trabalhos diversificados e de retorno à condição de cidadão, pelo pagamento das dívidas ou por conquista meritória. A escravidão vivenciada na América Latina foi baseada na desqualificação de uma raça - a negra - e na necessidade comercial de mão de obra para realizar o trabalho da lavoura. Nessa forma de escravidão a condição de escravo passada de geração a geração, sendo quase nula a possibilidade de libertação e de ascensão social (LINDOSO, 2011).

O trabalho dos escravos na América Latina era basicamente agrícola, repetitivo e feito em condições precárias. As condições de vida impostas aos escravos ocasionava sua morte prematura, sendo o tempo médio de vida útil de um trabalhador de cerca de cinco anos. A morte precoce dos escravos criava a constante necessidade de substituí-los, o que aumentava o valor comercial dos trabalhadores e a vigilância dos senhores de escravos para evitar fugas (LINDOSO, 2011).

Os escravos que conseguiam fugir se juntavam e formavam quilombos, como tentativa para reconstruir suas vidas e manter a condição de liberdade. Os quilombos não eram habitados apenas por escravos fugitivos, recebiam também índios, fugitivos da justiça, proscritos sociais e pessoas abaixo da linha da miséria, independente de sua raça/cor. Durante o período de escravidão no Brasil os quilombos assumiram um papel importante como fontes de resistência à opressão. Representaram também a tentativa de construção de uma sociedade diferente, baseada na cooperação mútua entre os moradores e em um

governo comunitário. Após a abolição da escravidão, os quilombos continuaram existindo e servindo de refúgio para os indesejados sociais (GORENDER, 1991).

O Brasil foi o país em que o regime escravagista perdurou por mais tempo e, diferentemente de outros países, a abolição da escravidão não foi fruto de alteração do regime político, ocorrendo ainda durante o regime monárquico. Seu término foi autorizado pelo governo, ainda que motivado por pressão social (FIABANI, 2005). A abolição da escravidão colocou a população negra em uma situação de igualdade civil em relação aos demais cidadãos, contudo, não forneceu as possibilidades de inclusão socioeconômica que permitisse aos ex-escravos realmente tornarem-se cidadãos brasileiros. Mesmo com o advento da república, a população pobre e negra permaneceu excluída (THEODORO, 2008).

A abolição da escravidão não incluiu o planejamento de estruturação da nova vida dos libertos ou qualquer tipo de ressarcimento da condição de escravo, ao contrário. A Lei 601/1850, também conhecida como “Lei de Terras”, impôs sérias restrições para que ex-escravos e estrangeiros pudessem comprar terras, ainda que pudessem pagar por elas. Além disso, o acesso à educação não foi garantido por políticas públicas. A garantia de oportunidade de acesso à educação para a população negra sequer constou da Constituição Republicana de 1891 (THEODORO, 2008).

Da mesma forma, o acesso ao mercado de trabalho, ainda que para empregos de baixa remuneração, também foi dificultado. Com o término do regime escravocrata, o governo passou a incentivar a entrada massiva de imigrantes europeus no país, iniciada para substituir os escravos nas lavouras, o que reduziu as oportunidades de emprego para os recém-libertados (THEODORO, 2008). Os novos libertos foram condenados ao subemprego ou à miséria, como se evidenciou pelo aumento da população de rua brasileira após a abolição da escravidão e pela manutenção dos quilombos como oportunidade de subsistência. Esse foi o contexto inicial que conduziu a população negra a uma situação de desfavorecimento e vulnerabilidade, evidenciada pelo acesso diferencial à educação, condições de saúde, emprego e cidadania para os cidadãos brasileiros negros, cujos reflexos perduram até os dias atuais (LINDOSO, 2011).

Segundo Lindoso (2011), a pobreza no Brasil tem raça/cor e gênero. No Brasil, o grau de pobreza é mais elevado do que o encontrado em outros países com renda *per capita* similar. Barros et al. (2006) indicam que, embora cerca de 64% dos países tenham renda inferior à brasileira, o grau de desigualdade no Brasil é um dos mais elevados do mundo. Estima-se que 80% das pessoas abaixo da linha da pobreza no país são negras e a maioria das famílias pobres é chefiada por mulheres (SEPPIR, 2007). Oliveira (2003) indica que a expectativa de vida para os brasileiros brancos, em 2001, era de 75,23 anos, enquanto para os negros era de 65,12 anos. O mesmo estudo indica que a renda *per capita* entre os brancos era de 2,99 salários-mínimos em 2000, enquanto a dos negros era de 1,28 salários-mínimos. O acesso à educação também se mostra desigual. Em 2008, um estudo investigou a inserção de jovens entre 18 e 24 anos no ensino superior e observou que apenas 3.9% dos estudantes universitários eram negros (OSORIO, 2009).

2.2.1. Os quilombolas

Como descendentes dos escravos e ainda habitando as regiões dos antigos quilombos, os “remanescente de comunidades quilombolas” representam uma parte da população brasileira que ainda sofre com disparidades sociais originadas no período escravagista. Seu reconhecimento é fruto de lutas dos movimentos negros no combate ao racismo e alude a uma “dívida” que a nação brasileira assume para com os afro-brasileiros em consequência da escravidão (KENNY, 2013; SCHIMITT et al., 2002). Para que alguém seja considerado quilombola, ele precisa se autoidentificar como quilombola, ter ancestralidade negra e trajetória histórica com sua região de residência relacionada à resistência a opressão histórica sofrida (CPISP, 2012; SILVA et al., 2010).

O reconhecimento legal das comunidades quilombolas foi estabelecido na Constituição de 1988, no artigo 68 das disposições constitucionais transitórias e os encargos das questões referentes aos quilombos e aos quilombolas foram delegados à Fundação Cultural Palmares (SILVA et al., 2008). As reivindicações de organizações de movimentos negros e setores progressistas, levadas à Assembleia Constituinte de 1988, levaram a aprovação de dispositivos constitucionais concebidos como compensação e/ou reparação à opressão histórica sofrida pela população negra. Um desses dispositivos compensatórios foi a doação da terra dos antigos quilombos aos descendentes dos

escravos que mantiveram relação cultural com o território, ou seja, a doação das terras em que construíram suas casas aos quilombolas (KENNY, 2013; LEITE, 2008).

As terras dos quilombos foram consideradas parte do patrimônio cultural desses grupos de ascendência negra e, como tal, passaram a ser consideradas como alvo de proteção por parte do Estado. Todas as regiões brasileiras apresentam áreas remanescentes de quilombos, desigualmente distribuídas entre as regiões. A Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial estima a existência de 3.900 comunidades quilombolas em todo o país, acrescentando a esta estimativa que tais comunidades corresponderiam a 325 mil famílias, numa razão de pouco mais de 80 famílias por comunidade (CALHEIROS; STADTLER, 2010). Entretanto, apenas 2.790 comunidades encontram-se oficializadas. Destas, a região Nordeste conta com 1.672 registros, seguida pela região Norte, com 442, o Sudeste com 375, Centro-Oeste com 131 e o Sul com 170 registros, respectivamente (ANJOS; CIPRIANO, 2007).

A certificação por parte da Fundação Cultural Palmares tem sido de fundamental importância para as comunidades remanescentes de quilombos, pois, mesmo que a situação pareça bem melhor do que há alguns anos para esta população, não houve tantos avanços nos aspectos físicos e nas condições de vida (SILVA, 2007). Houve avanços importantes no reconhecimento social e na recuperação da autoestima quilombola. Muitos quilombolas ainda vivem em comunidades formadas por forte vínculo de parentesco, mantendo vivas tradições culturais e religiosas (FREITAS et al., 2011).

O Ministério da Saúde, considerando as condições desfavoráveis da população negra e a situação especial da população quilombola, criou a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, com o objetivo de eliminar as iniquidades em saúde e reduzir os fatores de riscos que incidem de forma desproporcional neste grupo populacional (BRASIL, 2009). Outra medida tomada pelo governo brasileiro para buscar minimizar as iniquidades étnicas de saúde do país foi a promulgação da Lei 12.888, de julho de 2010, que regulamenta que os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos devem ser beneficiadas com incentivos específicos para a garantia do direito à saúde. Esses incentivos incluem melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar e nutricional e na atenção integral à saúde (BRASIL, 2010). Mas estudos indicam que a implementação dessas políticas tem caminhado a passos lentos,

deixando as associações quilombolas cada vez mais dependentes do assistencialismo e com menos autonomia para gerir o desenvolvimento autossustentado de seus territórios (OLIVEIRA, 2003).

A construção de uma identidade unificada quilombola tem representado uma dificuldade que persiste, mas há avanços importantes nesse sentido (KENNY, 2013). Além da construção identitária, as populações remanescentes de quilombos ainda sofrem com diversos problemas. As comunidades tendem a permanecer ligadas a trabalhos rurais ou culturas de subsistência, o que gera baixa renda aos moradores, fazendo com que muitos dependam de programas governamentais de transferência de renda para subsistir (FREITAS et al., 2011) Outros problemas envolvem a localização das comunidades quilombolas, disputas agrárias em torno das áreas ocupadas, falta de infraestrutura e investimentos públicos, precária presença de serviços de saúde, isolamento físico e social, preconceito e falta de informação. Essas condições têm perpetuado uma série de distorções sobre o conhecimento sobre a saúde e o alcance de políticas de promoção e prevenção em saúde nesse estrato (SILVA, 2007).

A localização é um fator que afeta direta e indiretamente as questões de saúde dos quilombolas. Os quilombos se situavam, geralmente, em locais próximos a algum vilarejo ou cidade, mas em pontos de difícil acesso, devido à função social que exerciam, de abrigar os indesejáveis sociais e os escravos fugidos (SILVA et al., 2010). Oliveira (2005) indica que esse antecedente histórico faz com que as atuais comunidades quilombolas, que receberam como doação as terras desses antigos quilombos, situem-se em áreas rurais, relativamente isoladas geograficamente. A localização dos quilombos dificulta o acesso da população quilombola aos serviços de saúde e educacionais, contribuindo para a manutenção da segregação social iniciada na escravidão e consistindo em um fator de risco para seu adoecimento.

A maior parte da população quilombola ainda vive em condições precárias, que interferem em sua alimentação e saúde (SILVA et al., 2010). Como as condições de vida permanecem difíceis, atribui-se a existência de maior morbimortalidade, tanto de origem infectocontagiosa quanto crônico-degenerativa nessa população, a sua maior vulnerabilidade social (FREITAS et al., 2011). A manutenção das condições adversas de vida faz com que esta população permaneça em luta pelos seus direitos, pela posse e

regularização de suas terras, pela ampliação de sua cidadania plena e pela equidade na saúde pública (KENNY, 2013). Além disso, a comunidade científica tem se sensibilizado, ainda que lentamente, para a necessidade de conhecer as condições de vida e saúde dessa população.

Os estudos sobre os quilombolas ainda são escassos e os existentes focam na construção histórica dessa população ou em patologias físicas. Entre os trabalhos identificados, Oliveira (2003) fez uma reflexão sobre o projeto político para uma população quilombola no Brasil e observou que o Governo Federal estabeleceu uma ampla rede administrativa de execução das políticas públicas nas comunidades quilombolas, além de programas como o chamado “Brasil Quilombola”.

Fiabani (2005) reconstruiu a história de formação da população quilombola brasileira, analisando o papel social dos quilombos para os escravos e para os atuais remanescentes. Gorender (1991) e Lindoso (2007, 2011) retomaram a história do Quilombo de Palmares, considerado o maior quilombo brasileiro. Os estudos sobre Palmares analisaram os determinantes de sua origem, a organização de seu governo e o impacto dessa história para a população negra moderna. Gorender (1991) indica que os negros, índios e brancos considerados indesejáveis, juntaram-se para formar os doze aglomerados conhecidos hoje como quilombo de Palmares, que juntos chegaram a abrigar trezentas mil pessoas. Esses sujeitos sociais passaram a conviver em um regime de cooperativa e poliandria, com o controle social sendo exercido por um grupo escolhido entre os moradores e a vigilância social sendo uma atribuição das mulheres.

Lindoso (2007, 2011) focou sua análise na criação dos quilombos como tentativas de manter a identidade negra e retornar à condição de livre, uma vez que os senhores de escravos certificavam-se de não permitir que indivíduos vindos da mesma região da África permanecessem juntos, como forma de induzir a perda da identidade e desestimular fugas. Lindoso (2007) foca no aspecto histórico e antropológico de Palmares para os escravos da época e para os descendentes de escravos ao longo do século XX. O autor indica que no passado Palmares serviu como forma de manutenção da identidade individual e atualmente a reconstrução de sua história indica a retomada do orgulho da ancestralidade negra da população brasileira moderna. Em seu trabalho de 2011, Lindoso

investiga os mecanismos atuais que os descendentes dos escravos utilizam para manter sua identidade e simultaneamente lutar por sua real inclusão como cidadãos brasileiros.

Souza (2010) investigou a territorialidade e dinâmica cultural no quilombo de Boqueirão, localizado no município de Vitória da Conquista (BA). A autora relata que os moradores mantêm uma associação que regula a prática de trabalho em mutirão para o cultivo da terra e que os moradores esforçam-se para manter viva a lembrança das vivências dos antigos moradores, por meio de contação oral de histórias e pela realização de festas típicas, como a da “Folia de Reis”.

Sobre a temática de saúde entre os quilombolas, Reis et al. (2008) conduziram uma investigação focada na prevalência da Hepatite C em comunidades remanescentes de quilombos no Mato Grosso do Sul e observaram uma prevalência de 0,2% desta doença, o que representa uma estimativa menor do que a esperada para a população geral brasileira. Contudo, nem todos os estudos mostram condições de saúde positivas entre os quilombolas. Oliveira (2005) realizou uma investigação sobre a população quilombola do município de Santarém (PA) em busca de determinantes de saúde e indicou que esta população era extremamente pobre, sendo que 81,8% dos integrantes relatou não possuir nenhum tipo de renda e 8,7% receber apenas a ajuda governamental (Bolsa Escola e/ou Bolsa Família) como fonte de renda. Os quilombolas entrevistados tinham baixo nível educacional, sendo 31,8% analfabetos e apresentavam um perfil de insegurança alimentar e nutricional, que o autor relacionou aos níveis elevados de morbimortalidade observada entre os moradores.

Silva (2007) conduziu um estudo sobre os determinantes de saúde da comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos (PB) e observou que não havia condições sanitárias básicas, cisternas, banheiros ou rede de esgoto na comunidade. Os quilombolas investigados apresentavam como principais agravos à saúde a hipertensão arterial, alcoolismo e problemas mentais. No trabalho não foi especificado pelo autor que tipo de problemas mentais os quilombolas apresentavam e nem a forma como a presença de transtornos mentais foi avaliada.

Silva et al. (2008) investigaram a insegurança alimentar em seis comunidades quilombolas do município de Santarém (PA) e concluíram que a má alimentação

praticada nas comunidades investigadas relacionava-se à questões históricas da posse da terra, uso de práticas predatórias do espaço, enquanto a insegurança alimentar estava associada, ainda, a construção da rodovia BR-163, planejada e executada sem a participação dos moradores da região. Esses moradores entendiam a estrada como um risco a sua subsistência e uma fonte de discriminação racial.

As práticas de lazer dos quilombolas de Santarém (PA) também foram relacionadas às suas condições de saúde. No estudo de Freitas et al. (2009), observou-se que o tempo livre dos quilombolas era gasto principalmente com jogos de futebol, banho de rio ou de igarapé, bate-papo nos bares, festas e vendo televisão. Os autores estabeleceram uma relação desses passatempos com as principais doenças registradas na comunidade: cardiopatias, alcoolismo, micoses, verminoses, acidentes ofídicos, obesidade e outros agravos decorrentes do sedentarismo.

Nascimento et al. (2009) investigaram a prevalência de HTLV-1 em comunidades quilombolas de Goiás e do Mato Grosso do Sul. Foram investigados 1837 indivíduos e observou-se prevalência de 0,5% de HIV positivo entre os avaliados. Outro estudo, conduzido por Silva et al. (2010) avaliou as condições de acesso ao diagnóstico e à assistência para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e para HIV/AIDS de 218 quilombolas de 12 comunidades de diferentes estados brasileiros. Seus resultados mostraram que 75% dos entrevistados faziam uso de serviço público de saúde, 10% apresentavam histórico de DST e 22% já havia sido testado para HIV/Aids. Nesse estudo, as pessoas que se referiram como negras perceberam maior dificuldade em seu atendimento nos serviços de saúde, apresentaram maior relato de sinais e sintomas de DST e maior frequência de automedicação, quando comparadas às não negras.

Volochko (2009) analisou determinantes de saúde em 14 quilombos do estado de São Paulo e observou que apenas cinco comunidades possuíam local para descarte do lixo. Além disso, observou que as queixas de saúde mais frequentes eram dor de cabeça, dor de dente, verminose, resfriado, alergia e hipertensão, mostrando alta prevalência de problemas básicos de saúde ligados à pobreza, à ausência de saneamento e a baixa consciência sanitária.

Riscado, Oliveira e Brito (2010) investigaram situações de vulnerabilidade em mulheres quilombolas de Alagoas entre 15 e 65 anos. Os autores observaram que grande parte das mulheres quilombolas é vítima de violência doméstica, tanto física, sexual, psicológica, patrimonial e moral. Apresentaram alta vulnerabilidade à infecção por DST/Aids e relataram experiências de preconceito racial, tanto em relações pessoais quanto ao buscar atendimento em postos de saúde.

Damazio, Lima, Soares e Souza (2013) investigaram a presença de parasitas fecais em 82 quilombolas residentes em comunidades do Espírito Santo. Eles observaram que 42,7% dos avaliados estavam infectados com parasitas. Os autores indicaram que as precárias condições sanitárias das comunidades quilombolas contribuem para o elevado nível de contaminação nessas comunidades.

Um conjunto de estudos sobre os determinantes de saúde da população quilombola do município de Vitória da Conquista (BA) começaram a ser publicados em 2013. Bezerra et al. (2013a) investigaram a prevalência de hipertensão arterial entre os adultos residentes de cinco comunidades quilombolas de Vitória da Conquista e estimaram que 45,4% apresentavam esse problema. Entre os fatores associados à hipertensão, os autores identificaram a pior segurança na vizinhança; ser mais velho, piores condições econômicas, menor escolaridade, inatividade física e índice de massa corporal indicativo de obesidade. Outro estudo, conduzido por Gomes et al. (2013) investigou a utilização de serviços de saúde por essa mesma população quilombola e observaram que apenas 57,1% da amostra havia utilizado serviços públicos nos 12 meses anteriores à entrevista, índice considerado baixo quando comparado à população geral brasileira. As mulheres, as pessoas casadas ou vivendo com companheiro e aquelas com pior autoavaliação de seu estado de saúde buscaram mais por atendimento de saúde do que os homens, solteiros e pessoas que consideravam sua saúde mais positivamente.

Outros dois trabalhos sobre essa mesma população encontram-se aceitos para publicação. Souza, Barroso e Guimarães (prelo) estimaram as oportunidades perdidas para diabetes entre os quilombolas e observaram 42,6% de oportunidade perdida para diagnóstico dessa patologia na população investigada. Os fatores associados à essa perda foram a autoavaliação de saúde como boa ou muito boa, não aferir pressão arterial durante o último ano, não ter realizado consulta médica nos últimos doze meses anteriores à coleta

dos dados e índice de acesso aos serviços de saúde ruim. Oliveira, Guimarães e França (prelo) analisaram os fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou entre as mulheres quilombolas e identificaram que 27,3% das mulheres nunca havia realizado o exame. Os fatores associados a essa não realização foram: estar na faixa etária entre 18 e 29 anos, estar na faixa etária entre 50 e 59 anos, ser analfabeta, não ter companheiro, buscar atendimento em unidades de saúde que não se localizam na comunidade em que moram e realizar exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca tê-lo realizado.

Sobre uma destas comunidades, Boqueirão, outro estudo foi publicado, visando analisar as condições de habitação e saúde desta comunidade (AMORIM et al., 2013). Os autores observaram que a maioria das casas não possuía água encanada e infraestrutura sanitária. A maioria da população investigada utilizava unicamente serviços públicos de saúde e a hipertensão arterial foi a doença mais relatada. Em relação às parasitoses intestinais, as protozooses foram mais prevalentes que as helmintíases.

Embora o perfil identificado nos quilombolas brasileiros os aponte como população vulnerável e as poucas investigações sobre a saúde quilombola já realizadas tenham observado elevadas prevalências de doenças físicas evitáveis, ainda existem muitos pontos desconhecidos sobre as condições de saúde dessa população, especialmente a saúde mental. Um exemplo é que foi localizado apenas um trabalho (SILVA, 2007) que avaliou a existência de transtornos mentais entre os quilombolas brasileiros. Entretanto, esse trabalho não define o tipo de transtorno encontrado e não esclarece a forma pela qual tais transtornos foram identificados.

Nesse cenário, investigações sobre a prevalência dos transtornos mentais e sobre as condições gerais de vida dos quilombolas ganha importância, especialmente os estudos de base populacional. Os inquéritos de saúde de base populacional tem se mostrado eficazes em apontar focos privilegiados de intervenção para garantir um serviço de saúde pública equitativo e de qualidade, como prevê o Sistema Único de Saúde (CESAR; TANAKA, 1996). Por meio de estudos populacionais é possível identificar os diferenciais gerados pelas condições de vida dos quilombolas e a existência de diversos transtornos mentais e doenças físicas relacionadas a essa vulnerabilidade, permitindo visualizar suscetibilidades específicas e pontos privilegiados de intervenção para esta população (FREITAS et al., 2011).

A proposta de atendimento público adotada no Brasil é regionalizada e para atender a esse objetivo faz-se necessário contextualizar a região em que as questões de saúde são consideradas (ALBUQUERQUE, 2006). Assim, encontra-se apresentada uma caracterização resumida do município de Vitória da Conquista, região foco da presente proposta.

2.3. CARACTERÍSTICAS DE VIDA E SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA (BA)

A região hoje conhecida como Vitória da Conquista originalmente era povoada por povos indígenas e sua colonização se deveu a busca por metais preciosos, principalmente ouro. O arraial da Conquista, atual Vitória da Conquista, foi fundado em 1783, por João Gonçalves da Costa, um ex-escravo alforriado pela Coroa Portuguesa por serviços prestados à coroa. Os metais preciosos procurados pelos portugueses não foram encontrados e a economia da região passou a depender da pecuária extensiva e da produção de café (Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista [PMVC], 2014).

Situada na região sudoeste do estado da Bahia, atualmente Vitória da Conquista é o terceiro maior município do estado. Segundo dados do último censo populacional, o município possui população de 306.866 pessoas e área aproximada de 3.405 Km². A partir de 1975, com o auxílio de subsídios governamentais, a região passa a ser a maior produtora de café do Norte e Nordeste do Brasil e atualmente está em franca expansão no plantio de cana-de-açúcar (PMVC, 2014). A região possui um elevado índice de urbanização (80%), contudo, devido à economia baseada no plantio de café, cana-de-açúcar e cultivo de gado, município também possui grande população rural, distribuída por 284 povoados, espalhados por doze distritos (BRASIL, 2012a). Nesses distritos estão espalhadas 25 comunidades quilombolas regulamentadas (PMVC, 2014).

Com relação à gestão de saúde, desde 1999 os atendimentos em atenção básica e procedimentos de média ou alta complexidade são de responsabilidade do município de Vitória da Conquista, contando com a colaboração da gestão estadual, em função de uma descentralização ainda incompleta dos serviços. A rede completa de saúde do município é composta por 399 estabelecimentos de saúde, sendo 188 públicos, oito filantrópicos e

203 de caráter privado. Esta rede está estruturada em níveis de atenção primário, secundário e terciário. A rede de atenção à saúde municipal segue as diretrizes nacionais, fundamentando-se no Programa de Saúde da Família (PSF), no trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A descrição dos serviços públicos e filantrópicos de saúde encontra-se apresentada no Quadro 3.

Dos serviços citados, com exceção feita às Unidades Básicas de Saúde (UBS), todos os serviços estão localizados na sede do município (BRASIL, 2012b). Trinta e cinco UBS estão localizadas na zona urbana e 15 na zona rural. A prefeitura estima que a cobertura do programa atinja 100% dos residentes na zona rural e 63% da zona urbana (PMVC, 2014).

Como realizam apenas as atividades de atenção primária, as UBS espalhadas pelos distritos de Vitória da Conquista precisam encaminhar os pacientes para a sede do município para realizar exames, consultas especializadas e qualquer procedimento mais complexo. Todos os atendimentos públicos em saúde mental são realizados em um dos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou dos três Hospitais Dia situados na sede. Todos os serviços de saúde contam com uma cota mensal pré-definida para consultas e procedimentos especializados destinada a cada ESF. Como Vitória da Conquista é um polo macrorregional para o sudoeste da Bahia, essa cota também regula as Secretarias Municipais de Saúde de outros 62 municípios circunvizinhos. O controle dessas cotas, bem como a marcação dos procedimentos, é regulada por uma Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados, também localizada na sede do município. Esse procedimento exige que, para receber atendimento secundário ou terciário, cada pessoa compareça pelo menos duas vezes ao serviço de saúde, a primeira para o agendamento do atendimento e a seguinte para sua efetivação. Esses comparecimentos são mais difíceis para os moradores da zona rural, pois, até o momento, a prefeitura não disponibiliza transporte gratuito para essa finalidade (PMVC, 2014).

Quadro 3. Estabelecimentos públicos ou filantrópicos prestadores de atendimento de saúde em Vitória da Conquista – Bahia, em 2011.

Serviço	Quantidade
Centro de Atenção Psicossocial	03
Hospital Dia	03
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	50
Clínica Especializada/Hospital ou Ambulatório Especializado	83
Hospital Geral	08
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	01
Policlínica	08
Posto de Saúde	12
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	21
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	06
Unidade Móvel Terrestre	01

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.

De localização predominantemente rural, as comunidades quilombolas podem ter seu acesso aos serviços de saúde dificultados (OLIVEIRA, 2003; UNGLERT et al., 1987). Sobre as comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, a Prefeitura do município informa que se localizam em diferentes áreas, mas, com exceção feita a comunidade de Lagoa de Melquíades, todas as demais contam com poucas fontes hídricas. Todas as 25 comunidades quilombolas registradas praticam a agricultura familiar e seu atendimento em saúde depende da ação dos ACS e de visitas esporádicas de médicos às Unidades Básicas de Saúde (PMVC, 2014).

Os atendimentos em saúde mental acrescentam, ainda, a dificuldade de seu caráter prolongado de acompanhamento, merecendo especial atenção ao se considerar questões de saúde (UNGLERT et al., 1987). No caso de Vitória da Conquista, isto se torna especialmente verdade, pois todos os serviços de atenção secundária e terciária em saúde, onde são realizados os atendimentos em saúde mental, estão concentrados exclusivamente na zona urbana, exigindo deslocamento dos indivíduos até a sede do município, caso precisem desse tipo de atendimento. Esse foi o quadro teórico que

embasou a realização do presente estudo, cujos objetivos encontram-se apresentados a seguir.

2.4. RELEVANCIA DE ESTUDOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

A vulnerabilidade da população quilombola e a dívida histórica do Brasil com tais pessoas tem sido reconhecida pelo Governo Federal (LINDOSO, 2011). Várias iniciativas de reconhecimento e melhoria das condições de vida dessa população foram tomadas, entre elas destacam-se a publicação da Lei 12.888, que reconhece a existência da população quilombola (BRASIL, 2010), a adoção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009; CPISP, 2012) e o Programa Brasil Quilombola (BRASIL, 2014; OLIVEIRA, 2003).

Como estas ações são relativamente recentes, a avaliação de sua efetividade para atingir os objetivos de combate às iniquidades ainda é restrita. Além disso, ainda não existe um perfil epidemiológico da população quilombola brasileira, que embase o direcionamento das ações, recursos e das formas de avaliação dos programas de saúde. Inquéritos de saúde de base populacional são importantes para a organização de ações diretas de saúde e tem sido cada vez mais utilizados como ferramentas para levantamento de dados para os sistemas nacionais de informação de saúde no Brasil (VIACAVA, 2002). Entre as principais funções dos inquéritos populacionais de saúde, destaca-se a de informar sobre as condições das pessoas que não mantiveram contato com o sistema de saúde ou aqueles cujo contato com os serviços de saúde foi irregular, mostrando as condições e necessidades de intervenção das populações invisíveis (CAMPOS, 1993).

As dificuldades para a realização deste tipo de estudo no país são diversas, envolvendo a dimensão continental do país, sistemas deficitários de registro de informação e captação de recursos (CAMPOS, 1993). No caso da população quilombola, soma-se a esses dificultadores a localização das comunidades, situadas em zonas rurais e de difícil acesso (CPISP, 2012; OLIVEIRA et al., 2008). As dificuldades de realização de estudos populacionais no Brasil e o histórico de vivências de iniquidade social fez com que a população quilombola do país permanesse invisível demográfica e

epidemiologicamente por muito tempo. Apenas recentemente começaram a ser publicados estudos sobre as condições de saúde e de vida dos residentes de comunidades quilombolas (SILVA et al., 2010; VOLOCHKO, 2009), havendo ainda muitas lacunas de conhecimento nessa área, entre elas a da prevalência da depressão entre os quilombolas. Assim, justifica-se a realização de um inquérito de base populacional com residentes de comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista (BA), investigando a prevalência da depressão e outras condições de saúde nessa população pela ausência de informações sobre tais indivíduos que vivem em situação de vulnerabilidade social.

OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de depressão na população adulta residente em comunidades quilombola de Vitória da Conquista (BA) e identificar fatores socioeconômicos, de condições de saúde e violência e as estratégias de enfrentamento associadas à triagem positiva para depressão nessa população.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar a adequação da *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) para triar a depressão na população quilombola, por meio da análise da sensibilidade e dificuldade dos itens da escala pela Teoria de Resposta ao Item.
2. Estimar a prevalência de depressão na população adulta de moradores de comunidades quilombola de Vitória da Conquista (BA) por meio da PHQ-9.
3. Verificar se existe associação entre variáveis sociodemográficas, de condições de saúde e violência, e estratégias de enfrentamento e depressão na população quilombola investigada, de forma global e estratificada por gênero.

MÉTODO

O presente trabalho consiste em um recorte de um projeto mais amplo, intitulado “Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista – Avaliação de saúde e seus condicionantes” (COMQUISTA). O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10) e da Faculdade São Francisco de Barreiras (CAAE 0118.0.066.000-10) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após aceitarem contribuir com o estudo. Esses documentos encontram-se incluídos no final do presente volume (ANEXOS A e B, respectivamente).

Trata-se de estudo de corte transversal, de base populacional, realizado em cinco comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista (BA), cujo principal objetivo foi conhecer as condições e determinantes de saúde dessa população. Para melhor compreensão do projeto geral e dos resultados observados, encontra-se apresentado a seguir um resumo das características do projeto COMQUISTA. Em seguida, estão descritos os procedimentos referentes especificamente às análises conduzidas nesse recorte.

4.1. PROJETO COMQUISTA: COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE VITÓRIA DA CONQUISTA – AVALIAÇÃO DE SAÚDE E SEUS CONDICIONANTES

O projeto COMQUISTA foi concebido em dois eixos principais, a identificação de condições e condicionantes de saúde por meio de inventário estruturado e um eixo qualitativo, conduzido por meio da realização de três grupos focais: com as lideranças das comunidades quilombolas selecionadas, com profissionais de formação superior e com ACS integrantes das ESF de referência das comunidades quilombolas.

Todos os envolvidos na execução da coleta de dados do projeto COMQUISTA receberam treinamento e o projeto passou inicialmente por um estudo piloto para ajuste do instrumento e dos procedimentos. Após o estudo piloto foram determinados os procedimentos finais para a seleção da amostra e condução da coleta de dados do estudo principal. Maiores detalhes sobre o COMQUISTA e o instrumento utilizado na coleta

dos dados estão disponíveis em Bezerra et al. (2013b) e no endereço eletrônico <<http://projetoconquista.wordpress.com>>. Nesse endereço também estão disponíveis os demais trabalhos já publicados ou aceitos para publicação integrantes do projeto COMQUISTA. Uma breve síntese é aqui apresentada.

4.1.1. População e amostra do COMQUISTA

A população consistiu em indivíduos com 18 anos ou mais e crianças até cinco anos residentes em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia. Em 2011, período em que ocorreu a coleta dos dados, havia 25 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares no município, divididas em cinco distritos.

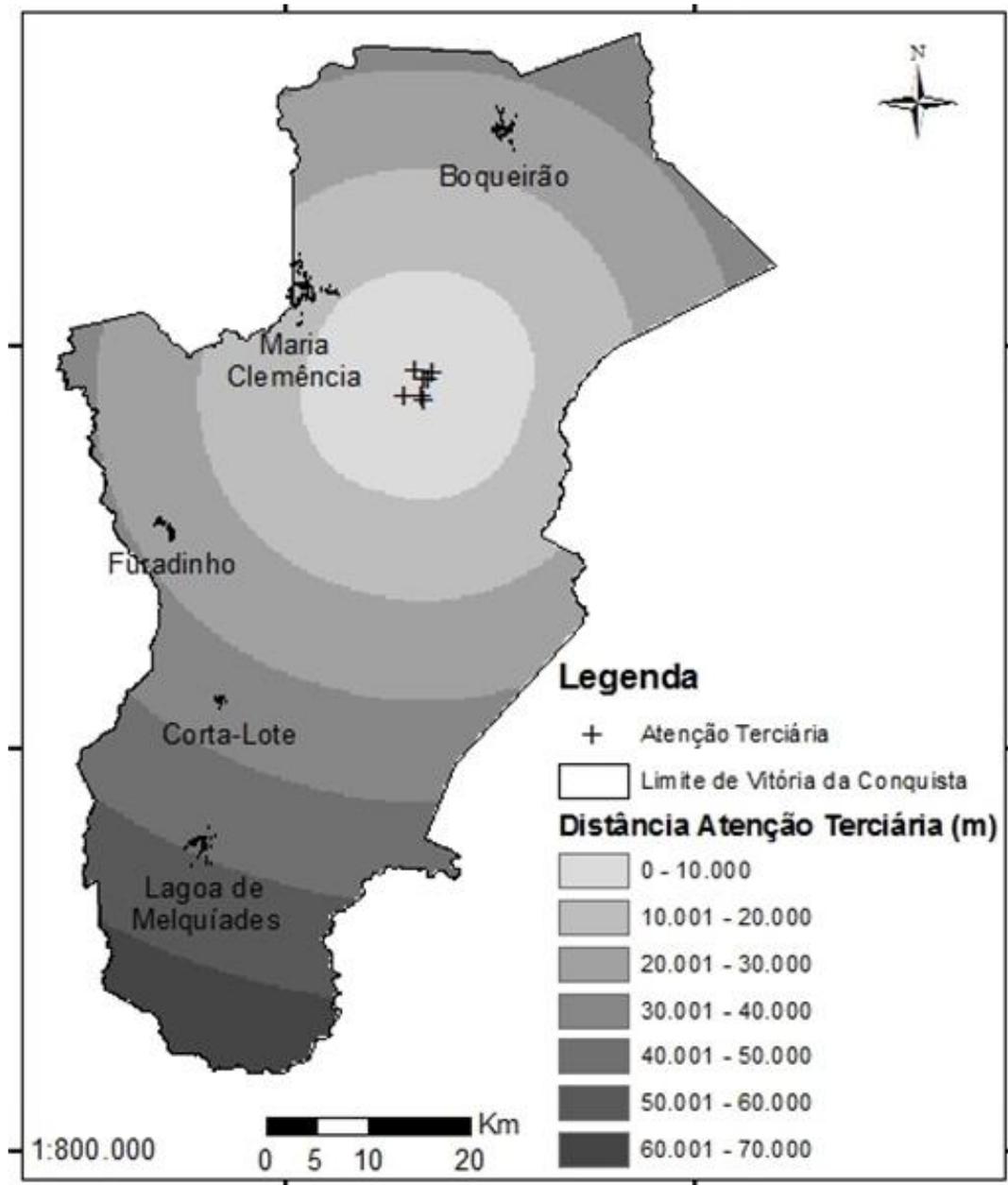
Os princípios amostrais utilizados foram: selecionar uma comunidade por distrito; incluir apenas comunidades com 50 ou mais famílias; selecionar domicílios aleatoriamente e convidar todos os maiores de 18 anos residentes no domicílio sorteado. Considerando esses critérios estimou-se a população elegível em 2.935 pessoas.

Para o cálculo da amostra foram considerados: prevalência *a priori* de 50%, devido a heterogeneidade dos eventos avaliados; precisão de 5%; nível de 95% de confiança; efeito de desenho igual a 2; e 30% de perdas. Por esses critérios a amostra foi estimada em 884 indivíduos adultos. Estimou-se que seria necessário visitar 346 domicílios para obter esse número de indivíduos.

O plano amostral foi realizado em dois estágios: 1) seleção das comunidades; e 2) seleção dos domicílios. Para a seleção das comunidades, sorteou-se aleatoriamente um número entre um e a população total de cada distrito. A comunidade cujo intervalo continha este número foi selecionada para o estudo. Estas comunidades encontram-se apresentadas na Figura 1, foram elas: Corta Lote, Maria Clemência, Lagoa de Melquíades, Furadinho e Boqueirão. Em seguida essas comunidades foram mapeadas por localizador *Global Positioning System* (GPS). Um exemplo desse mapeamento pode ser observado na Figura 2. A seleção dos domicílios ocorreu de forma aleatória, por amostragem probabilística sistemática, de acordo com a distribuição proporcional de domicílios por distrito.

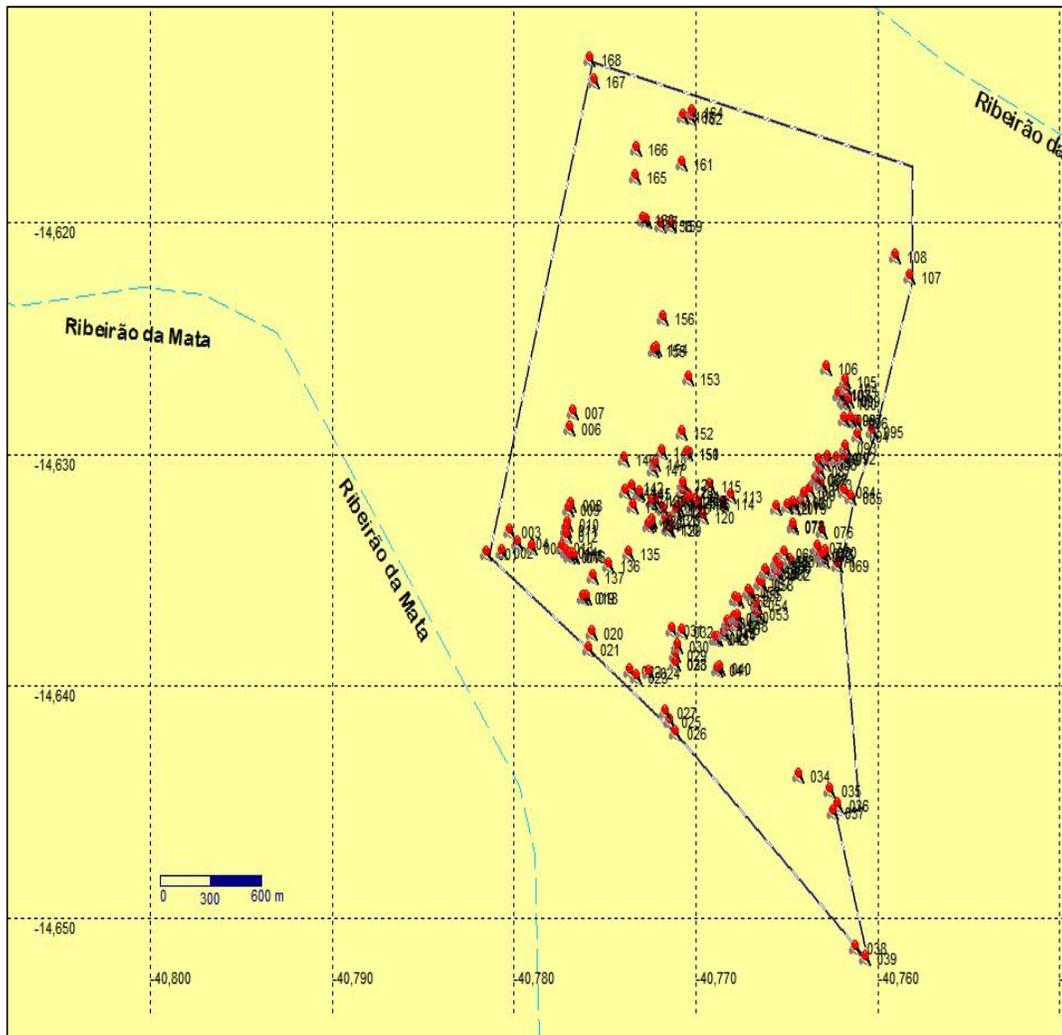
Os entrevistadores compareceram a todos os domicílios sorteados. Caso não encontrassem algum dos moradores, a equipe de pesquisa retornava ao domicílio por até três vezes, em dias consecutivos e horários variados, na tentativa de contato. Se após essas três tentativas o morador ainda não pudesse ser localizado, ou se recusasse a participar, passava a ser considerado como perda amostral.

Figura 1. Mapa de localização das comunidades quilombolas integrantes da amostra do projeto COMQUISTA, no município de Vitória da Conquista, Projeto COMQUISTA, 2011.



Fonte: Projeto COMQUISTA.

Figura 2. Mapa georreferenciado da Comunidade Boqueirão, Projeto COMQUISTA, 2011.



Fonte: Projeto COMQUISTA.

4.1.2. Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário estruturado, adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde (FIOCRUZ/IBGE, 2013). Esse questionário contempla características físicas do domicílio e dos indivíduos, entre elas: características sociodemográficas e de apoio social, autoavaliação da saúde, estilo de vida, morbidade, acidentes e violências, questões de saúde da mulher e desempenho do sistema de saúde.

Informações sobre esse instrumento podem ser obtidas em <
<http://www.pns.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=proposicao>>.

A escala PHQ-9 (ANEXO C) está incluída no módulo sobre autoavaliação de saúde do questionário (questões B20 a B28) e foi aplicada a todos os adultos do estudo. Os questionários foram aplicados nos domicílios dos respondentes, por meio de computadores portáteis, modelo *HP Pocket Rx5710TM* equipados com o *software Questionnaire Development System (QDS)*, versão 2.6.1.

4.2. RECORTE METODOLÓGICO

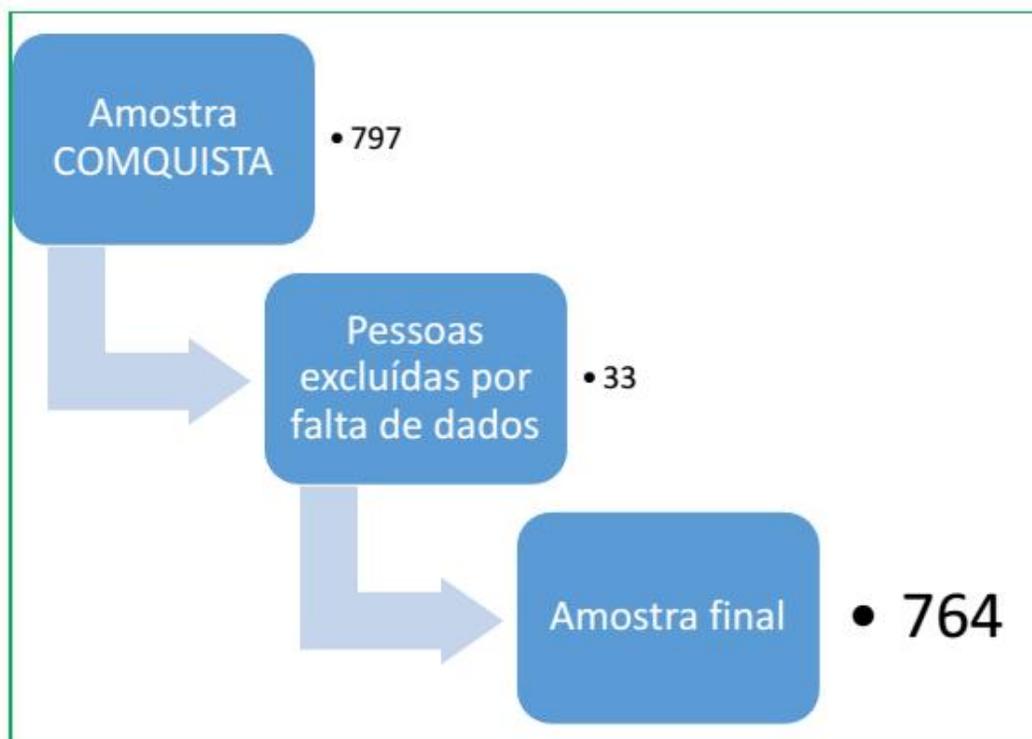
A presente proposta representa um recorte quantitativo do projeto COMQUISTA, enfocando os aspectos relacionados à depressão em adultos e seus possíveis fatores associados a essa patologia. As variáveis explicativas foram agrupadas em sociodemográficas, condições de saúde e violência e estratégias de enfrentamento. Os aspectos metodológicos para atingir a cada um dos objetivos específicos estão apresentados a seguir.

4.2.1. Amostra

Dos 884 adultos selecionados no projeto COMQUISTA, 797 adultos residentes em comunidades quilombolas foram entrevistados. A não-participação observada ($n = 87$) deveu-se principalmente a não encontrar o possível entrevistado em casa após três tentativas de contato em dias e horários alternados (82,0% das perdas) e a recusa em responder ao questionário (18,0%).

Considerando a necessidade de ter as respostas completas de todos os participantes aos instrumentos aplicados, para as análises que seriam desenvolvidas, nesse trabalho foram excluídos da amostra do projeto COMQUISTA os indivíduos que haviam deixado de responder a qualquer item das variáveis analisadas. Essa exclusão reduziu a amostra das análises apresentadas nesse volume (objetivos 1 a 4) de 797 para 764 participantes. O recorte realizado encontra-se graficamente ilustrado na Figura 3.

Figura 3. Amostra considerada para as análises de prevalência e fatores associados à Depressão em adultos residentes de comunidades quilombolas.



4.2.2. Variáveis

A descrição de todas as variáveis utilizadas no presente trabalho e a categorização de suas respostas encontra-se no Quadro 4, que compõe o APÊNDICE A, ao final desse volume (pág. 144).

4.2.2.1. Evento (Variável dependente)

Depressão, entendida no estudo como a triagem positiva para Episódio Depressivo Maior, identificada por meio de pontuação igual ou superior a 10 pontos na escala PHQ-9 e existência de cinco ou mais sintomas depressivos na maior parte dos últimos 15 dias, incluídos entre eles o humor deprimido e/ou anedonia. A intensidade da depressão foi avaliada considerando os pontos de corte estabelecidos para a PHQ-9 por Osório et al., 2009. A classificação da depressão é considerada como “leve” quando a pontuação na

PHQ-9 fica entre 10 e 14 pontos, “moderada”, entre 15 e 19 pontos e depressão “severa” quando a pontuação permanece entre 20 e 27 na escala.

4.2.2.2. Variáveis explicativas (Independentes)

As variáveis consideradas como potencialmente explicativas foram agrupadas em: 1. Características sociodemográficas, 2. Condições de saúde e violência e 3. Estratégias de enfrentamento.

Como características sociodemográficas foram consideradas as variáveis sexo, idade, raça/cor, escolaridade, renda, estado civil, autoidentificação como quilombola, desemprego e idade de inserção no mercado de trabalho. À exceção da escolaridade, dividida em três categorias (0 anos de estudo, 1 – 4 anos de estudo, 5 ou mais anos de estudo), todas as demais foram dicotomizadas.

As condições de saúde e violência consideradas foram: diagnóstico prévio de doença crônica, diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, autoavaliação de saúde, histórico violência física ou sexual ao longo da vida, uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses anteriores à entrevista e índice de acesso aos serviços de saúde. A autoavaliação de saúde e o índice de acesso foram categorizadas em 3 itens, as demais variáveis foram dicotomizadas.

A autoavaliação de saúde foi dividida em 0 = muito boa/boa, 1 = razoável e 2 = ruim/muito ruim. O índice de acesso aos serviços de saúde foi composto considerando a composição das equipes de profissionais nas UBS de cada comunidade, o cadastro dos domicílios investigados no serviço de saúde e a frequência de visitas dos ACS aos domicílios ao longo dos últimos 12 meses. As equipes nas UBS foram consideradas completas quando compostas por médico, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, dentista e enfermeiro. Foram consideradas incompletas quando contavam apenas com auxiliares de enfermagem, dentista e enfermeiro. O índice de acesso foi classificado em bom, razoável ou ruim, assim definidos: 1. Bom, quando a UBS possuía uma ou mais equipes profissionais completas, o domicílio estava cadastrado na UBS e os ACS haviam feito visitas mensais ao domicílio ao longo dos 12 meses anteriores à entrevista; 2.

Razoável, quando havia uma equipe profissional na UBS (completa ou incompleta), o domicílio estava cadastrado no serviço e os ACS haviam feito entre uma e seis visitas anuais ao domicílio; e 3. Ruim, quando o domicílio não estava cadastrado na UBS e/ou os ACS não realizaram nenhuma visita domiciliar nos últimos 12 meses, independente da composição da equipe profissional da UBS.

Como estratégias de enfrentamento considerou-se a existência de suporte social, assistir televisão, participar de atividades em grupo, participar de trabalho voluntário, participar de atividades religiosas, praticar exercício físico, consumir bebida alcoólica e histórico de tabagismo. Essas variáveis foram consideradas de forma dicotomizada, categorizadas como sim ou não.

4.2.3. Análise estatística

As análises estatísticas específicas para atingir a cada objetivo encontra-se apresentada nos próximos itens.

4.2.3.1. Análise estatística para o objetivo 1

Para atender ao objetivo 1 as respostas dadas à PHQ-9 foram analisadas descritivamente, em termos de porcentagem de repostas para cada alternativa de resposta, porcentagem de pontos totais, média, mediana e desvio-padrão. A escolha do modelo TRI adotado deveu-se às características da PHQ-9, que é um instrumento unifatorial, com todas as possibilidades de resposta as questões com quatro itens com aumento gradual de frequência e que permite uma conclusão dicotômica (estar ou não positivamente triado para EDP).

As análises por meio da TRI exigem o cumprimento de dois pré-requisitos: unidimensionalidade do traço latente e independência local. Segundo McHorney e Cohen (2000), a unidimensionalidade é rara em fenômenos complexos, como é o caso da depressão, mas é possível aplicar modelos TRI quando há um fator explicativo

predominante no instrumento, que explique pelo menos 20% da variância dos resultados de um instrumento, mesmo que haja outros fatores explicativos relacionados.

Para verificar a unidimensionalidade da PHQ-9 realizou-se inicialmente uma análise fatorial exploratória, pelo método dos componentes principais, considerando nível de significância de 5%, seguindo indicação de Hays et al. (2000). A independência local pode ser considerada garantida quando a unidimensionalidade ou predominância de um fator é demonstrada (PASQUALI, 2007).

Para a análise dos itens da PHQ-9 utilizou-se o modelo unidimensional de dois parâmetros para respostas politônicas, proposto por Samejima (1969). O modelo de respostas politônicas identifica a capacidade de discriminação (parâmetro a) e nível de dificuldade (parâmetro b) de cada item de um instrumento, considerando que as respostas aos itens seguem uma ordenação gradativa e que existe uma distância equivalente entre todas as alternativas de resposta. Nesse modelo define-se que a média dos escores da PHQ-9 é zero e o desvio-padrão é 1, como indicado por Samejima (1969) e Baker (2001).

O parâmetro de discriminação (a) indica quanto um item é capaz de diferenciar indivíduos com base em seu desempenho específico ou quantidade específica do traço latente (θ), por meio de curvas características dos itens. Essas curvas mostram a relação entre as probabilidades de respostas em cada alternativa e o construto avaliado, indicando categorias de resposta com maior probabilidade de serem escolhidas para cada nível do traço latente (BAKER, 2001). Na presente análise o parâmetro a representa a capacidade de discriminação do nível de depressão (θ) para cada alternativa de resposta da PHQ-9.

A capacidade de discriminação dos itens varia entre zero e ∞ . Baker (2001) indica que itens com capacidade de discriminação zero não possuem capacidade de discriminação do valor de θ ; valores entre 0,01 e 0,34 indicam itens com discriminação muito baixa do traço latente; valores de 0,35 a 0,64, mostram itens com discriminação baixa; entre 0,65 e 1,34 indicam itens com capacidade de discriminação moderada; 1,35 a 1,69 indicam itens com alta discriminação; e valores de 1,70 ou maiores denotam itens com poder de discriminação muito alto.

O parâmetro de dificuldade (b) indica os itens que o indivíduo tem maior chance de responder corretamente. No presente estudo esse parâmetro representa a chance de ter respondido a uma determinada alternativa de resposta diante da maior gravidade dos sintomas depressivos. O parâmetro b pode assumir valores entre -3,0 e 3,0, sendo que os maiores valores positivos indicam itens com maior nível de dificuldade.

A análise da determinação do melhor ponto de discriminação da PHQ-9 pela TRI seguiu critério proposto por Castro et al. (2010). Segundo esse critério, o valor médio das respostas dadas ao instrumento é multiplicado pelo desvio-padrão da escala total e somado com a média da pontuação na escala, para ser convertido na pontuação usada no instrumento. As análises foram conduzidas nos programas SPSS, versão 17.0 e Parscale, versão 4.1.

4.2.3.2. Análise estatística para o objetivo 2

Para estimar a prevalência da depressão na população adulta residente em comunidades quilombola de Vitória da Conquista (BA), tanto para a amostra total quanto para a amostra estratificada por gênero, inicialmente foram realizadas análises descritivas de distribuição de frequências, médias e desvio-padrão, para caracterização da amostra, do evento e das variáveis explicativas. A prevalência da depressão foi estimada dividindo o número total de participantes com pontuação igual ou superior a 10 pontos na PHQ-9 e presença de cinco ou mais sintomas na escala pela amostra total da investigação. Para a análise estratificada o número de pessoas com 10 pontos na PHQ-9 e presença de cinco ou mais sintomas na escala foi dividido pelo total de homens e mulheres separadamente.

Estimou-se, também, o intervalo de 95% de confiança para a prevalência da depressão. As análises foram feitas no programa *Statistical Analysis System* – SAS, versão 9.0.

4.2.3.3. Análise estatística para o objetivo 3

Para responder ao objetivo 3 estimou-se a magnitude da associação entre as variáveis explicativas e a depressão para a amostra total e para a amostra estratificada por gênero, por meio da razão de prevalência (RP), com intervalo de 95% de confiança (IC95%). Essa

estimativa foi feita para cada variável estudada, obtidas por meio de regressão de Poisson com estimadores robustos univariada e multivariada.

Os modelos foram inicialmente construídos separadamente para cada agrupamento investigado: características socioeconômicas, condições de saúde e violência e estratégias de enfrentamento. Nessa etapa foram incluídas todas as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,20 na análise univariada, seguindo indicação da literatura para construção de modelos multivariados (FIELD, 2009).

O passo seguinte foi ajustar o modelo multivariado final. Para a construção desse modelo foram testadas todas as variáveis que obtiveram p-valor até 0,10 no passo anterior. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis que demonstraram associação independente significativa com o evento de interesse ($p \leq 0,05$).

Uma vez que a literatura aponta diferenças de gênero na prevalência e fatores causais da depressão entre homens e mulheres, as análises de RP com intervalo de 95% de confiança foram estimadas também estratificadas por gênero. Para cada gênero criou-se modelos logísticos multivariados intermediários e um modelo final, construídos separadamente para cada agrupamento investigado (e.g. características socioeconômicas, etc.). Foram incluídas nos modelos intermediários as variáveis com p-valor menor ou igual a 0,20 na análise univariada, seguindo indicação da literatura para construção de modelos multivariados (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

A escolha do uso da razão de prevalência visou evitar a superestimação das associações, o que pode ocorrer ao aplicar medidas de Odds Ratio em eventos com elevada prevalência (BARROS, HIRAKATA, 2003; HIRAKATA, 2009). A adequação dos modelos finais foi avaliada pelos testes *Goodness of-fit test (residual deviance)* e *Omnibus Test*, conforme indicação da literatura para análise de adequação de modelos multivariados (FIELD, 2009). As análises estatísticas foram feitas utilizando o software SAS, versão 9.0.

Todos os resultados obtidos pelos procedimentos descritos nesse capítulo encontram-se apresentados no capítulo 5 desse manuscrito. Esses resultados são discutidos no capítulo 6 e embasam as considerações finais deste volume.

RESULTADOS

Nesta seção encontram-se apresentados os resultados sobre: 1. A caracterização da amostra estudada; 2. A capacidade discriminativa e dificuldade dos itens da PHQ-9, verificados por meio da TRI; 3. A prevalência da depressão na população adulta residente em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA); 4. Os fatores associados à depressão na população investigada; e 5. Os fatores associados à depressão estratificados por gênero.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A coleta de dados do projeto COMQUISTA ocorreu entre os meses de agosto e novembro de 2011. Havia estimativa amostral de 884 indivíduos, mas a coleta de dados foi finalizada com a realização de 797 entrevistas. A amostra total contou com 76 participantes (9,5%) da comunidade de Corta Lote, 270 (33,9%) de Maria Clemência, 158 (19,8%) de Lagoa de Melquíades, 136 (17,1%) da comunidade de Furadinho e 157 (19,7%) de Boqueirão.

A confiabilidade dos dados coletados foi avaliada por meio da estatística *Kappa*. Para o teste de confiabilidade selecionou-se 25 variáveis do banco de dados e procedeu-se à sua análise, tendo os resultados apresentado bons percentuais de concordância, variando entre 78 e 100%. Essas análises estão apresentadas no trabalho de Bezerra et al. (2013b).

As perdas amostrais haviam sido estimadas em 30%, mas ao final da coleta de dados foram contabilizadas em 10,2%. O principal motivo de perda amostral foi não encontrar os moradores dos domicílios selecionados após três visitas, em dias e horários distintos (82,0%). Os demais (18,0%) recusaram-se a participar da investigação. Entre os indivíduos que não puderam ser localizados ou se recusaram a participar, 77,4% eram do sexo masculino e 65,2% estavam na faixa-etária de 18 a 34 anos. Esses dados indicam a necessidade de considerar com cuidado possíveis relações observadas entre a depressão e as variáveis idade e sexo. Para a presente análise foi necessário excluir outros 33 participantes, que não completaram corretamente a PHQ-9 ou deixaram de responder a

alguma pergunta sobre as variáveis de interesse, finalizando a amostra do presente estudo em 764 participantes.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (53,5%), com idade de 41 anos ou mais (51,4%), vivia com um parceiro (62,0%), nunca estudou ou possuía até quatro anos de estudo (71,7%), se autodeclarava quilombola (84,9%) e negro (84,0%). A maior parte dos entrevistados teve seu primeiro emprego antes dos 16 anos (69,9%) e estava desempregada no momento da entrevista de coleta dos dados (50,4%). A renda familiar média foi de R\$ 610,00 reais (DP= \pm 526,65), para uma média de quatro moradores por domicílio e 65,4% dos respondentes possuíam renda mensal superior a meio salário mínimo (R\$ 272,50)^b.

Os entrevistados, em sua maioria, percebiam a própria saúde como muito boa ou razoável (87,6%). Contudo, 63,6% dos quilombolas relataram ter recebido diagnóstico prévio de doença crônica (hipertensão, diabetes, colesterol alto, artrite, problema crônico na coluna, doença pulmonar crônica e/ou osteoporose). Além disso, 3,5% relataram diagnóstico anterior de transtorno mental, tendo 2,3% diagnóstico anterior de depressão e 2,6% informaram ter sido vítima de violência física ou sexual em algum momento da vida.

A maioria dos entrevistados tinha suporte social (93,5%), participava de atividades religiosas (75,1%) e assistia televisão (76,6%). Não participavam de atividades em grupo (71,9%), trabalho voluntário (78,4%) e também não praticavam exercícios físicos (74,6%). Uma importante parcela dos entrevistados (41,0%) consumia álcool pelo menos uma vez por mês e 26,4% informaram fumar ou haver fumado no passado. Metade dos participantes (50,1%) relatou ter usado algum serviço de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista e 47,5% possuíam bom acesso aos serviços de saúde (Tabela 1).

^b Valor do salário mínimo no momento da coleta dos dados R\$ 545,00.

Tabela 1. Caracterização dos adultos residentes em comunidades quilombolas, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764).

Variável	N	%
<u>Características socioeconômicas</u>		
Sexo:		
Masculino	355	46,5
Feminino	409	53,5
Cor/Raça:		
Não negra	122	16,0
Negra	642	84,0
Autopercepção de ser Quilombola:		
Não	115	15,1
Sim	649	84,9
Situação conjugal:		
Com companheiro	474	62,0
Sem companheiro	290	38,0
Idade (anos):		
18 – 40	371	48,6
41+	393	51,4
Escolaridade (anos de estudo):		
5+	216	28,3
1 – 4	292	38,2
0	256	33,5
Renda familiar (salários mínimos) ^a :		
> 0.5	500	65,4
≤ 0.5	264	34,6
Trabalhando atualmente:		
Sim	379	49,6
Não	385	50,4
Idade do primeiro emprego (anos):		
16+	230	30,1
≤ 15	534	69,9
<u>Condições de saúde e violência</u>		
Autoavaliação de saúde:		
Muito boa / Boa	339	44,4
Razoável	330	43,2
Ruim/ Muito ruim	95	12,4

Tabela 1. Caracterização dos adultos residentes em comunidades quilombolas, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764). (Continuação)

Variável	N	%
Diagnóstico prévio de Doença crônica:		
Não	278	36,4
Sim	486	63,6
Diagnóstico prévio de Transtorno psiquiátrico:		
Não	737	96,5
Sim	27	3,5
Índice de Acesso aos Serviços de Saúde:		
Bom	300	39,3
Razoável	175	22,9
Ruim	289	37,8
Uso serviço de saúde nos últimos 12 meses:		
Sim	383	50,1
Não	381	49,9
História de violência física ou sexual:		
Não	744	97,4
Sim	20	2,6
<u>Estratégias de enfrentamento</u>		
Suporte Social:		
Sim	714	93,5
Não	50	6,5
Participação em atividades religiosas:		
Sim	574	75,1
Não	190	24,9
Participação em atividades em grupo:		
Sim	215	28,1
Não	549	71,9
Participação em trabalhos voluntários:		
Sim	165	21,6
Não	599	78,4
Prática de exercício físico:		
Sim	194	25,4
Não	570	74,6

Tabela 1. Caracterização dos adultos residentes em comunidades quilombolas, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764). (Continuação)

Variável	N	%
Assiste TV:		
Sim	585	76,6
Não	179	23,4
História de consumo de bebida alcoólica:		
Não	451	59,0
Sim	313	41,0
História de tabagismo:		
Nunca fumou	562	73,6
Fuma/Fumou	202	26,4

a = o valor do salário mínimo em 2011 era de R\$ 545,00.

5.2. CAPACIDADE DISCRIMINATIVA DOS ITENS DA PHQ-9

A aplicação da TRI requer o cumprimento de dois pré-requisitos: unidimensionalidade do traço latente e independência local dos itens. Assim, inicialmente procedeu-se a uma análise fatorial exploratória. O resultado da análise fatorial (Tabela 2) mostrou que um único fator (traço latente de Depressão) explicou 49,54% da variação total das respostas à PHQ-9 ($\alpha = 0,87$). O índice KMO indicou que a amostra era adequada para a realização dessa análise (KMO = 0,89) e o teste de esfericidade de Bartlett também mostrou-se adequado ($\chi^2 = 2647,75$; $p < 0,001$). Assim, pode-se considerar que a suposição de unidimensionalidade foi cumprida e, com seu cumprimento, assume-se também a independência local dos itens.

A análise sobre a quantidade de informação mostrou que a PHQ-9 consegue obter um elevado grau de informações sobre a depressão (Figura 4). O ponto de corte estabelecido para triagem positiva para depressão pela PHQ-9 por Osório et al. (2009) é de 10 pontos. Por meio da análise da TRI verificou-se que o ponto de corte em que os itens da PHQ-9 conseguem melhor discriminação no nível de depressão na população quilombola foi de 1,507 (intervalo entre -3,0 a 3,0). Seguindo a transformação de escores proposta por Castro et al. (2010), esse resultado foi transformado em valores de pontuação e indica que

o ponto de corte a partir do qual a PHQ-9 é mais efetiva em identificar a depressão na população quilombola é 14 pontos (Figura 5).

Nos modelos TRI, a análise da capacidade de discriminação dos itens (parâmetro a) é representada pela inclinação da curva no ponto de inflexão, quando a probabilidade de resposta é 0,5 (PASQUALI, 2007). As curvas características dos itens (Tabela 3 e Figura 6) mostraram que todos os itens da PHQ-9 apresentaram boa capacidade de discriminação, ficando os escores discriminativos entre moderado e muito alto. Os itens sobre pensamentos de ferir-se e morrer ($a = 1,716$) e lentidão/agitação ($a = 1,435$) foram os que apresentaram maior capacidade discriminativa, contribuindo com maior quantidade de informação sobre o nível depressivo do respondente.

Para o item sobre pensamento de ferir-se ou morrer, os indivíduos com nível de depressão entre $-1,0$ e $0,0$ apresentaram maior chance de responder “nunca”. Os indivíduos com nível de depressão entre $0,0$ e $1,0$ apresentaram maior chance de responder “de vez em quando”, enquanto indivíduos com nível depressivo entre $1,0$ e $2,0$ apresentaram maior probabilidade de responder “boa parte do tempo”. Enquanto os respondentes com nível depressivo acima de $2,0$ apresentaram maior chance de responder “a maior parte do tempo”.

Tabela 2. Resultados da análise fatorial exploratória da escala PHQ-9

Componentes	Eigenvalues Iniciais				Capacidade explicativa dos fatores
	Matrix	Total	% de Variância	% Variância cumulativa	
	1	0,73	4,46	49,54	
2	0,81	0,94	10,42	59,96	
3	0,62	0,68	7,54	67,51	
4	0,71	0,66	7,38	74,88	
5	0,63	0,55	6,16	81,05	
6	0,73	0,53	5,88	86,93	
7	0,72	0,50	5,59	92,52	
8	0,72	0,40	4,40	96,92	
9	0,62	0,28	3,08	100,00	

Figura 4. Informação total obtida por meio da PHQ-9.

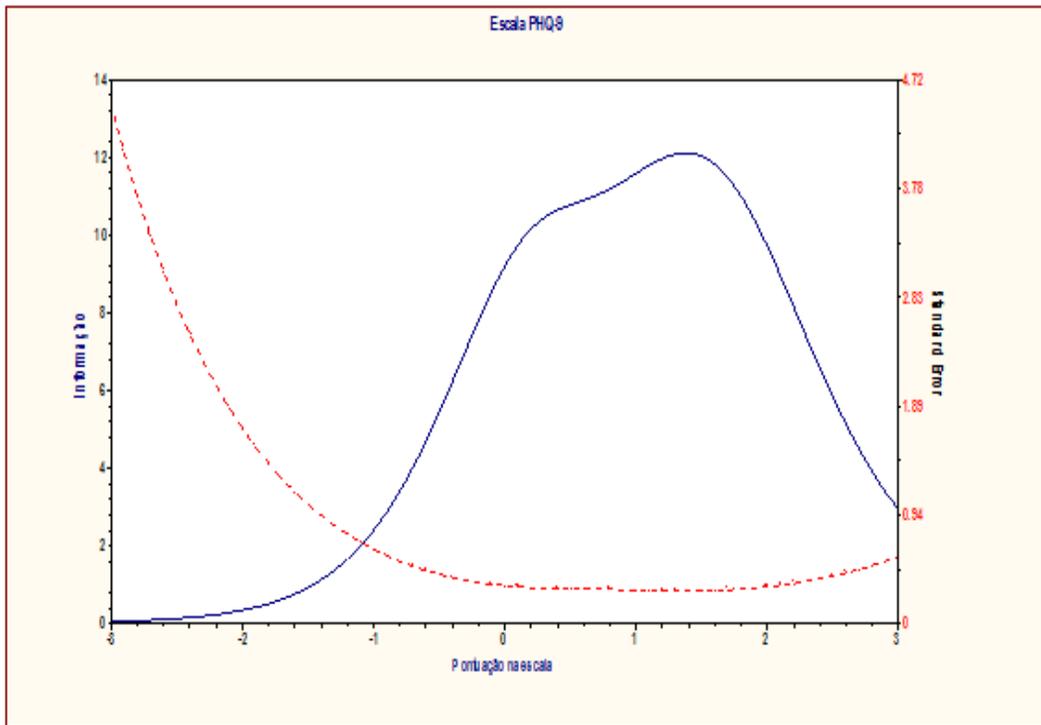
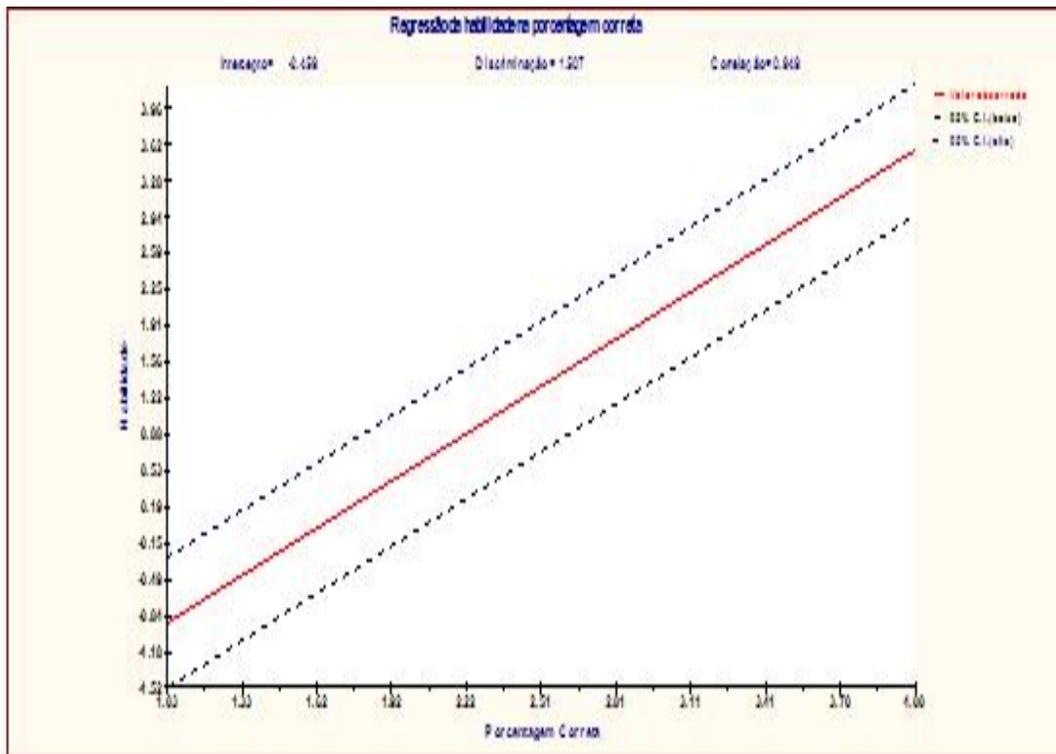


Figura 5. Regressão da capacidade de discriminação da habilidade na proporção de resposta correta de 0,5.



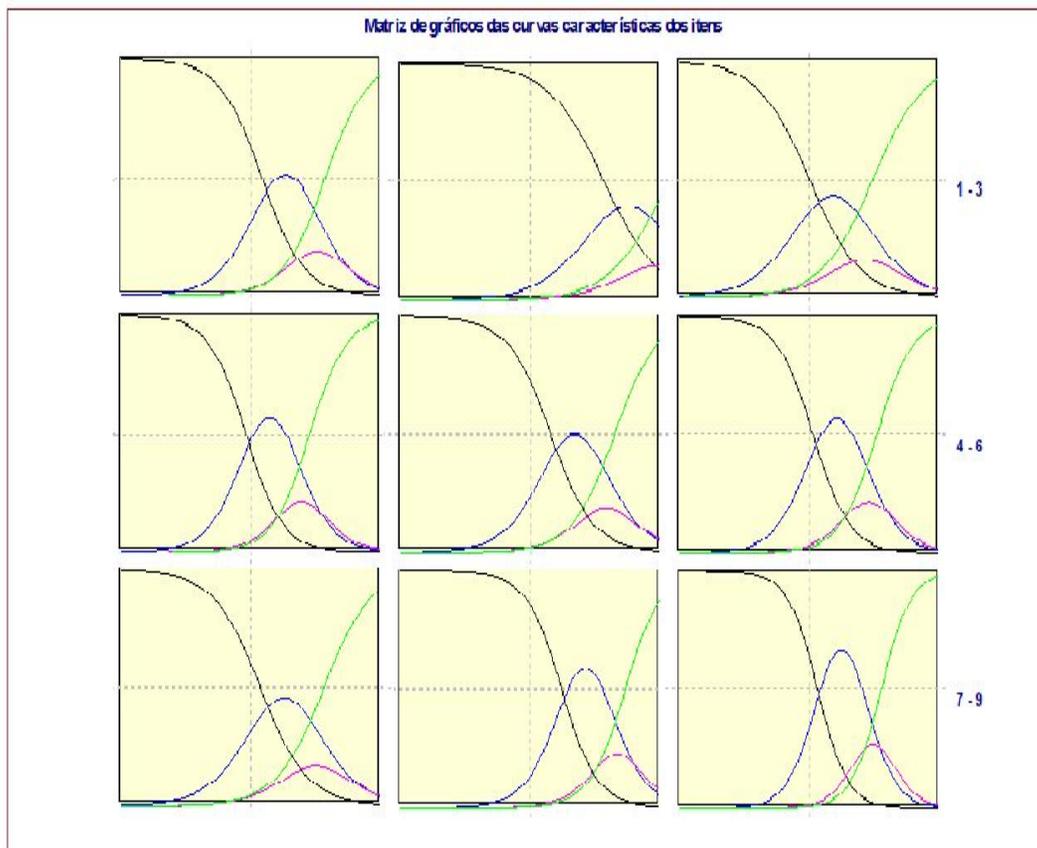
O item que menos discriminou o nível de depressão dos respondentes foi “sentir-se deprimido” ($a = 0,902$). A capacidade discriminativa deste item foi menor do que a dos demais, pois ele conseguiu discriminar apenas as respostas dos indivíduos com nível até 0,0 de depressão, que tenderam a responder “nunca”. As pessoas com outros níveis de depressão não apresentaram maior chance de responder especificamente a nenhuma das alternativas de resposta.

A análise da dificuldade dos itens (parâmetro b) é feita considerando a gradação no construto avaliado pelo instrumento em que a chance de resposta esperada ou correta é de 50% (PASQUALI, 2007). No presente estudo o item considerado mais difícil, indicativo de maior gravidade do Episódio Depressivo Maior, foi o referente à “sentir-se deprimido” ($b = 2,570$), enquanto o item indicado como mais fácil, referente à menor gravidade sintomatológica, avaliou “cansaço/indisposição” ($b = 0,744$). Esses resultados indicaram que a PHQ-9 consegue obter boas informações sobre o nível de depressão na população quilombola, podendo ser utilizada para triar a depressão nessa população.

Tabela 3. Estimativa dos parâmetros do Modelo de Resposta Gradual da PHQ-9, 2013. (N= 764).

Item	a_i (E.P)	Discriminação	b_i (E.P)
1 – Desinteresse/falta de prazer	1,208 (0,06)	Moderada	1,111 (0,06)
2 – Sentir-se deprimido	0,902 (0,16)	Moderada	2,570 (0,10)
3 – Problemas com sono	0,990 (0,05)	Moderada	0,864 (0,06)
4 – Cansaço/indisposição	1,378 (0,07)	Alta	0,744 (0,05)
5 – Problema com alimentação	1,182 (0,07)	Moderada	1,333 (0,06)
6 – Sentir-se mal consigo	1,379 (0,07)	Alta	0,951 (0,05)
7 – Falta de concentração	1,070 (0,05)	Moderada	1,080 (0,06)
8 – Lentidão/agitação	1,435 (0,10)	Alta	1,600 (0,06)
9 – Pensamentos de ferir-se ou morrer	1,716 (0,12)	Muito alta	1,054 (0,05)

Figura 6. Matriz de gráficos das curvas características dos 9 itens da PHQ-9.



5.3. PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO

Os resultados sobre a pontuação da PHQ-9 encontram-se apresentados na Tabela 4. Pode-se observar que a pontuação total dos participantes variou entre zero e 27 pontos, ficando a pontuação média em 5,68 ($DP_{\pm} 5,67$). Os problemas com cansaço/indisposição e problemas com o sono foram os mais frequentemente observados, enquanto o item referente às ideias de ferir-se ou morrer foi o sintoma menos identificado.

Tabela 4. Distribuição de respostas na PHQ-9. 2011. (N=764).

Variável	N	%	Mediana
Desinteresse/falta de prazer:			
Nunca	385	50,4	0,0
De vez em quando	264	34,6	
Boa parte do tempo	38	5,0	
A maior parte do tempo	77	10,1	
Sentir-se deprimido:			
Nunca	426	55,8	0,0
De vez em quando	233	30,5	
Boa parte do tempo	42	5,5	
A maior parte do tempo	63	8,2	
Problema de sono:			
Nunca	359	47,0	1,0
De vez em quando	251	32,9	
Boa parte do tempo	50	6,1	
A maior parte do tempo	104	13,6	
Cansaço/indisposição:			
Nunca	329	43,1	1,0
De vez em quando	281	36,8	
Boa parte do tempo	60	7,9	
A maior parte do tempo	94	12,3	
Problema com alimentação:			
Nunca	417	54,6	0,0
De vez em quando	226	29,6	
Boa parte do tempo	47	6,2	
A maior parte do tempo	74	9,7	
Sentir-se mal consigo:			
Nunca	566	74,1	0,0
De vez em quando	134	17,5	
Boa parte do tempo	24	3,1	
A maior parte do tempo	40	5,2	
Falta de concentração:			
Nunca	448	58,6	0,0
De vez em quando	186	24,3	
Boa parte do tempo	54	7,1	
A maior parte do tempo	76	9,9	
Lentidão/agitação:			
Nunca	485	63,5	0,0
De vez em quando	185	24,2	
Boa parte do tempo	34	4,5	
A maior parte do tempo	60	7,9	
Pensamentos de ferir-se ou morrer:			
Nunca	694	90,8	0,0
De vez em quando	41	5,4	
Boa parte do tempo	11	1,4	
A maior parte do tempo	18	2,4	

Considerando apenas a pontuação de 10 ou mais pontos na PHQ-9, 20% (IC95% = 18% - 26%) das pessoas entrevistadas foram positivamente triadas para depressão (Tabela 5). Aplicando o critério complementar de que o respondente apresentasse cinco ou mais sintomas na maior parte dos 15 dias anteriores a aplicação do instrumento, estando obrigatoriamente entre os sintomas o humor deprimido e/ou anedonia, a proporção de pessoas positivamente triadas para depressão foi de 12% (IC95% = 10% - 14%), sendo de 10,4% para os homens e 13,4% para as mulheres.

Entre as pessoas positivamente triadas para depressão, a maioria foi classificada como estando em depressão moderada (47,8%). Considerando o ponto de corte de 14 pontos, identificado pela análise da TRI como o mais discriminativo para a PHQ-9, 10,6% dos entrevistados estavam positivamente triados para depressão.

Tabela 5. Triagem positiva para depressão e intensidade da sintomatologia depressiva, avaliadas pela escala PHQ-9, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764).

Variable	N	%
PHQ-9 (≥ 10 pontos)	153	20,0
PHQ-9 (≥ 14 pontos)	72	10,6
Depressão (PHQ ≥ 10 pontos e 5 + sintomas)	92	12,0
Intensidade dos sintomas depressivos		
Leve (10 – 14)	24	26,1
Moderada (15 – 19)	44	47,8
Severa (20 – 27)	24	26,1

5.4. FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO

Para identificação dos fatores associados à depressão na população quilombola procedeu-se a realização da análise univariada e multivariada. Antes de realizar tais análises, o poder estatístico dessa amostra foi calculado para saber a capacidade da amostra para identificar associações entre as variáveis estudadas. O cálculo foi feito considerando o número de pessoas identificadas com EDM, o número total da amostra, intervalo de confiança de 95%, Razão de Prevalência (RP) mínima identificável de 0,15 e 30% para

controle de fatores de confusão. O cálculo mostrou que a amostra de 764 pessoas possui poder de 100% de identificação de associações entre as variáveis. O cálculo foi feito por meio do site OpenEpi^c.

Nas análises univariadas, entre as 23 variáveis analisadas, nove apresentaram uma associação estatística com a depressão (Tabela 6). Foram elas: ter 41 anos ou mais, nenhum ano de estudo, inserção no mercado de trabalho antes dos 16 anos, autoavaliação da saúde como razoável, autoavaliação da saúde como ruim/muito ruim, diagnóstico prévio de doença crônica, diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico, acesso razoável aos serviços de saúde, índice de acesso ruim aos serviços de saúde, não praticar exercício físico e histórico de tabagismo. Além dessas variáveis, foram incluídas nas análises posteriores também as variáveis com p-valor inferior a 0,20, foram elas: sexo, trabalho, participar de atividades voluntárias e ter sofrido violência física ou sexual ao longo da vida.

Os modelos multivariados iniciais, montados separadamente para as características sociodemográficas, as condições de saúde e violência e as estratégias de enfrentamento, incluíram as variáveis que mostraram relação significativa ($p \leq 0,05$) ou próxima à significância ($p \leq 0,20$) com a depressão na análise univariadas. Permaneceram nesses modelos as variáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,10$. Essas foram as variáveis testadas no modelo multivariado final (Tabela 7).

Esses modelos mostraram que ter o primeiro emprego antes dos 16 anos foi a única característica sociodemográfica associada à triagem positiva para depressão. Para as condições de saúde e violência, a autoavaliação de saúde razoável e ruim/muito ruim, o diagnóstico prévio de doença crônica e o índice de acesso aos serviços de saúde razoável e ruim foram mantidos. Participar de atividades voluntárias, não praticar exercícios físicos e histórico de tabagismo foram as estratégias de enfrentamento associadas à triagem positiva para depressão.

^c Site de código livre, disponível em: http://www.openepi.com/v37/Menu/OE_Menu.htm

Tabela 6. Análise univariada de triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764).

Exposição	N^a	n (%)^b	RP^c	(IC 95%)^d	χ^2 (p)^e
Características socioeconômicas					
Sexo:					
Masculino	355	37 (10.4)	1.00		
Feminino	409	55 (13.4)	1.29	(0.87 – 1.81)	1.62 (0.202)
Cor/Raça:					
Não negra	122	18 (14.7)	1.00		
Negra	642	74 (11.5)	0.78	(0.48 – 1.26)	1.03 (0.331)
Autopercepção de ser Quilombola:					
Não	115	12 (10.4)	1.00		
Sim	649	80 (12.3)	1.18	(0.67 – 2.10)	0.32 (0.569)
Situação conjugal:					
Com companheiro	474	37 (10.4)	1.00		
Sem companheiro	290	55 (13.4)	1.09	(0.62 – 1.34)	0.23 (0.634)
Idade (anos):					
18 – 40	371	34 (9.16)	1.00		
41+	393	58 (14.7)	1.61	(1.09 – 2.40)	5.48 (0.019)*
Escolaridade (anos de estudo):					
5+	216	18 (8.33)	1.00		
1 - 4	292	35 (12.0)	1.44	(0.84 – 2.47)	1.74 (0.188)
0	256	39 (15.2)	1.83	(1.08 – 3.10)	5.01 (0.025)*
Renda familiar (salários mínimos) ^f :					
> 0.5	500	63 (12.6)	1.00		
≤ 0.5	264	29 (11.0)	0.87	(0.58 – 1.32)	0.42 (0.516)
Trabalhando atualmente:					
Sim	379	39 (10.3)	1.00		
Não	385	53 (13.8)	1.34	(0.91 – 1.97)	2.16 (0.142)
Idade do primeiro emprego (anos):					
16+	230	18 (7.8)	1.00		
≤ 15	534	74 (13.8)	1.77	(1.08 – 2.89)	5.19 (0.023)*
Condições de saúde e violência					
Autoavaliação de saúde:					
Muito boa/Boa	339	28 (8,2)	1,00		
Razoável	330	39 (11,8)	1,43	(0,88 – 2,32)	2,09 (0,148)
Ruim/ Muito ruim	95	25 (26,3)	3,19	(1,86 – 5,46)	17,73 (<0,001)**

Tabela 6. Análise univariada de triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764). (Continuação)

Exposição	N^a	n (%)^b	RP^c	(IC 95%)^d	χ^2 (p)^e
Diagnóstico prévio de doença crônica:					
Não	278	15(5,4)	1,00		
Sim	486	77 (15,8)	2,94	(1,69 – 5,11)	14,57 (<0,001)**
Diagnóstico prévio de Transtorno psiquiátrico:					
Não	737	85 (11,5)	1,00		
Sim	27	07 (25,9)	2,25	(1,04 – 4,86)	4,24 (0,039)*
Índice de acesso aos serviços de saúde:					
Bom	300	22 (7,33)	1,00		
Razoável	175	26 (14,8)	2,03	(1,18 – 3,46)	6,66(0,010)*
Ruim	289	44 (15,2)	2,08	(1,28 – 3,37)	6,00 (0,003)*
Uso serviço de saúde nos últimos 12 meses:					
Não	381	42 (11,0)	1,00		
Sim	383	50 (13,0)	1,18	(0,79 – 1,78)	0,65 (0,419)
História de violência física ou sexual:					
Não	744	88 (11,8)	1,00		
Sim	20	04 (20,0)	1,69	(0,62 – 4,61)	1,05 (0,304)
<u>Estratégias de enfrentamento</u>					
Suporte Social:					
Sim	714	87 (12,2)	1,00		
Não	50	05 (10,0)	1,22	(0,49 – 3,00)	0,18 (0,667)
Participação em atividades religiosas:					
Sim	574	69 (12,0)	1,00		
Não	190	23 (12,1)	1,01	(0,63 – 1,61)	0,01 (0,997)
Participação em atividades em grupo:					
Sim	215	23 (10,7)	1,00		
Não	549	69 (12,5)	1,17	(0,73 – 1,88)	0,45 (0,503)
Participação em trabalhos voluntários:					
Sim	165	27 (16,4)	1,00		
Não	599	65 (10,8)	0,66	(0,42 – 1,04)	3,22 (0,073)
Assiste TV					
Sim	585	67 (11,4)	1,00		
Não	179	25 (13,9)	1,22	(0,77 – 1,93)	0,72 (0,397)
Prática de exercício físico:					
Sim	194	13(6,7)	1,00		
Não	570	79 (13,8)	2,07	(1,15 – 3,72)	5,89 (0,015)*

Tabela 6. Análise univariada de triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764). (Continuação)

Exposição	N^a	n (%)^b	RP^c	(IC 95%)^d	χ^2 (p)^e
História de consumo de bebida alcoólica:					
Não	451	59 (13,1)	1,00		
Sim	313	33 (10,5)	1,24	(0,81 – 1,90)	0,98 (0,321)
História de Tabagismo:					
Nunca fumou	562	58 (10,3)	1,00		
Fuma/Fumou	202	34 (16,8)	1,63	(1,07 – 2,49)	5,13 (0,024)*

^a Número total na amostra; ^b prevalência de triagem positiva de depressão na amostra; ^c Razão de Prevalência; ^d Intervalo de confiança de 95%; ^e Teste de qui-quadrado e p-valor; ^f Valor do salário mínimo= R\$ 545,00.

** p < 0,001; * p ≤ 0,05

Tabela 7. Análise multivariada de triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764).

Variáveis	Modelos Intermediários		
	Características Sociodemográficas	Condições de Saúde e violência	Estratégias de Enfrentamento
Idade no 1º emprego (≤ 15 anos)	1.84 (1.09 – 3,08)*		
Autoavaliação da saúde:			
Razoável		1.78 (1,05 – 3,01)*	
Ruim/Muito ruim		1,85 (1.13 – 3,00)*	
Diagnóstico prévio de doença crônica		2,46 (1.43 – 4,23)*	
Índice de acesso aos serviços de saúde:			
Bom		1,00	
Razoável		1,78 (1,05 – 3,01)*	
Ruim		1,85 (1,13 – 3,00)*	
Não participar de trabalho voluntário			0,64 (0.42 – 0,97)*
Não praticar exercícios físicos			2,12 (1,20 – 3,74)*
História de Tabagismo			1.49 (1,00 – 2,22)*

**p = 0.000; *p ≤ 0.05; # p ≤ 0.10

A análise multivariada final (Tabela 8) indicou quatro variáveis independentemente associadas à triagem positiva para depressão, a saber: 1. Autoavaliação da saúde como ruim/muito ruim (RP = 1,14; IC95% = 1,04 – 1,26); 2. Diagnóstico prévio de doença crônica (RP = 1,08; IC95% = 1,04 – 1,13); 3. Não praticar exercício físico (RP = 1,06; IC95% = 1,01 – 1,11); e 4. Acesso aos serviços de saúde razoável (RP = 1,07; IC95% = 1,01 – 1,13) ou ruim (RP = 1,07; IC95% = 1,02 – 1,12). O modelo final foi considerado adequado por meio dos testes Goodnessof-fit (76,13; p = 0,101) e Omnibus (46,58; p <0,001).

Tabela 8. Modelo multivariado final dos fatores independentes associados à triagem positiva para depressão, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N= 764).

Variáveis	Modelo final
Autoavaliação da saúde:	
Razoável	1,00 (0,96 – 1,05)
Ruim/Muito ruim	1,14 (1,04 – 1,26)**
Diagnóstico prévio de doença crônica	
	1,08 (1,04 – 1,13)*
Índice de acesso aos serviços de saúde:	
Bom	1,00
Razoável	1,07 (1,01 – 1,13)*
Ruim	1,07 (1,02 – 1,12)*
Não praticar exercícios físicos	1,06 (1,01 – 1,11)*

**p = 0.000; *p ≤ 0.05

5.5. FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO ESTRATIFICADOS POR GÊNERO

As mulheres se identificaram mais como negras (87,0%), tinham menos de 41 anos, em sua maioria (53,1%), apresentaram maior proporção de desemprego (73,1%), começaram a trabalhar mais tarde (40,1%), possuíam mais diagnóstico prévio de doença crônica (70,9%), utilizaram mais os serviços de saúde nos doze meses que antecederam a coleta dos dados (56,5%) e participaram mais de atividades religiosas (81,2%) do que os homens. Os homens participavam mais de atividades em grupo (40,6%), de trabalhos

voluntários (27,6%), praticavam mais atividades físicas (33,8%) e consumiam mais bebidas alcoólicas (56,3%) e cigarros (35,2%) do que as mulheres (Tabela 9).

A maior prevalência de depressão para as mulheres tem sido um achado consistente da literatura. Contudo, esse efeito de gênero não foi observado no presente trabalho. O cálculo de poder amostral para essa análise indicou que o tamanho amostral pode ter comprometido a capacidade de discriminação de diferenças entre homens e mulheres na prevalência da depressão, uma vez que o poder amostral para essa análise foi estimado em 80% apenas quando se considera a razão de prevalência de 2,0 ou mais, o que não foi observado no presente trabalho. Contudo, com a intenção de descartar explicações alternativas para a ausência de efeito de gênero na prevalência da depressão e entender melhor o comportamento dos homens e mulheres da amostra, foram conduzidas análises complementares, descritivas, univariada e multivariada separadamente para cada sexo. A análise de poder amostral indicou que a amostra feminina e masculina eram adequadas para investigações sobre fatores associados, indicando poder amostral de 100% e 99%, respectivamente, para perceber variações nas razões de prevalência a partir de 0,10.

Para os homens os fatores que estiveram estatisticamente associados à depressão foram (Tabela 10): 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 variáveis com p -valor $\leq 0,20$ na análise univariada também foram consideradas para o modelo multivariado. Essas variáveis 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 foram (Tabela 11): 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 foram: ter 41 anos ou mais, diagnóstico prévio de doença crônica, ter sofrido violência física ou sexual e não assistir televisão.

Ao realizar a análise multivariada para os participantes do sexo masculino as variáveis que permaneceram no modelo final ($p \leq 0,05$) foram (Tabela 12): diagnóstico prévio de doença crônica (RP = 5,1. IC95% 1,8 – 14,8), autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (RP = 2,3. IC95% 1,1 – 5,1) e acesso ruim aos serviços de saúde (RP = 1,9. IC95% 1,1 – 4,1).

Para as mulheres os fatores independentemente associados ($p \leq 0,05$) à depressão foram: diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico (RP = 2,4. IC95% 1,2 – 4,8), autoavaliação de saúde ruim/muito ruim (RP = 2,4. IC95% 1,1 – 4,8), fumar ou ter fumado no passado (RP = 1,9. IC95% 1,2 – 3,2) e se autodeclarar como não negra (RP = 1,5. IC95% 1,3 – 1,9).

Tabela 9. Características dos participantes estratificado por sexo. Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764).

Variáveis individuais	Homens (n=355)		Mulheres (n=409)		χ^2 c	p ^d
	N ^a	% ^b	N ^a	% ^b		
Características socioeconômicas						
Cor/Raça:						
Negra	286	80,6	356	87,0		
Não negra	69	19,4	53	13,0	5,9	0,015
Autopercepção de ser 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) ^e :						
> 0.5	238	67,0	262	64,1	0,7	0,387
≤ 0.5	117	33,0	147	35,9		
Empregado atualmente:						
Sim	269	75,8	299	73,1	181,6	<0,001
Não	86	24,2	110	26,9		
Idade do primeiro emprego (anos):						
16+	66	18,6	164	40,1	41,8	<0,001
≤ 15	289	81,4	245	59,9		
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 prévio de doença crônica:						
Não	159	44,8	119	29,1	20,2	<0,001
Sim	196	55,2	290	70,9		
Diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico:						
Não	342	96,3	395	96,6	0,1	0,858
Sim	13	3,7	14	3,4		

Tabela 9. Características dos participantes estratificado por sexo. Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011 (N = 764). (Continuação)

Variáveis individuais	Homens (n=355)		Mulheres (n=409)		χ^2	p
	N	%	N	%		
História de violência física ou sexual:						
Não	345	97,2	399	97,6	0,1	0,748
Sim	10	2,8	10	2,4		
Uso serviço de saúde nos últimos 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		
História de consumo de bebida alcoólica:						
Não	155	43,7	296	72,4	64,8	<0,001
Sim	200	56,3	113	27,6		
História de Tabagismo:						
Nunca fumou	230	64,8	332	81,2	26,2	<0,001
Fuma/Fumou	135	35,2	77	18,8		

a = Número de participantes da amostra com a característica; b = porcentagem na amostra; c = qui-quadrado por sexo; d = nível de significância; e = Salário mínimo de R\$ 545,00 na data da coleta dos dados

Tabela 10. Análise univariada para o sexo masculino. Vitória da Conquista, 2011 (N = 355).

Variáveis individuais	N ^(a)	(%) ^(b)	RP ^(c)	IC95% ^(d)	χ^2 ^(e)	p-valor ^(f)
Características socioeconômicas						
Cor/Raça:						
Negra	31	10,8	1,0			
Não negra	06	8,7	0,8	0,3 – 1,84	0,3	0,854
Autopercepção de ser Quilombola:						
Não	07	11,1	1,0			
Sim	30	10,3	0,8	0,4 – 2,0	0,4	0,843
Situação conjugal:						
Com companheiro	24	10,8	1,0			
Sem companheiro	13	9,8	1,1	0,6 – 2,1	0,9	0,769
Idade (anos):						
18 – 40	10	6,5	1,0			
41+	27	13,4	2,1	1,1 – 4,1	4,2	0,040
Escolaridade (anos de estudo):						
5+	08	7,7	1,0			
1 – 4	11	8,7	1,1	0,8 – 4,2	2,0	0,116
0	18	14,5	1,9	0,5 – 2,7	2,5	0,790
Renda familiar (salários mínimos) ^g :						
> 0.5	25	10,5	1,0			
≤ 0.5	12	10,3	1,0	0,5 – 1,9	0,1	0,943
Empregado atualmente:						
Sim	24	8,9	1,0			
Não	13	15,1	1,7	0,9 – 3,2	2,7	0,101
Idade do primeiro emprego (anos):						
16+	04	6,1	1,0			
≤ 15	33	11,4	1,9	0,7 – 5,1	1,5	0,216
Condições de saúde e violência						
Autoavaliação de saúde:						
Muito boa / Boa	10	6,2	1,0			
Razoável	13	9,2	1,5	0,7 – 3,3		
Ruim / Muito ruim	14	26,9	4,4	2,1 – 9,2	17,7	<0,001
Diagnóstico prévio de doença crônica:						
Não	04	2,5	1,0			
Sim	33	16,8	6,7	2,4 – 18,5	13,4	<0,001
Diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico:						
Não	36	10,5	1,0			
Sim	01	7,7	0,7	0,1 – 4,9	0,1	0,747
História de violência física ou sexual:						
Não	36	10,4	1,0			
Sim	01	10,0	0,9	0,1 – 6,3	0,1	0,965

Tabela 10. Análise univariada para o sexo masculino. Vitória da Conquista, 2011 (N = 355).
(Continuação)

Variáveis Individuais	n^a	%^b	RP^c	IC95%^d	χ^2^e	p^f
Uso serviços de saúde últimos 12 meses:						
Sim	15	9,9	1,0			
Não	22	10,8	0,9	0,5 – 1,7	0,9	0,768
Índice de Acesso aos Serviços de Saúde:						
Bom	08	6,0	1,0			
Razoável	10	11,8	2,0	0,8 – 4,8	2,2	0,135
Ruim	19	14,0	2,3	1,1 – 5,1	4,4	0,035
Estratégias de enfrentamento						
Suporte Social:						
Sim	36	10,1	1,0			
Não	01	5,9	1,8	0,3 – 12,4	0,4	0,546
Participação em atividades religiosas:						
Sim	26	10,7	1,0			
Não	11	9,7	1,1	0,6 – 2,1	0,8	0,772
Participação em atividades em grupo:						
Sim	11	7,6	1,0			
Não	26	12,3	1,6	0,3 – 1,2	1,9	0,163
Participação em trabalhos voluntários:						
Sim	13	13,3	1,0			
Não	24	9,3	1,4	0,7 – 2,7	1,2	0,278
Prática de exercício físico:						
Sim	05	4,2	1,0			
Não	32	13,6	1,3	1,1 – 1,8	6,4	0,011
Assiste TV:						
Sim	27	10,3	1,0			
Não	10	10,6	1,0	0,5 – 1,9	0,1	0,936
História de consumo de bebida alcoólica:						
Não	20	12,9	1,0			
Sim	17	8,5	0,6	0,4 – 1,2	1,8	0,181
História de Tabagismo:						
Nunca fumou	20	8,7	1,0			
Fuma/Fumou	17	13,6	1,6	0,8 – 2,9	2,1	0,150

a = Número de participantes da amostra com depressão; b = porcentagem na amostra; c = Razão de prevalência; d = Intervalo de 95% de confiança; e = qui-quadrado; f = nível de significância; g = Salário mínimo de R\$ 545,00 na data da coleta dos dados

Tabela 11. Análise univariada para o sexo feminino. Vitória da Conquista, 2011 (N = 409).

Variáveis individuais	N ^(a)	(%) ^(b)	RP ^(c)	IC95% ^(d)	χ^2 ^(e)	p-valor ^(f)
Características socioeconômicas						
Cor/Raça:						
Negra	12	22,6	1,0			
Não negra	43	12,1	1,9	1,1 – 3,3	4,6	0,031
Autopercepção de ser Quilombola:						
Não	05	9,6	1,0			
Sim	50	14,0	1,4	0,6 – 3,5	0,7	0,398
Situação conjugal:						
Com companheiro	31	12,3	1,0			
Sem companheiro	24	15,3	1,3	0,7 – 2,3	0,7	0,386
Idade (anos):						
18 – 40	24	11,1	1,0			
41+	31	16,1	1,5	0,9 – 2,4	2,2	0,135
Escolaridade (anos de estudo):						
5+	10	8,9	1,0			
1 – 4	24	14,5	1,6	0,9 – 3,6	1,9	0,111
0	21	15,9	1,8	0,8 – 3,3	2,5	0,177
Renda familiar (salários mínimos) ^g :						
> 0.5	38	14,5	1,0			
≤ 0.5	17	11,6	1,2	0,5 – 1,4	0,7	0,407
Empregado atualmente:						
Sim	15	13,6	1,0			
Não	40	13,4	1,0	0,6 – 1,7	0,1	0,946
Idade do primeiro emprego (anos):						
16+	14	8,5	1,0			
≤ 15	41	16,7	2,0	1,1 – 3,5	5,3	0,021
Condições de saúde e violência						
Autoavaliação de saúde:						
Muito boa / Boa	18	10,2	1,0			
Razoável	26	13,8	1,3	0,8 – 2,4	1,1	0,295
Ruim/ Muito ruim	11	25,6	2,5	1,3 – 4,9	7,2	0,007
Diagnóstico prévio de Doença crônica:						
Não	11	9,2	1,0			
Sim	44	15,2	1,6	0,9 – 3,1	2,4	0,120
Diagnóstico prévio de Transtorno psiquiátrico:						
Não	49	12,4	1,0			
Sim	06	42,9	3,4	1,8 – 6,7	13,6	0,001
História de violência física ou sexual:						
Não	52	13,0	1,0			
Sim	03	30,0	2,3	0,9 – 6,1	2,8	0,095

Tabela 11. Análise univariada para o sexo feminino. Vitória da Conquista, 2011 (N = 409).
(Continuação)

Variáveis Individuais	n^a	%^b	RP^c	IC95%^d	χ^2^e	p^f
Uso serviços de saúde últimos 12 meses:						
Sim	35	15,2	1,0			
Não	20	11,2	1,3	0,8 – 2,2	1,3	0,254
Índice de Acesso aos Serviços de Saúde:						
Bom	14	8,4	1,0			
Razoável	16	17,8	2,1	1,0 – 3,6	4,7	0,029
Ruim	25	16,3	1,9	1,1 – 4,1	4,4	0,035
Estratégias de enfrentamento						
Suporte Social:						
Sim	51	13,6	1,0			
Não	04	12,1	1,1	0,4 – 2,9	0,5	0,817
Participação em atividades religiosas:						
Sim	43	13,0	1,0			
Não	12	15,6	1,2	0,5 – 1,5	0,4	0,542
Participação em atividades em grupo:						
Sim	12	16,9	1,0			
Não	43	12,7	1,3	0,7 – 2,4	0,9	0,342
Participação em trabalhos voluntários:						
Sim	14	20,9	1,0			
Não	41	12,0	1,7	1,0 – 3,0	3,9	0,047
Prática de exercício físico:						
Sim	08	10,8	1,0			
Não	47	14,0	1,3	1,0 – 1,6	0,5	0,469
Assiste TV:						
Sim	40	12,3	1,0			
Não	15	17,6	1,3	0,6 – 2,2	1,7	0,197
História de consumo de bebida alcoólica:						
Não	39	13,2	1,0			
Sim	16	14,2	1,1	0,6 – 1,8	0,7	0,794
História de Tabagismo:						
Nunca fumou	38	11,4	1,0			
Fuma/Fumou	17	22,1	1,9	1,1 – 3,2	6,2	0,012

a = Número de participantes da amostra com depressão; b = porcentagem na amostra; c = Razão de prevalência; d = Intervalo de 95% de confiança; e = qui-quadrado; f = nível de significância; g = Salário mínimo de R\$ 545,00 na data da coleta dos dados

Tabela 12. Análise multivariada para os homens e mulheres, Vitória da Conquista, 2011, (N = 764).

HOMENS			
Variáveis	RP^a	IC95%^b	p^c
Diagnóstico prévio 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 de saúde ruim	1,9	1,1 – 4,1	0,049
MULHERES			
Variáveis	RP^a	IC95%^b	p^c
Diagnóstico prévio 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
História de Tabagismo	1,9	1,2 – 3,2	0,015

a = Razão de prevalência ajustada; b = intervalo de 95% de confiança; c = nível de significância

DISCUSSÃO

6.1. AVALIAÇÃO DA ESCALA PHQ-9 PELA TRI

A depressão é um transtorno crônico, severo, que atinge a cada ano uma parcela maior da população mundial (OMS, 2002). Entre os fatores identificados como associados à depressão em estudos anteriores, incluem-se os fatores relacionados à vulnerabilidade social (MEZUK et al., 2010). A realidade em que vive a população quilombola de Vitória da Conquista os enquadra nesse tipo de vulnerabilidade, ampliando a necessidade de investigar as condições de saúde dessa população.

Essa é, contudo, uma população com características constitucionais peculiares, o que gerava dúvidas sobre a efetividade dos instrumentos de triagem da depressão validados para o Brasil para avaliar o transtorno depressivo entre os quilombolas. Nesse contexto, iniciou-se o presente trabalho pela avaliação da utilidade da escala de triagem PHQ-9 para essa população, por meio da aplicação da TRI. Segundo Andreoli et al. (1998), a utilização de escalas autoinformativas representa uma vantagem para fenômenos psiquiátricos, pois o respondente tem acesso direto à sintomatologia que se deseja avaliar. Ao longo da avaliação da população quilombola essa característica foi percebida. Outro ponto relevante é que as escalas desse tipo podem ser aplicadas por entrevistadores treinados, que leem todas as perguntas e alternativas de resposta para os respondentes. Como a população avaliada era predominantemente de baixa escolaridade ou analfabeta, a adoção dessa metodologia foi, além de necessária, uma oportunidade para obter informações que de outra forma seriam inacessíveis.

Os estudos de Castro et al. (2010) e Uher et al. (2008) mostraram a utilidade da TRI na análise de escalas psiquiátricas. Outro estudo que mostrou a utilidade prática de aplicar modelos TRI a escalas de triagem de depressão foi conduzido por Kendel et al. (2010). Nessa investigação os autores observaram que utilizar apenas as duas primeiras questões da PHQ-9, que compõem a PHQ-2, mostrou-se tão informativo para investigar a depressão na população submetida a cirurgia cardíaca do que a PHQ-9 total e mais eficaz do que a aplicação da HASD.

A PHQ-9 é uma escala baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR. Possui apenas nove itens, que investigam a presença de sintomas relacionados ao diagnóstico da depressão percebidos pelo próprio respondente ao longo dos 15 dias anteriores à sua aplicação, seu uso é gratuito e qualquer profissional de saúde pode ser treinado para aplicá-la (Osório et al., 2009; Santos et al., 2013). Esses aspectos já demonstravam sua utilidade para triar a depressão na população geral do Brasil. O presente trabalho demonstrou que a PHQ-9 possui boas qualidades psicométricas tanto quando avaliada pela Teoria Clássica dos Testes (análise fatorial) quanto pela TRI, o que demonstra a utilidade do instrumento para a triagem da depressão na população quilombola brasileira. O ponto mais discriminativo da PHQ-9 mostrou um valor de ponto de corte acima do proposto nos estudos anteriores de validação do instrumento para o Brasil (OSÓRIO et al., 2009; SANTOS et al., 2013), mas que ainda representa depressão leve, o que demonstra a boa capacidade discriminativa do instrumento.

O ponto de corte de 14 pontos, indicado pela análise TRI como o mais discriminativo para a população investigada ficou bastante próximo ao valor obtido por Santos et al. (2013) com o uso do algoritmo de correção da PHQ-9 (13 pontos) para a população adulta não-clínica de Pelotas (RS). O resultado observado também permaneceu dentro da faixa de pontos de corte para a PHQ-9 que mostraram bons níveis de sensibilidade e especificidade na metaanálise conduzida internacionalmente por Manea et al. (2012). Nesse estudo, os autores observaram a especificidade do instrumento variando entre 0,73, ao adotar o ponto de corte de sete pontos e 0,96, adotando corte de 15 pontos na PHQ-9. Essas observações corroboram com a boa capacidade da PHQ-9 em diferenciar pessoas com Episódio Depressivo Maior de pessoas sem o transtorno, especialmente quando o nível de depressão se aproxima do moderado ou é superior. Tais observações corroboram com a indicação da utilidade desse instrumento para triagem da depressão, feita em diversos estudos (KUNG et al., 2013; NEASE Jr, MALOUIN, 2003; SAKAKIBARA et al., 2009; ZUITHOFF et al., 2010).

Os resultados também mostraram que os itens da PHQ-9 congregam elevado nível de informação sobre a depressão. Todos os nove itens do instrumento apresentaram valores entre moderado e muito elevado de discriminação, indicando cada questão da PHQ-9 contribui com novas informações para a avaliação do transtorno. Além disso, observou-se que respostas indicando maior frequência de pensamentos de ferir-se ou morrer apresentaram maior peso para a identificação da depressão,

enquanto a resposta ao item sobre sentir-se deprimido contribuiu menos para identificação da depressão. Esse resultado representa um ganho dos modelos da TRI em relação à TCT na avaliação de instrumentos psicológicos/psiquiátricos, pois permite identificar que item(ns) tem maior peso na identificação de um construto. Na presente análise indicou que sintoma depressivo teve maior contribuição para definição da intensidade da depressão. A contribuição de cada item é incluída no cálculo dos níveis de depressão, diferentemente do que acontece no processo de validação convencional, em que um mesmo peso é atribuído a todos os itens do instrumento (BAKER, 2001).

A análise das curvas características dos itens permite também encontrar possíveis problemas na categorização das alternativas de resposta. Os resultados mostraram que o item 2, que investiga a frequência com que o respondente sentiu-se deprimido, diferenciou as pessoas com mínimo traço depressivo, que apresentaram maior chance de responder “nunca” a esse item, mas não conseguiu diferenciar as pessoas com outros níveis de depressão por meio das respostas dadas à PHQ-9. A análise do gradiente de dificuldade deste item o classificou como o item mais difícil do teste. Isso indica que os respondentes podem ter encontrado dificuldade ao interpretar as opções de resposta e não estar conseguindo posicionar-se segundo seu nível de depressão. Esse resultado pode indicar que a adaptação da PHQ-9 para o Brasil não conseguiu atingir equivalência equicultural com relação a esse item, merecendo estudos posteriores para investigação desse aspecto. Outra possibilidade é que uma recategorização poderia auxiliar para a qualidade da informação obtida por meio deste item. A necessidade de recategorização do item 2 da PHQ-9 também foi observada no estudo sobre sua versão alemã do instrumento, conduzido por Forkman et al. (2013).

Estudos anteriores, baseados na TCT demonstraram boas qualidades psicométricas da PHQ-2 em contexto internacional (KROENKE et al., 2010; KENDEL et al., 2010) e também no Brasil (OSÓRIO et al., 2009), mantendo o ponto de corte de 3 pontos. Mas como o item 2 da PHQ-9 é um dos dois únicos que compõem a versão reduzida da escala (PHQ-2), as dificuldades observadas nesse item podem indicar a inadequação da versão reduzida para a avaliação da depressão na população quilombola. Contudo, uma vez que esse não foi o foco do presente trabalho, novos estudos serão necessários para melhor entendimento desse ponto.

6.2. PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO

A depressão na população quilombola investigada considerando apenas o ponto de corte proposto por Osório et al. (2009) para a PHQ-9 foi de 20%. Aplicando o critério da obrigatoriedade dos cinco sintomas, que favorece a especificidade da triagem, esse valor foi ajustado para 12%, mostrando-se superior à prevalência de depressão identificada para a população geral do Brasil (4,1%) pelo IBGE (2010) e próxima à triagem para o transtorno para a população de São Paulo (10,4%) (KESSLER et al., 2010). Essa prevalência foi inferior à triagem para depressão em outra população tradicional do país, a de indígenas. Segundo Lima e Caixeta (2010), a prevalência de depressão entre os índios Karajás, identificada por meio de entrevista baseada no DSM-IV, foi de 29%.

Por se tratar de uma população historicamente prejudicada e exposta a várias condições de vulnerabilidade social, podia-se esperar uma maior triagem positiva para depressão entre os quilombolas. Contudo, Beck e Alfort (2011), indicam que as condições mais precárias de vida afetam os indivíduos, levando-os a embotar suas necessidades, desejos e preocupações, focando seus esforços apenas na manutenção de sua sobrevivência. Corroborando com tal explicação, Simpson et al. (2004) indicam que é necessário considerar as características das medidas de autorrelato em populações vulneráveis. Esses autores relatam que medidas de autorrelato podem levar à subidentificação de patologias que dependem da habilidade dos indivíduos para reconhecer sinais e sintomas em si ou recordar um diagnóstico prévio, sendo essa habilidade menos presente em homens e indivíduos em piores condições sociais.

Entre os respondentes positivamente triados para depressão no presente estudo, 26,1% receberam classificação de depressão severa. Entretanto, apenas 3,5% dos entrevistados possuía algum diagnóstico psiquiátrico anterior, sendo que apenas 2,3% relataram diagnóstico anterior específico de depressão. Esse resultado é preocupante, pois indica que uma grande proporção das pessoas triadas para depressão pode estar subdiagnosticada e não receber o tratamento de que necessitam.

O subdiagnóstico e o não recebimento de tratamento para a depressão têm sido questões seriamente discutidas ao longo da última década (BURROUGHS et al., 2002; FLECK et al., 2003; KOHN et al., 2007; MOLINA et al., 2012; VYAS et al., 2011). Não realizar o diagnóstico precoce e o

tratamento da depressão pode levar a piora da patologia, prejudicar a qualidade de vida e capacidade de trabalho (BÓS; BÓS, 2005) e aumentar o risco de autoextermínio das pessoas acometidas pelo transtorno (KENNEDY, 2006).

Essa constatação reforça a importância do desenvolvimento de ações preventivas no campo da saúde mental (OMS, 2002). Considerando as dificuldades de acesso do Brasil, Nease Jr e Malouin (2003) recomendam a implantação de um plano consistente de triagem para depressão nos serviços públicos de saúde. Os autores não indicam a forma como essa triagem deveria ser feita, mas uma possibilidade viável é investir na capacitação dos profissionais de saúde para utilizar escalas de triagem para depressão com boas qualidades psicométricas, tais como a PHQ-9.

6.3. FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO

Ao considerarmos os fatores associados à depressão identificados entre os quilombolas, novamente observamos a semelhança dessa população com outras populações vulneráveis. Entre os quilombolas investigados, estiveram associados à triagem positiva para depressão: a pior autoavaliação de saúde, diagnóstico anterior de doença crônica, não praticar exercícios físicos e pior índice de acesso aos serviços de saúde. A associação entre esses fatores e a depressão já havia sido observada em outras populações. A pior autoavaliação de saúde mostra ter uma influência que ultrapassa culturas, pois sua relação com a depressão já havia sido identificada no estudo populacional conduzido por Kessler et al. (2010) em 17 países, em estudos sobre outras populações em situação de vulnerabilidade social (ALMEIDA et al., 2012) e na situação de pós-parto (GJERDINGEN et al., 2011). A pior autopercepção da saúde também tem mostrado sua associação com o surgimento de outras patologias físicas (CASTRO et al., 2008) e mentais (SONNENBERG et al., 2013).

A relação entre a maior prevalência da depressão e as doenças crônicas, observada no presente estudo, também foi encontrada nos estudos conduzidos por Almeida et al. (2012), Bós e Bós (2005) e Barros et al. (2006). Almeida et al. (2012) investigaram pessoas em piores condições socioeconômicas e observaram relação entre a depressão e condições mais precárias de vida. Barros et al. (2006) também observaram que as pessoas em situação de maior desigualdade social no Brasil

apresentavam 62% a mais de doenças crônicas do que as pessoas em melhores condições sociais, estando a depressão entre as doenças mais frequentes identificadas. Enquanto Bós e Bós (2005) observaram que os idosos com doenças crônicas eram os que apresentavam maior prevalência de depressão.

As piores condições de saúde e a existência de doenças crônicas interferem na produtividade no trabalho, acarretando mais pedidos de licença e maior dependência de familiares e outros cuidadores, podendo impactar a capacidade para garantir a subsistência familiar (BARROS et al., 2006; BROMET et al., 2011), o que tem especial peso para a parcela mais pobre da população, como a quilombola. Devido ao impacto das doenças crônicas para seus portadores e familiares, Theme-Filha et al. (2005) afirmam que os serviços de saúde precisam se adaptar para atender aos pacientes com doenças crônicas, como a depressão, estabelecendo um acompanhamento prolongado para essas pessoas e incluindo o acompanhamento domiciliar, quando necessário.

Os resultados também mostraram a relação entre a triagem para depressão e o pior acesso aos serviços de saúde na população quilombola. Estes resultados confirmam estudos anteriores sobre o acesso aos serviços de saúde e a depressão (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; GOMES et al., 2013). Gomes et al. (2013) investigaram a utilização de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista e identificaram que apenas três das cinco comunidades que compuseram a amostra do projeto COMQUISTA possuíam uma sede para a UBS que atendia os moradores. Nas outras duas comunidades os procedimentos de saúde eram realizados nas escolas ou na casa dos ACS. Os autores também destacaram que os quilombolas utilizaram menos os serviços de saúde do que o esperado para a população brasileira geral ao longo de 12 meses e que esta proporção caiu para 8,3% ao considerar os 15 dias anteriores à entrevista. Nesse estudo as mulheres fizeram mais uso dos serviços de saúde do que os homens.

Estudos anteriores indicam que o pior acesso aos serviços de saúde afeta um maior número de pessoas negras e indígenas (BARROS et al., 2006) e tem relação com diversos problemas de saúde, incluindo a depressão (LORANT et al., 2003; MÁXIMO, 2010). Por sua constituição histórica, a população quilombola tem maior predominância de negros do que a população geral brasileira. Eles vivem em áreas predominantemente rurais, com precárias condições sanitárias e de segurança (GOMES et al., 2013) e compartilham com outras populações vulneráveis do país uma cobertura de

saúde ruim ou inexistente (BARROS et al., 2006; IBGE, 2010). Esses são aspectos relevantes da relação com a saúde e os serviços de saúde, que fazem o próprio governo brasileiro indicar a necessidade de considerar questões culturais e o racismo na montagem dos programas de saúde, especialmente os destinados à populações vulneráveis (BRASIL, 2009).

Outro fator identificado como associado à depressão entre os quilombolas foi a não realização de exercícios físicos. O sedentarismo já havia sido identificado como fator relacionado à depressão nos estudos de Lorant et al. (2003) e Theme-Filha et al. (2005). Além disso, a atividade física é utilizada como parte do tratamento da depressão dentro da abordagem psicológica cognitivo-comportamental, pelas evidências de que esta atividade auxilia na liberação de endorfinas (BECK; ALFORT, 2011).

Contrariamente a outros estudos (BOING et al., 2012; KESSLER et al., 2010; MUNHOZ et al., 2013; PELUSO, BLAY, 2008; van de VELDE et al., 2010), não foi observada associação estatística entre sexo feminino e depressão entre os residentes de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista. Uma possível explicação para a ausência de efeito de gênero na depressão para esta população é que a pobreza extrema em que eles vivem poderia ser um limitador. A renda familiar média observada na população quilombola por ocasião da coleta de dados, realizada em 2011, foi de R\$610,00, para famílias de quatro pessoas. Segundo o Critério de Classificação Brasil de 2010 (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2010), que embasa diversos estudos sociodemográficos desse período, essa faixa de renda classifica os quilombolas investigados como pertencentes à classe social “E”, a mais baixa da população brasileira, por representar uma renda familiar abaixo de R\$ 618,00 reais. Esta explicação encontra consonância com a teoria sobre o embotamento afetivo diante do risco à sobrevivência, proposta por Beck e Alfort (2011). Por essa perspectiva, as precárias condições de vida das comunidades quilombolas investigadas, também demonstrada nos trabalhos de Amorim et al. (2013) e Gomes et al. (2013), podem afetar indivíduos de ambos os sexos, fazendo-os embotar suas necessidades, desejos e preocupações, o que se reflete na equiparação da prevalência da depressão por gênero.

Outra possibilidade é que a perda diferencial de homens na amostra pode ter afetado os resultados. Uma terceira explicação é que a ausência de efeito de gênero não exista nessa população. Embora esse resultado contrarie achados de diversos estudos, a ausência de diferenças na prevalência por sexo não é um resultado inédito, já tendo sido observado em estudos com outras populações

específicas (BROMET et al., 2011; BROWN et al., 1995; LEVAV et al., 1993; LOEWHENTAL et al., 1995; van de VELDE et al., 2010). A metodologia adotada na presente investigação não permite esclarecer completamente as razões da ausência de efeito de gênero na depressão, sendo necessários estudos futuros sobre esse tema na população quilombola, com metodologia específica para esse objetivo.

Visando entender melhor a ausência de diferenças na prevalência da depressão por gênero nessa população, foram conduzidas análises dos fatores associados ao transtorno separadamente por gênero. Esses resultados mostraram que os fatores associados à depressão em adultos residentes em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista diferem entre homens e mulheres, o que corrobora os achados de estudos anteriores (AYUSO-MATEOS et al., 2001; CASTRO et al., 2008). Outros estudos também observaram que homens e mulheres estabelecem uma relação diferente com as questões de saúde (BEZERRA et al., 2013a) e com os serviços de saúde (DIAS-DA-COSTA et al., 2008; SONNENBERG, et al., 2013), buscam mais por atendimentos de saúde (DIAS-DA-COSTA et al., 2008) e monitoram melhor suas reações patológicas do que os homens (WILHEM; PARKER, 1994).

No presente estudo a pior autopercepção da saúde esteve independentemente associada à depressão para ambos os sexos. A existência de patologias crônicas também se mostrou importante para ambos os sexos, mas o tipo de adoecimento variou entre homens e mulheres. Para os homens, a existência de diagnóstico prévio de doença física crônica (e.g. tuberculose, hipertensão arterial) mostrou associação independente com a depressão. Para as mulheres, a associação ocorreu entre a depressão e o diagnóstico prévio de transtorno psiquiátrico. Em comunidades pobres, como as comunidades quilombolas investigadas, o diagnóstico de uma patologia crônica só costuma acontecer em casos mais graves, em que os sintomas podem ser incapacitantes, representando um risco para a subsistência familiar (MEZUK et al., 2010). Além disso, para obter um diagnóstico, o indivíduo precisa consultar um profissional e, por vezes, fazer exames. Essa necessidade representa um complicador para obter diagnósticos para pessoas de baixa renda e moradores de comunidades rurais, que não tem esses serviços em suas comunidades (KING, WILLIAMS, 1995; MEZUK et al., 2010; SONNENBERG et al., 2013).

Ao analisar os fatores associados à depressão separadamente por gênero, o pior acesso aos serviços de saúde esteve associado de forma independente com a depressão apenas para os homens. Para as mulheres, além da pior autopercepção da saúde e da existência de diagnóstico anterior de transtorno psiquiátrico, estiveram associados à depressão o histórico de tabagismo e a raça/cor não negra. Nessa população, apesar de haver mais homens fumantes, o consumo atual ou prévio de cigarros esteve independentemente associado à depressão apenas para as mulheres. Esse resultado pode indicar existência de maior nível de ansiedade entre as mulheres, que fariam uso do cigarro para tentar lidar com situações ansiogênicas. Essa interpretação se baseia em achados anteriores sobre o tabagismo, que mostram maior prevalência de fumantes do sexo masculino, mas associação entre tabagismo e maior número de sintomas ansiosos e depressivos entre as mulheres (CASTRO et al., 2008). Outros trabalhos também observaram associação entre tabagismo e transtornos mentais (BARROS, 2012; FREIRE, NARDI, 2013).

Como indicado na revisão de literatura, a relação entre depressão e raça/cor é mais difícil de ser explicada, sendo os resultados dos estudos contraditórios entre si. No presente estudo, considerando as características da população quilombola, a associação entre a depressão e se autodeclarar não negro, observada entre as mulheres, pode estar relacionado às vivências de estigma. Contudo, como essa investigação não foi delineada para responder esse tipo de questão, serão necessárias investigações futuras, com metodologia mais refinada e que considerem as relações entre piores condições sociais, estigma e raça/cor para esclarecer melhor a existência e direção da relação entre este aspecto e a depressão.

6.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE OS RESULTADOS

Os instrumentos de coleta dos dados utilizados no presente estudo não foram corrigidos durante a fase de coleta de dados, o que inviabilizou um encaminhamento médico dos respondentes triados positivamente para depressão ainda nessa etapa da pesquisa. Os cuidados éticos assumidos, além dos constantes do projeto aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa já citados incluíram conversar com os participantes que indicaram ter pensado em ferir-se ou morrer nas duas semanas que antecederam o estudo, ao responder a PHQ-9, buscando alertá-los para que buscassem auxílio médico. Além disso, todos os resultados observados no presente estudo estão sendo devolvidos às

comunidades quilombolas participantes, por meio de dois encontros organizados pelos integrantes do projeto COMQUISTA com essa população. Um desses encontros já ocorreu (em novembro de 2013) e os resultados foram apresentados aos profissionais de saúde e educação que trabalham com essa população. Um novo encontro, dessa vez com as lideranças comunitárias das comunidades investigadas está sendo organizado ainda para o primeiro semestre de 2014.

7. CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

7.1. LIMITAÇÕES

Esta pesquisa consistiu em um inquérito de base populacional, que investigou adultos residentes de comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista (BA). Estudos dessa natureza contribuem para conhecer a realidade de grupos populacionais e entender a influência de fatores que poderiam ser desconsiderados caso a investigação contasse com amostra mais restrita. Os resultados aqui apresentados são representativos de comunidades quilombolas e contribuem para descortinar informações sobre uma população largamente ignorada pelas investigações científicas e políticas de saúde públicas. Contudo, é necessário destacar que esse estudo foi conduzido com uma população específica de moradores de comunidades quilombolas e seus resultados não podem ser generalizados para a população geral brasileira.

Outras limitações da investigação também precisam ser indicadas. Esse é um estudo de delineamento transversal, o que dificulta o estabelecimento direto de associação de causa e efeito entre as variáveis investigadas e o evento. As informações foram baseadas em autorrelato, por isso, ainda que cuidados quanto à confiabilidade das medidas tenham sido tomados, existe a possibilidade de interferência dos vieses de informação e memória. Além disso, a identificação da depressão foi feita por meio de um instrumento de triagem e não houve confirmação dessa identificação por um médico. Consideramos, entretanto, que apesar dessas limitações, o presente trabalho representa uma contribuição importante para o entendimento da prevalência da depressão entre a população adulta remanescente de quilombos, para o avanço na compreensão das diferenças de gênero na depressão no Brasil e para gerar informações que possam subsidiar ações concretas de saúde para esta população.

7.2. CONCLUSÕES

*Sou índio, sou africano, sou europeu
Sou budista, sou cristão, sou judeu
Sou amarelo, sou branco, sou negro
Sou mistura do mundo, com prazer sou brasileiro.*

Lucas Mires

O estudo demonstrou que a população quilombola investigada mostrou comportamento semelhante a outras populações vulneráveis, tanto na prevalência da depressão, quanto nos fatores associados a ela. Considerar a existência de condições crônicas de saúde e a percepção individual das pessoas sobre sua saúde mostrou-se relevante para toda a população quilombola, bem como ficou clara a importância do acesso aos serviços de saúde para essa população.

Outra contribuição dessa investigação é a demonstração de que a PHQ-9 pode ser utilizada como instrumento de triagem para depressão na população quilombola. Assim, essa escala pode ser incorporada às propostas de intervenção para minimizar o impacto do subdiagnóstico e da falta de tratamento para o transtorno. O treinamento da equipe de profissionais de saúde para sua aplicação pode colaborar para garantir a identificação de pessoas com quadros depressivos, mesmo na ausência do atendimento constante de médicos nas comunidades quilombolas.

Além disso, os resultados apontaram fatores associados à depressão e mostraram que, para esta população, homens e mulheres são influenciados por fatores distintos, tornando clara a necessidade de considerar essas diferenças ao definir intervenções de combate à depressão. 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 estas diferenças pode auxiliá-los a detectar transtornos mentais e direcionar os tratamentos de forma mais precoce e eficiente, retirando a camuflagem que as diferenças de gênero podem trazer.

7.3. RECOMENDAÇÕES

Oferecer serviços de saúde de qualidade, que avaliem a presença de transtornos mentais e conduzir campanhas para desmistificar as doenças mentais na população quilombola podem colaborar de forma decisiva para minimizar os impactos negativos da depressão nessa população. De forma mais ampla, o investimento em infraestrutura, saneamento, educação, acesso aos serviços de saúde e a preparação dos profissionais de saúde para rastrear a depressão podem contribuir para a identificação e tratamento precoce de diversas patologias nessa população, melhorando suas condições de vida e integrando-os, como brasileiros de fato e direito que são.

Estudos futuros, com metodologias diversificadas, poderão investigar outros aspectos da saúde mental dos quilombolas e a relação dos antecedentes históricos com os transtornos psiquiátricos nessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, M. V. **Território usado e saúde – respostas do sistema único de saúde à situação geográfica de metropolização em Campinas – SP**. São Paulo, 153 p, [Dissertação]. Psicologia. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2006.
2. ALMEIDA, O. P.; PIRKIS, J.; KERSE, N.; et al. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. **Journal of Affective Disorders** 2012; 138: 322–331.
3. AMORIM, M. M.; TOMAZI, L.; SILVA, R. A. A.; GESTINARI, R. S.; FIGUEIREDO, T. B. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola boqueirão, Bahia, Brasil. **Biosci. J.** 2013; 29(4): 1049-1057.
4. ANDREOLI, S. B.; BLAY, S. L.; MARI, J. J. Escalas de rastreamento de psicopatologia. **Revista de Psiquiatria Clínica** 1998; 25(5): 229-232.
5. ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilization - overview of the Australian National Mental Health Survey. **Br J Psychiatry** 2001; 178:145 – 153.
6. ANGOLD, A.; COSTELLO, E. J.; WORTHMAN, C. M. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. **Psychol Med** 1998; 28:51- 61.
7. ANJOS, R. S. A.; CIPRIANO, A. As comunidades no território nacional. In: ANJOS, R. S. A.; CIPRIANO, A. (Orgs.). **Quilombolas: tradições e cultura da resistência**. São Paulo: Aori Comunicação, 2007: 176-206.
8. ANSEMI, L.; BARROS, F. C.; MINTEN, G.C.; GIGANTE, D.P.; HORTA, B. L.; VICTORA, G. C. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(Supl. 2): 26-33.
9. ARAYA, R.; ROJAS, G.; FRITSCH, J.; et al. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. **Br J Psychiatry** 2001; 178: 228–233.

10. AROS, M. S.; YOSHIDA, E. M. P. Estudos da Depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. **Boletim de Psicologia** 2009; 59(130): 61-76.
11. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR**. Porto Alegre: ArtMed, 2002.
12. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério Sócio-Econômico Brasil**, versão 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=139>>. Acessível em: 10 jan 2014.
13. AYUSO-MATEOS, J. L.; VÁSQUEZ-BARQUERO, J. L.; DOWRICK, C.; LEHTINEN, V.; DALGARD, O. S.; CASEY, P., et al. Depressive disorders in Europe: prevalences figures from the ODIN Study. **British Journal of Psychiatry** 2001; 179: 308-16.
14. BAKER, F. B. **The basics of item response theory - Assessment and Evaluation**, Wisconsin: Clearinghouse on 2001.
15. BARROS, F. C. R. Prevalência do tabagismo e seus fatores associados entre pacientes com transtorno mental no Brasil [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2012.
16. BARROS, M. B.A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva** 2006; 11(4): 911-926.
17. BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of modelsthat directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology** 2003; 3(21): 1 – 13.
18. BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M. Os serviços psiquiátricos estão atendendo as necessidades dos familiares cuidadores?. In: BARROSO, S. M.; SCORSOLINI-COMIN, F. (Org.). **Diálogos em Psicologia: práticas profissionais e produção do conhecimento**. Ied.Uberaba: Editora UFTM, 2012, v. 1, p. 123-135.
19. BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. Depressão em comunidades afro-descendentes no brasil: triagem e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Publica** (prelo).

20. BASTOS, E. S. M.; BITTENCOURT, L. J. O Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) e a criação da Rede de Saúde da População Negra de Salvador: alguns elementos metodológicos. **BIS, Bol. Inst. Saúde** 2010; 12(2): 1 - 6.
21. BASTOS, J. L.; CELESTE, R. K.; FAERSTEIN, E.; BARROS, A. J. Racial discrimination and health: A systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. **Social Science & Medicine** 2010, 70: 1091-1099.
22. BECK A. T.; ALFORD, B. A. **Depressão: causas e tratamento**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
23. BECK, A. T.; CRAIN, A. L.; SOLBERG, L. I.; UNÜTZER, J.; GLASGOW, R. E.; MACIOSEK, M. V.; et al. Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss. **Annals of Family Medicine** 2011; 9(4): 305 – 311.
24. BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W. T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública** 2013a. 29(9): 1889-1902.
25. BEZERRA, V. M.; MEDEIROS, D. S.; GOMES, K. O.; SOUZAS, R.; GIATTI, L.; GUIMARÃES, M. D. C., et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet] 2013b. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327>. Acessado em: 20 dez 2013.
26. BHUGRA, D.; BECKER M. A. Migration, cultural bereavement and cultural identity. **World Psychiatry** 2005; 4(1): 18-24.
27. **BÍBLIA de Jerusalém**. Nova ed. rev. e ampl. São Paulo: Paulus, 2002 (2ª impr. 2003). p. 23: Livro de 1 de Samuel.
28. BOING, A. F.; MELO, G. R.; BOING, A. C., et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Rev Saúde Pública** 2012; 46(4):617-23.
29. BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Fatores determinantes e conseqüências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano** 2005; 2(2): 36-46.

30. BRASIL. **Lei ordinária N° 12.288**, de 20 de julho de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Seção 1, p. 1.
31. BRASIL. **Portaria n° 992/GM**, de 13 de maio de 2009 [Política Nacional de Saúde Integral da População Negra]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 mai. 2009. Seção 1, p. 60.
32. BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem Populacional**. 2012a. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acessado em: 08 jan 2014.
33. BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2012b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acessado em: 10 jan 2014.
34. BRASIL. **Programa Brasil Quilombola**. 2014. Disponível em: <http://www.portaldainigualdade.gov.br/acoes/pbq>. Acessado em 16 mar 2014.
35. BROMET, E.; ANDRADE, L. H.; HWANG, I.; SAMPSON, N. A.; ALONSO, J.; GIROLAMO, G., et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine** 2011; 9(90): 2-16.
36. BROWN, D. R., et al. Major depression in a community sample of African Americans. **Am J Psychiatry** 1995; 152:373-78.
37. BRUNONI, A.R.; FERRUCCI, R.; BORTOLOMASI, M.; SCELZO, E.; BOGGIO, P.S.; FREGNI, F.; DELL'OSSO, B.; GIACOPUZZI, M.; ALTAMURA, A. C.; Priori, A. Interactions between transcranial direct current stimulation (tDCS) and pharmacological interventions in the Major Depressive Episode: Findings from anaturalistic study. **European Psychiatry** 2013; 28: 356–361.
38. BURROUGHS, V. J.; MAXEY, R.W.; LEVY, R. A. Racall and ethnic differences in response to medicines: towards individualized pharmaceutical treatment. **Journal of the national medical association** 2002; 94(10 SUPPL): 1 – 26.
39. CALHEIROS, F.P.; STADTLER, H. H. C. Ethnic identity and power: quilombos in Brazilian public policy. **Rev. Katálysis** 2010; 13(1):133-139.

40. CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica** 1998; 25(5): 240-244.
41. CAMPOS, C.E.A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Caderno de Saúde Pública** 1993; 9(2): 190-200.
42. CASPI A.; SUGDEN, K.; MOFFITT, T. E. et al. Influence of life stress on depression: moderation by Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. **Science** 301; 386 – 389.
43. CASTRO, M. G. T.; OLIVEIRA, M. S.; ARAUJO, R. B.; PEDROSO, R. S. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. **Rev Psiquiatr RS** 2008; 30(1):25- 30.
44. CASTRO, S. M. J.; TRENTINI, C.; RIBOLDI, J. Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2010; 13(3): 487-501.
45. CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990 **Cad. Saúde Públ** 1996; 12(supl.2): 59-70.
46. CHACHAMOVICH, E. **Teoria de Resposta ao Item: Aplicação do modelo Rasch em desenvolvimento e validação de instrumentos em saúde mental**. [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008.
47. CHAREPE, Z. B.; FIGUEIREDO, M. H. J. S. Promoción de La esperanza y resiliencia familiar. Prácticas apreciativas. **Invest Educ. Enferm.** 2010; 28(2), 250-257.
48. **CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Edusp, 2003.
49. COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 2000; 5(1): 125-132.

50. COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. **Comunidades Quilombolas: o que são?** 2010. Disponível em: http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/i_oque.html. Acessado em: 10 jan 2014.
51. COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. **Terras quilombolas – balanço 2011.** Disponível em:
<<http://www.cpisp.org.br/email/balanco11/img/Balan%C3%A7oTerrasQuilombolas2011.pdf>.>
> Acessado em: 19 jan 2014.
52. CORDÁS, T. A. **Depressão - da bile negra aos neurotransmissores: uma introdução histórica.** São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
53. COSTA, R. A.; SOARES, H. L. R.; TEIXEIRA, J. A. C. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF** 2007; 19(1): 269 – 276.
54. COUTO, G.; PRIMI, R. Teoria de resposta ao item (TRI): conceitos elementares dos modelos para itens dicotômicos. **Boletim de Psicologia** 2011; 1(134): 1 – 15.
55. CRAMER, H.; SALISBURY, C.; CONRAD, J.; ELDRED, J.; ARAYA, R. Group cognitive behavioural therapy for women with depression: pilot and feasibility study for a randomised controlled trial using mixed methods. **BMC Psychiatry** 2011; 11: 82-92.
56. CRUWYS, T.; DINGLE, G. A.; HASLAMA, C.; HASLAMA, S. A.; JETTEN, J.; MORTON, T. A. Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. **Social Science & Medicine** 2013; 98: 179 – 186.
57. CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2012; 15(2): 346-54.
58. CUNHA, E. M. G. P.; JACOB, A. A. E. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade para o Brasil. In: Fundação Nacional de Saúde [Funasa]. **Saúde da População Negra no Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade.** Brasília: Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde, 2005, p 201 – 236.

59. DAMAZIO, S. M.; LIMA, M. S.; SOARES, A. R.; SOUZA, M. A. A. Intestinal parasites in a quilombola community of the northern state of Espírito Santo, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo** 2013; 55(3):179 - 183.
60. DIAS-DA-COSTA, J. S.; GIGANTE, D. P.; HORTA, B. L.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Utilização de serviços de saúde por adultos da coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública** 2008; 42(supl.2): 51-59.
61. EMBRETSON, S. E.; REISE, S. P. **Item response theory for psychologists**. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, 2000.
62. FIABANI, A. **Mato, palhoça e pilão: o quilombo, da escravidão às comunidades remanescentes [1532-2004]**. São Paulo: Expressão Popular, 2005.
63. FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
64. FLECK, M. P. A.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F. Diagnóstico e Tratamento da Depressão. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/036.pdf>. Acessado em: 28 jan 2014.
65. FLECK, M. P. A.; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; PORTO, J. A.; BRASIL, M. A., et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2003; 25(2):114-22.
66. FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior** 1980, 21: 219-239.
67. FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A.; GRUEN, R. J. Dynamics of a Stressful Encounter: cognitive appraisal, coping, and encounters outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology** 1986; 50: 992-1003.
68. FORKMANN, T.; GAUGGEL, S.; SPANGENBERG, L.; BRÄHLER, E.; GLAESMER, H. Dimensional assessment of depressive severity in the elderly general population: Psychometric evaluation of the PHQ-9 using Rasch Analysis. **J Affect Disord** 2013; 148:323–330.

69. FREIRE, R. C.; NARDI, A. Are patients with panic disorder respiratory subtype more vulnerable to tobacco, alcohol or illicit drug use? **Revista de Psiquiatria Clínica** 2013; 40(4):135 – 138.
70. FREITAS, D. A.; CABALLERO, A. D.; MARQUES, A. S.; HERNÁNDEZ, C. I.V.; ANTUNES, S. L. N. O. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC** 2011; 13(5): 937-943.
71. FREITAS, D. B.; SILVA, J. M.; GALVÃO, E. F. C. A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. **Rev. Bras. Cienc. Esporte** 2009; 30(2): 89-105.
72. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)/INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.pns.iciet.fiocruz.br>. Acessado em: 20 dezembro 2013.
73. GARMEZY, N. Children in poverty: Resiliency despite risk. **Psychiatry** 1993; 56(1): 127-136.
74. GJERDINGEN, D.; McGOVERN, P.; CENTER, B. Problems Encountered with Using a Diagnostic Depression Interview in a Postpartum Depression Trial. **J Am Board Fam Med.** 2011; 24(2): 187–193.
75. GOMES, K. O.; REIS, E. A.; GUIMARÃES, M. D. C.; CHERCHIGLIA, M. L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2013; 29(9): 1829 -42.
76. GOMES-OLIVEIRA, M. H.; GORENSTEIN, C.; LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 2012; 34: 389-394.
77. GORENDER J. **A escravidão reabilitada**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1991.
78. GUERRERO, A. F. H.; SILVA, D. O.; GUERRERO, C. H.; TOLEDO, L. M.; TEIXEIRA, P. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém, Pará, Brasil. **Saúde Soc.** 2007; 16(2), 103-110.

79. HAILEMARIAM, S.; TESSEMA, F.; ASEFA, M.; TADESSE, H.; TENKOLU, G. The prevalence of depression and associated factors in Ethiopia: findings from the National Health Survey. **International Journal of Mental Health Systems** 2012, 6(23): 2 – 11.
80. HAYS, R. D.; MORALES, L. S.; REISE, S. P. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. **Med Care** 2000; 38: 28-42.
81. HEBERT, K. K.; CUMMINS, S. E.; HERNANDEZ, S.; TEDESCHI, G. J.; ZHU S-H. Current major depression among smokers using a state Quitline. **Am J Prev Med** 2011; 40(1): 47 – 53.
82. HIRAKATA, V. N. Estudos transversais e longitudinais com desfechos binários: qual a melhor medida de efeito a ser utilizada? **Rev HCPA** 2009; 29(2):174-176.
83. HO, M. Y.; CHEUNG, F. M.; YOU, J.; KAM, C.; ZHANG, X.; KLIEWER, W. The moderating role of emotional stability in the relationship between exposure to violence and anxiety and depression. **Personality and Individual Differences** 2013; 55: 634 – 639.
84. HOFMANN, S. G.; ASNAANI, A.; HINTON, D. E. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. **Depression and Anxiety** 2010; 27:1117–27.
85. HOSMER, D.W.; LEMESHOW S. **Applied Logistic Regression**. New York: John Wiley e Sons, 2000.
86. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS [IBGE]. Coordenação de Trabalho e Renda. Uma visão geral da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2010.
87. KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
88. KEYES, K. M.; BARNES, D. M.; BATES, L. M. Stress, coping, and depression: Testing a new hypothesis in a prospectively studied general population sample of U.S.-born Whites and Blacks. **Social Science & Medicine** 2011; 72: 650 – 659.

89. KENDEL, F.; WIRTZ, M.; DUNKEL, A.; LEHMKUHL, E.; HETZER, R.; REGITZ-ZAGROSEK, V. Screening for depression: Rasch analysis of the dimensional structure of the PHQ-9 and the HADS-D. **J Affect Disord** 2010; 122: 241–246.
90. KENNEDY, G. J. Reducing the Risk of Late-Life Suicide Through Improved Depression Care. **Primary Psychiatry** 2007; 14(1):26 - 28, 31- 34.
91. KENNY, M. L. The Contours of Quilombola Identity in the Sertão. **Luso-Brazilian Review** 2013; 50(1): 140 – 164.
92. KESSLER, R. C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; KORETZ, D.; MERIKANGAS, K. R.; RUSH, A. J.; WALTERS, E. E.; WANG, P. S. The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA** 2003; 289(23): 3095 – 3105.
93. KESSLER, R. C.; BIRNBAUM, H.; SHAHLY, V.; BROMET, E.; HWANG, I.; MCLAUGHLIN, K. A., 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.
94. KEYES, K.M.; BARNES, D. M.; BATES, L.M. Stress, coping, and depression: Testing a new hypothesis in a prospectively studied general population sample of U.S.-born Whites and Blacks. **Social Science & Medicine** 2011; 72:650 – 659.
95. KOHN, R.; MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F. A carga e a falta de cuidados de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Ed). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
96. KING, G.; WILLIAMS, D. R. R. A multidimensional approach to African-American health. In: AMICK, B.; LEVINE, S.; TRLOV, A.; WALSH, D. (Ed). **Society and Health**. New York: Oxford University Press 1995; p 93 - 129.
97. KOSIDOU, K.; DALMAN, C.; LUNDBERG, M.; et al. Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: A population-based study. **Journal of Affective Disorders** 2011; 134: 160–167.

98. KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W.; LÖWE, B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. **Gen Hosp Psychiatry** 2010; 32:345–359.
99. KUNG, S.; ALARCON, R. D.; WILLIAMS, M. D.; POPPE, K. A.; MOORE, M. J.; FRYE, M. A. Comparing the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) depression measures in an integrated mood disorders practice. **Journal of Affective Disorders** 2013; 145: 341 – 343.
100. KUPFER, D. J.; FRANK, E.; PHILLIPS, M. L. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. **Lancet** 2012; 379(9820): 1045–1055.
101. LEITE, I. B. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Estudos Feministas** 2008; 16(3): 965 – 977.
102. LEVAV, I., et al. An epidemiological study of mental disorders in a 10 - years cohort of young adults in Israel. **Psychol Med** 1993; 23:691-707.
103. LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd Sul** 2009; 31(3 supl 1): 1 – 12.
104. LIMA, F. L.; CAIXETA, L. F. Prevalência de Transtornos Mentais entre Indígenas da Etnia Karajá em Serviço de Atenção Primária em Psiquiatria. **Anais do Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão- CONPEEX** 2010; 1464 – 71. Disponível em: <http://200.137.221.67/conpeex/2010/online/artigos/pibic/pibic_miolo_2.pdf>. Disponível em: 10 jan 2014.
105. LINDOSO, D. **O poder quilombola**. Maceió: Edufal, 2007.
106. LINDOSO, D. **A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica**. Maceió: Edufal, 2011.
107. LOEWHENTAL, K.; GOLDBLATT, V.; GORDON, T., et al. Gender and depression in Anglo-Jewry. **Psychological Medicine** 1995; 25: 1051 – 1064.
108. LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. I Seminário Saúde da População Negra. Brasília-DF, 2004.

Disponível em: < <http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/053-102Fernanda.pdf>>.
Acessado em: 12 de setembro de 2013.

109. LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21(5): 1595-1601.
110. LORANT, V.; DELIÈGE, D.; EATON, W.; ROBERT, A.; PHILLIPPOT, P.; ANSSEAU, M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. **Am J Epidemiol** 2003; 157: 98-112.
111. LÖWE, B.; KROENKE, K.; GRÄFE, K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). **J. Psychosom** 2005; 58: 163-171.
112. LÖWE, B.; WAHL, I.; ROSE, M.; SPITZER, C.; GLAESMER, H.; WINGENFELD, K.; SCHNEIDER, A.; BRÄHLERET, E. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. **Journal of Affective Disorders** 2010; 122: 86-95.
113. LUZ, M. T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; IMS: ABRASCO, 2001. p. 17-37.
114. MCHORNEY, C.A.; COHEN, A. S. Equating health status measures with item response theory: illustrations with functional status items. **Med Care** 2000; 38:43-59.
115. MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública** 2004; 38(5): 650 – 656.
116. MANEA, L.; GILBODY, S.; MCMILLAN, D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. **CMAJ** 2012; 184(3):191-196.
117. MARCUS, M.; YASAMI, M. T.; van OMMEREN, M.; CHISHOLM, D.; SAXENA, S. DEPRESSION - A Global Public Health Concern. 2012. Disponível em < http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf>. Acesso em: 28 jan 2014.
118. MAURER, D. M. Screening for depression. **Am Fam Physician** 2012; 15(85-2):139-144.

119. MÁXIMO, G. C. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Belo Horizonte. [tese de doutorado]. Demografia. CEDEPLAR – Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
120. MEZUK, B.; RAFFERTY, J. A.; KERSHAW, K. N.; HUDSON, D.; ABDU, C. M.; LEE, H.; EATON, W. W.; JACKSON, J. S. Reconsidering the Role of Social Disadvantage in Physical and Mental Health: Stressful Life Events, Health Behaviors, Race, and Depression. **Am J Epidemiol** 2010; 172:1238–1249.
121. MOLINA, M. R. A. L.; WIENER, C. D.; BRANCO, J. C.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; TOMASI, E., et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de Psiquiatria Clínica** 2012; 39(6):194 - 197.
122. MORENO, D. H.; DIAS, R. S.; MORENO, R. A. Transtornos do humor. In: NETO, M. R. L., ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
123. MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. Major depressive episode among Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. **Journal of Affective Disorders** 2013; 150: 401– 407.
124. MUÑIZ, J. **Teoría de respuesta a los ítems: Un nuevo enfoque en la evolución psicológica y educativa**. Madri: Ediciones Pirámide, S. A, 1990.
125. NASCIMENTO, L. B.; CARNEIRO, M. A. S.; Teles, S. A.; LOPES, C. L. R.; REIS, N. R. S.; SILVA, A. M. C.; MOTTA-CASTRO, A. R. C.; OTSUKI, K.; VICENTE, A. C. P.; MARTINS, R. M. B. Prevalência da infecção pelo HTLV-1, em remanescentes de quilombos no Brasil Central. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 2009; 42(6):657-660.
126. NEASE JR, D. E.; MALOUIN, J. M. Depression screening: a practical strategy. **The journal of the family practice** 2003; 52: 1 – 7.
127. OLIVEIRA F. **A saúde da população negra no Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

128. OLIVEIRA, P. T. R. **O sistema único de saúde, descentralização e a desigualdade regional. Um enfoque sobre a região da Amazônia Legal.** Rio de Janeiro. [tese de doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
129. OLIVEIRA E SILVA, D.; GUERRERO, A. F. H.; GUERRERO, C. H.; TOLEDO, L. M. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Rev. Nutr.** 2008; 21(Supl.): 83-97.
130. OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados à não realização de pânico em mulheres quilombolas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** (prelo).
131. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. **Bull World Health Organ** 2000; 78: 413–426.
132. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: OMS, 2002.
133. OSORIO, R. G. Classe, raça e acesso ao ensino superior no Brasil. **Cadernos de Pesquisa** 2009; 39(138): 867 – 880.
134. OSÓRIO, F. L.; MENDES, A. V.; CRIPPA, J. A.; LOUREIRO, S. R. 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. **Perspectives in Psychiatric Care** 2009; 45(3): 216-227.
135. PASQUALI, L., Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica** 1998; 25 (5): 206-213.
136. PASQUALI, L. **TRI - Teoria de Resposta ao Item: Teoria, Procedimentos e Aplicações.** Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM, 2007.
137. PASQUALI, L. **Psicometria – teoria dos testes na psicologia e na educação.** São Paulo: Ed. Vozes, 2008.
138. PELUSO, E. P.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(1): 41-48.

139. PERPETUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na Agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde** 2000; 22: 10-16. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/rept14_2.pdf> Acessado em: 30 de agosto de 2012.
140. PREFEITURA DE VITÓRIA DA CONQUISTA [PMVC]. 2014. Disponível em: <<http://www.pmvc.com.br/v1/>>. Acessado em: 12 jan 2014.
141. PUSSETI, C. Biopolíticas da Depressão nos Imigrantes Africanos. **Saúde Soc. São Paulo** 2009; 18(4): 590-608.
142. REIS, N. R. S.; MOTTA-CASTRO, A. R. C.; SILVA, A. M. C.; TELES, S. A.; YOSHIDA, C. F. T.; MARTINS, R. M. B. Prevalence of hepatitis c virus infection in quilombo remnant communities in central Brazil. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo** 2008; 50(6): 359-360.
143. RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Doença e Incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde Soc. São Paulo** 2010; 19(2): 320 – 332.
144. RISO, L. P.; BLANDINO, J. A.; PENNA, S.; DACEY, S.; GRANT, M. M.; TOIT, P. L. Cognitive aspects of chronic depression. **J. Abnormal Psych** 2003; 112:72 - 80.
145. RISCADO, J. L. S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, A. M. B. B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de quilombos, em Alagoas. **Saúde Soc. São Paulo** 2010; 19(supl.2): 96 – 108.
146. ROMBALDI, A. J.; SILVA, M. C.; GAZALLE, F. K.; AZEVEDO, M. R.; HALLA, P. C. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia** 2010; 13(4): 620-629.
147. RUPP, A. Item Response Modeling with BILOG-MG and MULTILOG for Windows. **Int J Testing** 2003; 3(4): 365 - 384.
148. SAMEJIMA, F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometrika** 1969; Monograph 34(Suppl 17): s/p.

- 149.SAKAKIBARA, B. M.; MILLER, W. C.; ORENCZUK, S. G.; WOLFE, D. L.; the SCIRE Research Team. A systematic review of depression and anxiety measures used with individuals with spinal cord injury. **Spinal Cord** 2009; 47:841-851.
- 150.SANTOS, I. S.; TAVARES, B. F.; MUNHOZ, T. N.; ALMEIDA, L. S. P.; SILVA, N. T. B.; TAMS, B. D., et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública** 2013; 29(8):1533-43.
- 151.SCHMITT, A.; TURATTI, M.C.M.; CARVALHO, M.C.P. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Ambiente & Sociedade** 2002; 5(10): 1-6.
- 152.SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C., et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2004; 9(4): 897-908.
- 153.SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL [SEPPIR]. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Brasil, 2007.
- 154.SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL [SEPPIR]. **Relatório de avaliação do plano plurianual 2008-2011**. Ano base 2008. 2009. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/docs/Caderno%20setorial%20%20avalia%C3%A7%C3%A3o%202008.pdf>. Acessado em: 22 dez 2013.
- 155.SILVA, J. A. N. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Revista Saúde e Sociedade** 2007; 16(2): 111-124.
- 156.SILVA, D. O.; GUERREIRO, A. F. H.; GUERREIRO, C. H.; TOLEDO, L. M. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Rev. Nutr.** 2008; 21(Supl): 83-97.
- 157.SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/Aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo** 2010; 19(supl.2): 109-120.
- 158.SIMPSON, C. F.; BOYD, C. M.; CARLSON, M. C.; GRISWOLD, M. E.; GURALNIK, J. M.; FRIED, L. P. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record

- validation in disabled older women: factors that modify agreement. **J Am Geriatr Soc** 2004; 52(1): 123-127.
159. SONNENBERG, C. M.; DEEG, D. J. H.; van TILBURG, T. G.; VINK, D.; STEK, M. L.; BEEKMAN, A. T. F. Gender differences in the relation between depression and social support in later life. **International Psychogeriatrics** 2013; 25(1): 61–70.
160. SOUTHWICK, S. M.; CHARNEY, D. S. The Science of Resilience: Implications for the Prevention and Treatment of Depression. **Science** 2012; 338(6103): 79-82.
161. SOUZA, R. A. Territorialidade e dinâmica cultural no quilombo do Boqueirão, Vitória da Conquista – Bahia. **Enciclopédia Biosfera** 2010; 6(10): 1 – 15.
162. SOUZA, C. L.; BARROSO, S. M.; GUIMARAES, M. D. C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia. *Cienc Saúde Colet* [periódico na internet], (prelo). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=13562>. Acessado em: 25 jan 2014.
163. SPAANS, H-P.; KHO, K. H.; VERWIJK, E.; KOK, R. M.; STEK, M. L. Efficacy of ultrabrief pulse electroconvulsive therapy for depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2013; 150: 720–726.
164. THEME-FILHA, M. M.; SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21(Supl): 43-53.
165. THEODORO, M. A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: THEODORO, M. (Org.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: Ipea, 2008.
166. UHER, R.; FARMER, A.; MAIER, W.; RIETSCHER, M.; HAUSER, J.; MARUSIC, A., et al. Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. **Psychol Med** 2008; 38: 289-300.
167. UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Revista de Saúde Pública** 1987; 21(5): 439-46.

- 168.URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- 169.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. **Social Science & Medicine** 2010; 71: 305-13.
- 170.VIACAVAL, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva** 2002; 7(4): 607 -621.
- 171.VYAS, A; PHARM, B.; SAMBAMOORTHY, U. Multimorbidity and depression treatment. **General Hospital Psychiatry** 2011; 33: 238 – 245.
- 172.VOLOCHKO, A. A Saúde nos Quilombos. In: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, 2009. p. 147 – 168.
- 173.VOLOCHKO, A. VIDAL, N. P. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. **BIS, Bol. Inst. Saúde** 2010; 12(2): 1 – 7.
- 174.WILHEM, K.; PARKER, G. Sex differences in the lifetime prevalence of depression: fact or artifact?. **Pshycol Med** 1994; 24:97–111.
- 175.WOLKENSTEIN, L.; PLEWNIA, C. Amelioration of Cognitive Control in Depression by Transcranial Direct Current Stimulation. **Biol Psychiatry** 2013;73:646–651.
- 176.YEUNG, A.; FUNG, F.; YU, S-C.; VORONO, S.; LY, M.; WU, S.; FAVA, M. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 for Depression. **Compr Psychiatry**. 2008; 49(2): 211–217.
- 177.ZAMMIT, S.; OWEN, M. J. Stressful life events, 5-HTT genotype Stressful life events, 5-HTT genotype and risk of depression. **British Journal of Psychiatry** 2006; 188: 199-201.
- 178.ZUITHOFF, N. P. A.; VERGOUWE, Y.; KING, M.; NAZARETH, I.; van WEZEP, M. J.; MOONS, K. G. M.; GEERLINGS, M. I. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a crosssectional study. **BMC Family Practice** 2010; 11(98): 2-7.

ANEXO A - DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO PELOS COMITÊS DE ÉTICA



MANTENEDORA
FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS – FASB
INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS – IAESB
CNPJ N.º 42.752.675/0001-37 – Inscrição Estadual Isento

Barreiras, 05 de outubro de 2010.

CAAE:0118.0.066.000-10

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP FASB

Para: Raquel Souza (pesquisadora responsável)

Ana Paula Steffens, Claudio Lima Souza, Cláudia Nicolaevna Koochering, Daniela Arruda Soares, Danielle Souto de Medeiros, Karine de Oliveira Gomes, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Luiz Gustavo Vieira Cardoso, Poliana Cardoso Martins e Vanessa Moraes Bezerra

Assunto: Encaminhamento do Parecer CEP TCD 110/10 V2

Prezados Pesquisadores,

Informamos que o CAAE 0118.0.066.000-10 TCD 110/10 V2 referente ao projeto: “**Projeto Conquistar – Com unidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de Condicionantes da Saúde**”, atendeu a todas as solicitações apontadas; está **Aprovado** por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 22 de novembro de 2010.

Cordialmente,

Comitê de Ética em Pesquisa-FASB
Flávia C. Pena Dias
Coordenadora

Flávia Carvalho Pena Dias

Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – FASB



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 0118.0.066.203-10

Interessado(a): Prof. Mark Drew Crosland Guimarães
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"PROJETO CONQUISTAR – Comunidade quilombolas de Vitória da Conquista: avaliação de condicionantes de saúde"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTRODUÇÃO:

Estamos convidando você para participar de um estudo que será realizado entre os moradores de comunidades remanescentes de quilombos em Vitória da Conquista – Bahia. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Instituto Multidisciplinar de Saúde da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira em Vitória da Conquista em colaboração com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Este estudo é importante para que se possa conhecer a situação de saúde da comunidade e os serviços de saúde que ela utiliza.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Os entrevistadores conversarão com você sobre o estudo e esclarecerão qualquer dúvida que tenha. Após você ter entendido o estudo, e caso resolva participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para guardar. Você pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, basta avisar que não quer mais participar. A sua desistência não acarreta nenhum prejuízo nem para você e nem para sua família.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Avaliar a situação de saúde e utilização de serviços de saúde pela população quilombola do município de Vitória da Conquista – Bahia, para conhecimento da situação de saúde destas pessoas e utilização dos serviços de saúde frequentados. Os resultados serão importantes para caracterizar a assistência prestada pelos serviços de saúde do município, conhecer a situação de saúde da população quilombola e poderá contribuir para formulação de políticas que visem a integralidade da atenção à saúde das pessoas.

PROCEDIMENTOS:

1. Realizaremos uma entrevista durante a qual perguntaremos coisas sobre a sua vida e das pessoas que moram na mesma casa. Esta entrevista não deve demorar mais do que 01 hora. Tudo que você responder será mantido em segredo em nenhum momento do estudo. Seu nome será divulgado e tudo que você disser será utilizado somente para este estudo. Caso você não possa responder ao questionário neste momento, poderemos combinar outra hora que seja mais conveniente para você.
2. Após a entrevista faremos as medidas de peso e altura para crianças e peso, altura, circunferência da barriga dos adultos e verificação da pressão arterial.

POSSÍVEIS RISCOS:

Você pode ficar sem graça com algumas perguntas como, por exemplo: atividades sexuais, uso de drogas e situações de violência.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os benefícios incluem uma melhor compreensão de como está a saúde das pessoas que vivem em comunidades quilombolas, saber a opinião sobre os serviços de saúde que são oferecidos e com isso, colaborar para modificação dos mesmos. O conhecimento do peso e altura das crianças e peso, altura e circunferência da barriga, podem ser usados para saber se o crescimento das crianças está normal e pode ajudar os adultos a saberem se estão fora de seu peso certo. A verificação da pressão arterial ajuda a saber como estão os níveis de sua pressão arterial.

CUSTOS:

Não há nenhum custo para você em participar do estudo.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

1. Você poderá participar de todas as etapas ou apenas de partes da pesquisa.

Participarei da entrevista: ()

Participarei das medidas de peso, altura e circunferência da barriga ()

Participarei da verificação da pressão arterial. ()

2. Você pode procurar a Professora Doutora Raquel Souza, do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia – Vitória da Conquista. Coordenador do Estudo, pelo telefone 77-88081022 para esclarecer dúvidas, comunicar qualquer problema com relação ao estudo ou retirar seu consentimento, podendo telefonar a cobrar.

CONSENTIMENTO

Eu conheço o conteúdo deste consentimento, e me foram dadas oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer mais participar, posso desistir em qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo para mim.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de _____.

Nome do responsável
(Legível)

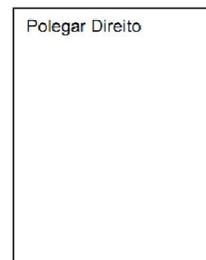
Assinatura do responsável

_____/_____/_____
Data

Nome da pessoa responsável
(Legível)

Assinatura

_____/_____/_____
Data para obtenção
do consentimento



ANEXO C – ESCALA *PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE*: PHQ-9

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE-9 728823 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)				
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If Yes, data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____				
Comments:				
<i>Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.</i>				
Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou inquieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
<div style="text-align: right; font-size: small;"> Scores For Use By Study Personnel Only 0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____ </div>				
Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				
Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/>	Alguma dificuldade <input type="checkbox"/>	Muita dificuldade <input type="checkbox"/>	Extrema dificuldade <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. 150604-00P				
Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.	Iniciais do/a paciente:	Data:		

APÊNDICE A – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS DO ESTUDO

Quadro 4. Descrição das variáveis utilizadas.

Variável	Definição	Categorização das respostas
Depressão	Triagem positiva para Episódio Depressivo Maior, medida por pontuação 10 ou + e 5 ou mais sintomas na PHQ-9	0 = não 1 = sim
Intensidade dos sintomas depressivos	Intensidade dos sintomas dos participantes identificados com Depressão, segundo os pontos de corte da PHQ-9. Depressão leve = 10 – 14 pontos Depressão moderada = 15 – 19 pontos Depressão severa = 20 – 27 pontos	0 = depressão leve; 1 = depressão moderada; 2 = depressão severa
Características sociodemográficas		
Sexo	Sexo do respondente	0 = homem 1 = mulher
Idade	Idade do respondente, dicotomizada pela mediana	0 = 18 - 40 anos 1 = 41 anos ou mais
Situação conjugal	Estado civil dicotomizado	0 = com companheiro 1 = sem companheiro
Escolaridade	Anos de estudo concluídos pelo respondente	0 = 5 ou mais anos de estudo 1 = 1 a 4 anos de estudo; 2 = nunca estudou
Raça/cor	Autoidentificação de raça cor pelo respondente	0 = negro 1 = não negro
Autopercepção de ser quilombola	Autoidentificação do respondente sobre ser quilombola	0 = não 1 = sim
Renda familiar	Renda familiar mensal indicada pelo respondente	0 = mais de meio salário mínimo (R\$ 273,00) 1 = até meio salário mínimo (R\$ 272,00)

Quadro 4. Descrição das variáveis utilizadas. (Continuação)

Trabalhando atualmente	Resposta do participante sobre estar formalmente empregado no momento da realização da entrevista	0 = sim 1 = não
Idade do primeiro emprego	Indicação de que o respondente começou a trabalhar com idade inferior a prevista como legal pelo Código de Defesa da Criança e do Adolescente (16 anos)	0 = 16 anos ou mais 1 = 15 anos ou menos
Condições de saúde e violência		
Diagnóstico prévio de doença crônica	Indicação do respondente de que um médico já deu a ele diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes, hipercolemia, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral, anemia, asma, artrite, problema crônico de coluna ou tuberculose	0 = não; 1 = sim
Diagnóstico prévio de transtorno mental	Indicação do respondente de que um médico já deu a ele diagnóstico de depressão ou outro transtorno mental	0 = não; 1 = sim
Autoavaliação de saúde	Autopercepção do respondente sobre sua saúde, categorizada em 3 pontos	0 = muito boa/boa 1 = regular 2 = ruim/muito ruim
História de consumo de bebida alcoólica	Indicação que o respondente consome bebida alcoólica atualmente	0 = não; 1 = sim
História de tabagismo	Indicação que o respondente consome atualmente ou já consumiu qualquer tipo de derivado do tabaco ao longo da vida	0 = nunca fumou 1 = fuma ou fumou no passado
História de violência física ou sexual	Indicação do respondente de que já foi vítima de violência física e/ou sexual em algum momento de sua vida	0 = não; 1 = sim
Uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses	Indicação de que o respondente utilizou algum serviço de saúde nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista	0 = não; 1 = sim

Quadro 4. Descrição das variáveis utilizadas. (Continuação)

Índice de acesso aos serviços de saúde	Índice de acesso aos serviços de saúde baseado nas respostas dos entrevistados sobre o cadastro de seu domicílio no serviço de saúde e na frequência de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde a residência, e também na informação da Prefeitura de Vitória da Conquista sobre a composição das equipes de profissionais de saúde que atendem a cada uma das comunidades quilombolas. Esse índice foi dividido em 3 pontos: Bom = UBS com 1 ou mais equipes profissionais completas, domicílio cadastrado na UBS e 12 visitas dos ACS ao ano; Razoável = 1 equipe profissional na UBS - completa ou incompleta - domicílio cadastrado e entre 1 e 6 visitas dos ACS no último ano; Ruim = Domicílio não estava cadastrado na UBS e/ou os ACS não realizaram nenhuma visita nos últimos 12 meses, independente da composição da equipe profissional da UBS.	0 = Bom; 1 = Razoável; 2 = Ruim
Estratégias de enfrentamento		
Suporte Social	Indicação que o respondente possui familiares e/ou amigos com quem acredita poder contar em situações de dificuldade	0 = não; 1 = sim
Participação em atividades em grupo	Indicação que o respondente participa em atividades em grupo	0 = sim; 1 = não
Participação em trabalhos voluntários	Indicação que o respondente participa de trabalho voluntário	0 = sim; 1 = não
Participação em atividades religiosas	Indicação que o respondente participa de atividades religiosas pelo menos uma vez por mês	0 = sim; 1 = não
Prática de exercícios físicos	Indicação que o respondente pratica exercícios físicos pelo menos uma vez por semana	0 = sim; 1 = não
Assiste Televisão	Indicação que o respondente assiste televisão como forma de lazer	0 = sim; 1 = não

APÊNDICE B - ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA PANAMERICANA DE *SALUD PUBLICA*

Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados

Sabrina Martins Barroso⁴, Ana Paula Souto Melo⁵ e Mark Drew Crosland Guimarães⁶

Como citar Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades afrodescendentes no Brasil: triagem e fatores associados. Rev Panam Salud Publica. 2014;35 (4): 256-63.

RESUMO

Objetivo. Estimar a prevalência e fatores associados à triagem positiva para episódio depressivo maior (EDM) em comunidades quilombolas do estado da Bahia, Brasil.

Métodos. Estudo populacional, transversal, com 764 participantes selecionados aleatoriamente em cinco comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. A depressão é definida por 10 ou mais pontos e presença de cinco ou mais sintomas no Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Utilizou-se a regressão de Poisson para obter razões de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Resultados. A triagem foi positiva para EDM em 12% dos participantes (IC95%: 10 a 14), mas apenas 2,3% das pessoas relataram diagnóstico prévio. A triagem para depressão associou-se a autoavaliação da saúde ruim ou muito ruim (RP = 1,14; IC95% = 1,04 a 1,26), doenças crônicas (RP = 1,08; IC95% 1,04 a 1,13), sedentarismo (RP = 1,06; IC95% = 1,01 a 1,11) e acesso razoável (RP = 1,07; IC95%= 1,01 a 1,13) ou ruim aos serviços de saúde (RP = 1,07; IC95% = 1,02 a 1,12).

Conclusão. A prevalência de EDM na população quilombola foi semelhante à da população geral brasileira. A relação entre triagem para EDM e pior acesso aos serviços de saúde indica perda de oportunidade de diagnóstico precoce. Ações públicas de combate à desigualdade social e de saúde devem ser implantadas para garantir a equidade nessas comunidades.

Palavras-chave Depressão; vulnerabilidade social; acesso aos serviços de saúde; Brasil.

⁴ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Psicologia, Uberaba (MG), Brasil. Correspondência: sabrina@psicologia.uftm.edu.br

⁵ Universidade Federal de São João del-Rei, Departamento de Medicina, Divinópolis (MG), Brasil.

⁶ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Belo Horizonte (MG), Brasil.

A depressão é um transtorno multifatorial, podendo ter um curso crônico, que gera grande custo pessoal e social para seus portadores (1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a depressão maior será o segundo problema de saúde mais prevalente no mundo em 2020 (2, 3) e que já seja a patologia não transmissível que gera maior custo para o sistema de saúde mundial (2).

O conceito de depressão é abrangente. O termo depressão pode ser utilizado tanto para caracterizar um sintoma quanto uma síndrome ou uma doença. Na síndrome depressiva, a presença de humor deprimido, o comprometimento cognitivo-ideativo e psicomotor e o comprometimento da capacidade hedônica são fundamentais para o diagnóstico. Apesar de algumas críticas e limitações referentes a esse sistema categórico de classificação (4, 5), a sua utilização tem propiciado a ampliação da pesquisa no campo da psiquiatria.

Não há, na maioria dos países, informações diretas sobre a prevalência da depressão. Contudo, foram realizados estudos populacionais multicêntricos em 17 países utilizando a Entrevista Diagnóstica Internacional Composta (CIDI) (3, 6). Esses estudos mostraram variações entre os países quanto à prevalência da depressão (3, 6). Kessler et al. (3) indicaram que a prevalência de episódio depressivo maior (EDM) ao longo de 12 meses variou entre 2,2%, no Japão, a 10,4%, em São Paulo, no Brasil. Os resultados relatados por Bromet et al. (6) mostraram uma prevalência de EDM ao longo da vida variando de 6,6% (Japão) a 17,9% (Holanda). Em São Paulo, a prevalência da depressão ao longo da vida foi de 18,4%. A triagem positiva para depressão nesse estudo variou entre 29,9% (Japão) e 82,4% (Ucrânia). Em São Paulo, observou-se uma triagem positiva de 66% de EDM. A variação na prevalência de depressão entre diferentes países pode ocorrer pela associação de vários fatores, entre eles vulnerabilidade genética, fatores de risco ambientais e culturais e pelo delineamento dos estudos (2).

A depressão não adequadamente tratada tende a tornar-se crônica e representa uma importante causa de tentativa de autoextermínio (7). Fleck et al. (8) estimam que entre 50 e 60% dos casos de depressão deixaram de ser diagnosticados em 2003 no Brasil, enquanto Molina et al. (9) apontam que o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pela presença de comorbidades, tais como transtornos de ansiedade, abuso de álcool e hipertensão, bem como pela falta de atenção à saúde mental no sistema básico de saúde. Nesse contexto, Nease Jr. e Maloin (10) defendem que a triagem precoce pode ser uma estratégia útil para minimizar o impacto negativo dos transtornos depressivos.

Além de identificar a presença da depressão, é também importante saber quais são os fatores associados a seu surgimento. Estudos sobre adoecimento mental indicam que aspectos da vulnerabilidade social – pobreza (11-14), baixa escolaridade (11-14), desemprego (11-15), altas taxas de morbidade e mortalidade (11, 13, 16), desnutrição (11), ocupação em atividades de risco (12) e vivências de violência (12) – estão associados ao surgimento de transtornos mentais, incluindo a depressão.

Investigar o impacto da vulnerabilidade social no adoecimento mental torna-se especialmente importante no Brasil, classificado como o quarto país no *ranking* de iniquidade social (17). O censo nacional de 2010 indicou que a população brasileira era composta por 50,7% de negros (pretos e pardos). Desses, 50% tinham renda menor que um salário mínimo (R\$ 510,00) e 9,7% eram analfabetos (18). Há também evidências de que os negros e pessoas com baixa escolaridade representam 80% da população abaixo da linha de pobreza no Brasil (19, 20).

Considerando os indicativos de vulnerabilidade social (baixa renda e escolaridade, moradias sem infraestrutura, maioria de população negra), uma parcela da população brasileira que recebe pouca atenção quanto a condições e determinantes de saúde são os quilombolas. Os quilombolas são um grupo social de afro-brasileiros com identidade marcada pela autoidentificação e pela ancestralidade negra. São descendentes de escravos, vivendo nas mesmas áreas onde existiam antigos quilombos e mantendo vínculos com essas terras e a cultura negra (21-23). Em 1988, por meio da Fundação Palmares, o governo brasileiro reconheceu os direitos quilombolas, assim como a posse das 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 (21, 22).

Apesar de estarem entre as populações vulneráveis do Brasil e de terem sofrido historicamente iniquidades étnicas e sociais (21-23), os quilombolas têm sido negligenciados nas políticas públicas de saúde (22, 23). Existem poucos estudos sobre essa população e, até o momento, a prevalência da depressão e os fatores associados ao transtorno nas comunidades quilombolas brasileiras não são conhecidos. O objetivo deste estudo foi estimar a triagem positiva para EDM e os fatores associados a essa triagem em comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, estado da Bahia, Brasil.

MÉTODOS

Este é um estudo de base populacional, transversal, realizado em 2011 e desenvolvido para avaliar as condições e os determinantes de saúde de comunidades quilombolas do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Em 2011, Vitória da Conquista tinha 25 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares, distribuídas em cinco distritos. Os critérios para definição da amostra encontram-se publicados (24) e incluíram: selecionar uma comunidade por distrito; selecionar apenas comunidades com 50 domicílios ou mais; selecionar aleatoriamente os domicílios, proporcionalmente por comunidade; entrevistar todas as pessoas com 18 anos ou mais dos domicílios selecionados. O cálculo da amostra levou em consideração a avaliação simultânea de múltiplos eventos de saúde (depressão, diabetes, hipertensão, uso de serviços de saúde, etc.), sendo fixada em 50%, um nível de precisão de 5%, nível de confiança de 95%, efeito do desenho = 2, estimativa de 2 a 3 moradores por domicílio e perda amostral de 30%. Por tais critérios, havia 2 935 adultos elegíveis, e a amostra foi definida em 884 indivíduos.

Instrumentos

A triagem para EDM foi feita por meio do *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), um instrumento validado para a população geral do Brasil (25, 26), embora não especificamente para a população quilombola. A escala é baseada nos nove itens de avaliação da depressão da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) (27): humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos de ferir-se ou suicidar-se. Os itens avaliam a frequência dos sintomas nos últimos 15 dias, variando de 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias). A pontuação máxima da PHQ-9 é de 27 pontos, indicando: ausência de depressão (0 a 9 pontos), depressão leve (10 a 14 pontos), depressão moderada (15 a 19 pontos) e depressão severa (20 a 27 pontos) (25). Visando a ampliar a comparação dos resultados com outros estudos baseados nos critérios do DSM-IV-TR, adotou-se adicionalmente o critério proposto por Baader et al. (28), de triar positivamente para depressão apenas os casos com pontuação na PHQ-9 igual ou superior a 10 pontos e presença de cinco ou mais sintomas, estando entre eles, obrigatoriamente, o humor deprimido e/ou anedonia na maioria dos últimos 15 dias.

Os dados foram coletados em entrevistas individuais, realizadas por entrevistadores treinados, no domicílio do participante. Para a coleta das possíveis variáveis explicativas, foi utilizada uma adaptação do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde, cuja adequação foi

verificada em estudo piloto (24). O estudo piloto indicou nível de confiabilidade entre bom e excelente para o instrumento ($kappa = 0,78$ a $1,00$).

As variáveis explicativas foram agrupadas em três blocos: 1) características sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, escolaridade, renda, estado civil, autodefinição como quilombola, emprego atual e idade no primeiro emprego); 2) condições de saúde e violência (diagnóstico prévio de doença crônica ou transtorno mental, autoavaliação de saúde, uso de serviços de saúde nos últimos 12 meses, índice de acesso aos serviços de saúde e ter sofrido violência física ou sexual ao longo da vida); e 3) estratégias de enfrentamento (suporte social, assistir à televisão, participar de atividades em grupo, participar de atividades religiosas, trabalho voluntário, exercício físico, consumo de álcool e tabaco). O consumo de substâncias ilícitas não foi incluído, dada a sua baixa prevalência na população investigada (menor que 1%).

O índice de acesso foi composto considerando-se as características do serviço de saúde (composição da equipe profissional) e do domicílio (cadastro na unidade básica de saúde e número de visitas dos agentes comunitários de saúde). As equipes foram consideradas completas quando compostas por médico, auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, dentista e enfermeiro, e incompletas quando contavam apenas com auxiliares de enfermagem, dentista e enfermeiro. O índice de acesso foi classificado em: 1) bom, quando a unidade básica de saúde (UBS) contava com uma ou mais equipes completas de profissionais, o domicílio estava cadastrado na UBS e os agentes comunitários de saúde (ACS) faziam visitas mensais ao domicílio; 2) razoável, quando havia uma equipe profissional na UBS (completa ou incompleta), o domicílio estava cadastrado, mas os ACS faziam entre uma e seis visitas anuais ao domicílio; e 3) ruim, quando o domicílio não estava cadastrado na UBS e/ou os ACS não realizaram nenhuma visita domiciliar nos últimos 12 meses, independentemente da composição da equipe.

Análise estatística

Análises de frequência e tendência central foram conduzidas para caracterizar a amostra e a triagem positiva para depressão. A prevalência da depressão foi calculada dividindo-se o total de pessoas com pontuação igual ou superior a 10 pontos na PHQ-9 e que manifestaram cinco ou mais sintomas na maioria dos últimos 15 dias pelo número total de respondentes. Estimou-se, ainda, o intervalo de confiança de 95% (IC95%). A força da associação entre as variáveis e a triagem positiva para depressão foram estimadas por meio da razão de prevalências (RP) com IC95%, obtida por

meio de regressão de Poisson com estimadores robustos. A significância estatística foi avaliada pelo teste do qui-quadrado de Wald. A modelagem multivariada foi realizada em dois passos. Primeiro, foram criados modelos intermediários, nos quais as variáveis com indicação de associação com a depressão ($P \leq 0,25$) foram agrupadas de acordo com características sociodemográficas, condições de saúde e violência e estratégias de enfrentamento. Em seguida, as variáveis que indicaram relação com o evento nos modelos intermediários foram consideradas para o modelo multivariado final. Apenas as variáveis com relação significativa com o evento ($P \leq 0,05$) permaneceram no modelo final (29). A adequação do modelo final foi avaliada pelo teste de resíduos (*omnibus test*). As análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o *software* SAS, versão 9.0.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Universidade São Francisco de Barreiras. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 884 indivíduos elegíveis, 797 foram entrevistados. A maioria dos não participantes ($n = 87$) não estava em casa após três tentativas (82%), era do sexo masculino (77,4%) e tinha idade entre 18 e 34 anos (65,2%). Após a coleta dos dados, foram excluídos outros 33 participantes que não completaram corretamente a PHQ-9, finalizando a amostra em 764 participantes.

Considerando-se apenas a pontuação de 10 ou mais pontos na PHQ-9, observou-se 20% (IC95%: 18 a 26) de pessoas com triagem positiva para EDM. Após aplicar o critério complementar da presença dos cinco sintomas, esse valor foi ajustado para 12% (IC95%: 10 a 14). Entre eles, a maioria (47,8%) foi classificada como estando em depressão moderada (tabela 1).

A maioria dos participantes era do sexo feminino (53,5%), com idade de 41 anos ou mais (51,4%), vivia com um parceiro (62,0%), nunca havia estudado ou tinha até 4 anos de estudo (71,7%), se autodeclarava quilombola (84,9%) e negro (84,0%). A maior parte dos entrevistados teve seu primeiro emprego antes dos 16 anos (69,9%) e estava desempregada no momento da entrevista (50,4%). Renda mensal superior a meio salário mínimo (R\$ 272,50) foi informada por 65,4% dos respondentes. A renda familiar média foi de R\$ 610,00 reais para uma média de quatro moradores por domicílio.

A maioria dos entrevistados percebia a própria saúde como sendo muito boa ou razoável (87,6%). No entanto, 63,6% relataram diagnóstico prévio de doença crônica (hipertensão, diabetes,

colesterol alto, artrite, problema crônico na coluna, doença pulmonar crônica e/ou osteoporose), 3,5% relataram diagnóstico anterior de transtorno mental e 2,6% relataram ter sido vítima de violência física ou sexual.

A maioria dos entrevistados tinha apoio social, participava de atividades religiosas, assistia televisão, não participava de atividades em grupo ou trabalho voluntário e não praticava exercícios físicos. Uma grande parcela dos entrevistados (41,0%) consumia álcool pelo menos uma vez por mês, e 26,4% referiram histórico de tabagismo. Cerca de metade dos participantes (50,1%) relatou ter usado algum serviço de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista, e 47,5% relataram bom acesso aos serviços de saúde (tabela 2).

Análises univariada e multivariada

Dentre as 23 variáveis analisadas, nove apresentaram associação estatística ($P \leq 0,05$) com a triagem positiva para depressão na análise univariada (tabela 3). Foram elas: ter 41 anos ou mais, nenhum ano de estudo, primeiro emprego antes dos 16 anos, autoavaliação da saúde como razoável e como ruim/muito ruim, diagnóstico de doença crônica, diagnóstico de transtorno psiquiátrico, acesso razoável ou ruim aos serviços de saúde, não praticar exercício físico e histórico de tabagismo. Seguindo indicação da literatura (30), foram incluídas também as variáveis sexo, trabalho, participar de atividades voluntárias e violência, por apresentarem P -valor até 0,25.

Os modelos multivariados intermediários mostraram que ter o primeiro emprego antes dos 16 anos foi a única característica sociodemográfica associada à triagem positiva para depressão. Para as condições de saúde e violência, autoavaliação de saúde razoável e ruim/muito ruim, diagnóstico de doença crônica e índice de acesso aos serviços de saúde razoável e ruim estiveram associados à triagem positiva para depressão. Participar de atividades voluntárias, não praticar exercícios e histórico de tabagismo foram as estratégias de enfrentamento associadas à triagem positiva para depressão (tabela 4).

A análise multivariada final indicou quatro variáveis independentemente associadas à triagem positiva para EDM: autoavaliação da saúde como ruim/muito ruim (RP = 1,14; IC95%: 1,04 a 1,26), diagnóstico de doença crônica (RP = 1,08; IC95%: 1,04 a 1,13), não praticar exercício físico (RP = 1,06; IC95%: 1,01 a 1,11) e acesso razoável (RP = 1,07; IC95%: 1,01 a 1,13) ou ruim (RP = 1,07; IC95%: 1,02 a 1,12) aos serviços de saúde. O modelo final foi considerado adequado (teste *goodness of fit* = 76,13, $P = 0,101$; teste *omnibus* = 46,58, $P < 0,001$).

DISCUSSÃO

A triagem positiva para EDM na população quilombola (12%) mostrou-se inferior à triagem de EDM para outra população tradicional, a de índios Karajás (29%) (30), ficando semelhante à prevalência da depressão observada para a população brasileira em 12 meses (10,4%) (3). Por se tratar de uma população historicamente prejudicada e exposta a várias condições de vulnerabilidade social, poderia-se esperar uma maior triagem positiva para depressão. Contudo, deve-se considerar as características das medidas de autorrelato em populações vulneráveis. Simpson et al. (31) indicam que medidas de autorrelato podem levar à subidentificação de patologias que dependem da habilidade dos indivíduos para reconhecer sinais e sintomas em si ou recordar um diagnóstico prévio, sendo essa habilidade menos presente em homens e indivíduos em piores condições sociais.

Sobre os fatores associados, os resultados novamente indicaram semelhança entre a população quilombola e a população brasileira geral. A literatura sobre depressão já havia identificado que fatores individuais referentes à pior autoavaliação de saúde (3, 19) e doenças crônicas (19, 20, 32) associam-se a maior prevalência de depressão em outras populações. Barros et al. (32) identificaram, em 2003, que as pessoas que vivenciavam maior desigualdade social no Brasil apresentavam 62% mais doenças crônicas do que as pessoas em melhores condições sociais, estando a depressão entre as doenças mais frequentes identificadas. Piores condições de saúde e doenças crônicas interferem na produtividade no trabalho, acarretando mais pedidos de licença e maior dependência (6, 32), podendo impactar a capacidade para garantir a subsistência familiar. Os resultados também mostraram a relação entre a triagem para EDM e o pior acesso aos serviços de saúde. Esse fator afeta maior número de pessoas negras e indígenas (32) e tem relação com diversos problemas de saúde (32), incluindo a depressão (13). O sedentarismo, identificado como associado à EDM, igualmente já havia sido descrito em outros trabalhos sobre a depressão (7, 13).

Por sua constituição histórica, a população quilombola tem maior predominância de negros do que a população geral brasileira. Eles vivem em áreas predominantemente rurais, com precárias condições sanitárias e de segurança (33) e compartilham com outras populações vulneráveis do país a cobertura de saúde ruim ou inexistente (11, 32). Esses resultados confirmam estudos anteriores sobre a depressão em populações vulneráveis que indicam a existência de associação entre piores condições de vida e depressão (11, 16, 32-35).

Na população quilombola investigada, 12% das pessoas foram identificadas positivamente para EDM, e 26,1% delas receberam classificação de depressão severa. Entretanto, apenas 3,5% dos

entrevistados tinham algum diagnóstico psiquiátrico, e 2,3% relataram diagnóstico anterior de depressão. Esse resultado indica que uma grande proporção daqueles com rastreamento positivo para o transtorno podem não estar em tratamento por estarem subdiagnosticados, corroborando achados de Fleck et al. (8). Kohn et al. (36) revisaram artigos de base populacional e indicaram que, em média, 56% das pessoas com depressão não recebem tratamento, com grande variação entre países. Não realizar diagnóstico precoce e tratamento da depressão pode levar à piora da patologia, prejudicar a qualidade de vida e capacidade de trabalho (20) e aumentar o risco de autoextermínio (7). Esses resultados mostram a influência da vulnerabilidade social como fator de risco para patologias psiquiátricas e a importância das políticas públicas no desenvolvimento de ações preventivas no campo da saúde mental (3). Nease Jr. e Maloin (10) recomendam a implantação de um plano consistente de triagem para depressão nos serviços de saúde. Uma das formas de fazer essa triagem seria capacitar os profissionais de saúde para utilizar escalas de triagem para depressão, tais como a PHQ-9. Além disso, o próprio governo brasileiro (37) indica a necessidade de considerar questões culturais e o racismo na montagem dos programas de saúde. Theme-Filha et al. (7) reforçam a necessidade de adaptar os serviços para atender doenças crônicas, estabelecendo acompanhamento prolongado para pessoas com depressão.

Contrariamente a outros estudos (3, 12, 15, 16, 30, 38), não foi observada associação estatística entre sexo feminino e EDM. Uma possível explicação para a ausência de efeito de gênero na depressão entre os quilombolas é que a pobreza extrema, que poderia limitar esse efeito. A renda familiar média observada nessa população no ano de 2011 foi de R\$ 610,00 para famílias de quatro pessoas. Segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil de 2010 (39), essa faixa de renda classificaria os quilombolas como pertencentes à classes E (renda familiar abaixo de R\$ 618,00), a mais baixa da população brasileira. Essa explicação é apoiada pelo trabalho de Beck e Alford (40), que indicam que condições precárias de vida afetam indivíduos de ambos os sexos igualmente, fazendo-os embotar suas necessidades, desejos e preocupações, visando apenas à sobrevivência. Outra possibilidade é que a perda diferencial de homens na amostra pode ter afetado essa associação. Além disso, a ausência de efeito de gênero também foi observada na Bélgica, Alemanha e China (5) e em subpopulações específicas, como afro-americanos (41) e israelenses jovens (42), podendo constituir uma característica de populações muito específicas. A metodologia adotada na presente investigação não permite esclarecer completamente as razões da ausência de efeito de gênero na depressão, sendo necessários estudos futuros sobre esse tema na população quilombola.

Outras limitações do estudo incluíram não poder estabelecer relações causais e não investigar o impacto da constituição histórica da população quilombola ou outras populações tradicionais na depressão, geradas pela adoção de delineamento transversal e quantitativo. Além disso, as informações basearam-se em autorrelato, o instrumento usado para triagem da depressão não foi especificamente validado para a população quilombola e não houve confirmação clínica. Apesar dessas limitações, o presente trabalho apresenta uma contribuição importante para o entendimento da depressão nas comunidades quilombolas. Os resultados mostraram prevalência de rastreio positivo para a EDM menor do que a observada em população indígena (30), mas semelhante à prevalência estimada de depressão na população geral brasileira em 12 meses. Além disso, mostraram que os fatores associados à depressão nas comunidades quilombolas foram similares aos que contribuem para o surgimento da depressão em outras populações vulneráveis. Investir em infraestrutura, saneamento, educação e acesso aos serviços de saúde, bem como preparar os profissionais de saúde para rastrear a depressão na população quilombola, pode contribuir para a melhoria nas condições de vida desse grupo e para a identificação e tratamento precoce de diversas patologias, entre elas a depressão.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Agradecimentos. Este trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

REFERÊNCIAS

1. Nardi AE. Questões atuais sobre depressão. São Paulo: Lemos; 2006.
2. Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(s1):6-11.
3. Caponi S. Unanálisis epistemológico del diagnóstico de depresión. Interface (Botucatu). 2009;13(29):327-38.
4. World Health Organization. Depression: a global public health concern. Genebra: WHO; 2012. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf?ua=1 Acessado em abril de 2014.

5. Kessler RC, Birnbaum H, 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.
6. 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.
7. Theme-Filha MM, Szwarewald CL, Souza-Junior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Suppl 1):43-53.
8. Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruena MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(2):114-22.
9. 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 Clin*. 2012;39(6):194-7.
10. Nease DE Jr, Maloin JM. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract*. 2003;52(2):118-24.
11. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf Acessado em abril de 2014.
12. Maximo GC. Características sociodemográficas de depressão e uso de serviços de saúde no Brasil [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. Disponível em: http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/demografia/teses/2010/GEOVANE_MAXIMO_VERSAO_OUT_2010.pdf Acessado em abril de 2014.
13. Lorant V, Deliège D, Eaton W, Robert A, Phillippot P, Anseau M. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2003;157(2):98-112.
14. Volochko A, Vidal NP. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. *Bol Inst Saude*. 2010;12(2):143-53.

15. Peluso ETP, Blay SL. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):41-8.
16. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(4):897-908.
17. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. Discriminação racial e saúde: uma revisão sistemática de escalas com foco em suas propriedades psicométricas. *Saude Transform Soc*. 2011;1(2):4-16.
18. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf Acessado em fevereiro de 2013.
19. Almeida OP, Pirkis J, Kerse N, Sim M, Flicker L, Snowdon J, et al. Socioeconomic Disadvantage Increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *J Affect Disord*. 2012;138(3):322-31.
20. Bós AMG, Bós AJG. Fatores determinantes e conseqüências econômicas da depressão entre os idosos no Brasil. *Rev Bras Cienc Envelhecimento Humano*. 2005;2(2):36-46.
21. Lindoso D. A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica. Maceió: EDUFAL; 2011.
22. 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.portaldaigualdade.gov.br/publicacoes/cadernosetorial.pdf> Acessado em abril de 2014.
23. Jaccoud LB. Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental. Brasília: IPEA; 2002. Disponível em:
<http://www.ufgd.edu.br/reitoria/neab/downloads/desigualdades-raciais-no-brasil-um-balanco-da-intervencao-governamental-2013-jacoudd-beghin> Acessado em abril de 2014.
24. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Guimarães MDC, et al. Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/BA (projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva [internet]. *Cienc Saude*

Coletiva. Disponível em:

http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327

Acessado em abril de 2014.

25. Osorio 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.
26. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-43.
27. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR). Porto Alegre: ArtMed; 2002.
28. Baader MT, Molina JFL, Venezian SB, Rojas CC, Farias RS, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2012;50(1):10-22.
29. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley; 2000.
30. 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. Goiânia: SBPC; 2011. Disponível em: http://200.137.221.67/conpeex/2010/online/artigos/pibic/pibic_miolo_2.pdf Acessado em abril de 2014.
31. Simpson CF, Boyd CM, Carlson MC, Griswold ME, Guralnik JM, Fried LP. Agreement between self-report of disease diagnoses and medical record validation in disabled older women: factors that modify agreement. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(1):123-7.
32. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):911-26.
33. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1889-902.
34. Burton WN, Pransky G, Conti DJ, Chen CY, Edington DW. The association of medical conditions and presenteeism. *J Occup Environ Med*. 2004;46(Suppl 6):38-45.

35. Pussetti C. Biopolíticas da depressão nos imigrantes Africanos. *Saude Soc.* 2009;18(4):590-608.
36. Kohn R, Mello MF, Mello AAF. O ônus e a carência de atendimento da saúde mental no Brasil. Em: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, eds. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. Pp. 199-206.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 992/2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html Acessado em abril de 2014.
38. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. *Rev Saude Publica.* 2012;46(4):617-23.
39. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2010. Disponível em: <http://www.sgr.com.br/web/site/con-area.aspx?SmId=12> Acessado em abril de 2014.
40. Beck AT, Alford BA. *Depressão: causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
41. Brown DR et al. Major depression in a community sample of African Americans. *Am J Psychiatry.* 1995;152(3):373-78.
42. Levav I, Kohn R, Dohrenwend BP, Shrout PE, Skodol AE, Schwartz S, et al. An epidemiological study of mental disorders in a 10 - years cohort of young adults in Israel. *Psychol Med.* 1993;23(3):691-707.

ABSTRACT

Depression in former slave communities in Brazil: screening and associated factors

Objective. To assess the prevalence and the factors associated with positive screening for major depressive episode (MDE) in former slave communities in the state of Bahia, Brazil.

Methods. In this population-based, cross-sectional study, 764 participants were randomly selected from five former slave communities in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. Depression was defined as a cutoff score of 10 or more points and the presence of five or more symptoms according to the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Poisson regression was used to assess prevalence ratios (PR), with a 95% confidence interval (95%CI).

Results. Screening for MDE was positive in 12% of participants (95%CI = 10-14%), but only 2.3% reported a previous diagnosis. Depression was associated with self-reported poor or very poor health status (PR = 1.14; 95%CI: 1.04-1.26), chronic disease (PR = 1.08; 95%CI: 1.04-1.13), no physical activity (PR = 1.06; 95%CI: 1.01-1.11), and reasonable (PR = 1.07; 95%CI: 1.01-1.13) or poor access to health services (PR = 1.07; 95%CI: 1.02-1.12).

Conclusions. The prevalence of MDE in this population was similar to that of the general Brazilian population. The association between MDE and poor access to health services indicates a missed opportunity for early diagnosis. Public measures against social and health inequalities are necessary to ensure equity in these communities.

Depression; social vulnerability; health services accessibility; Brazil.

Depresión; vulnerabilidad social; accesibilidad a los servicios de salud; Brasil.

TABELA 1. Triagem positiva para depressão e intensidade da sintomatologia avaliadas pela escala PHQ-9 em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011

Variável	n ^a	%
PHQ-9 (\geq 10 pontos)	153	20,0
Triagem positiva para depressão (PHQ \geq 10 pontos e 5+ itens)	92	12,0
Intensidade da depressão (pontos)		
Leve (10 a 14)	24	26,1
Moderada (15 a 19)	44	47,8
Severa (20 a 27)	24	26,1

^a Total = 764 participantes.

TABELA 2. Descrição das características dos participantes de comunidades quilombolas de Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011

Variável	n ^a	%
Características socioeconômicas		
Sexo		
Masculino	355	46,5
Feminino	409	53,5
Cor/raça		
Não negra	122	16,0
Negra	642	84,0
Autodeclarar-se quilombola		
Não	115	15,1
Sim	649	84,9
Situação conjugal		
Com companheiro	474	62,0
Sem companheiro	290	38,0
Idade (anos)		
18 a 40	371	48,6
≥ 41	393	51,4
Escolaridade (anos de estudo)		
≥ 5	216	28,3
1 a 4	292	38,2
0	256	33,5
Renda familiar (salários mínimos)^b		
> 0,5	500	65,4
0,5	264	34,6
Trabalhando atualmente		
Sim	379	49,6
Não	385	50,4
Idade do primeiro emprego (anos)		
≥ 16	230	30,1
≤ 15	534	69,9
Condições de saúde e violência		
Autoavaliação de saúde		
Muito boa/boa	339	44,4
Razoável	330	43,2
Ruim/muito ruim	95	12,4
Doença crônica		
Não	278	36,4
Sim	486	63,6
Transtorno psiquiátrico		
Não	737	96,5
Sim	27	3,5
Índice de acesso aos serviços de saúde		
Bom	300	39,3
Razoável	175	22,9
Ruim	289	37,8

Usou serviço de saúde nos últimos 12 meses		
Sim	383	50,1
Não	381	49,9
Violência física ou sexual		
Não	744	97,4
Sim	20	2,6
Estratégias de enfrentamento		
Suporte social		
Sim	714	93,5
Não	50	6,5
Participa em atividades religiosas		
Sim	574	75,1
Não	190	24,9
Participa em atividades em grupo		
Sim	215	28,1
Não	549	71,9
Participa em trabalhos voluntários		
Sim	165	21,6
Não	599	78,4
Pratica exercício físico		
Sim	194	25,4
Não	570	74,6
Assiste TV		
Sim	585	76,6
Não	179	23,4
Consome bebida alcoólica		
Não	451	59,0
Sim	313	41,0
Consome tabaco		
Nunca fumou	562	73,6
Fuma/fumou	202	26,4

^a Total = 764 participantes.

^b Salário mínimo = R\$ 545,00 (US\$ 301,10).

TABELA 3. Análise univariada de triagem positiva para depressão, Comunidades Quilombolas, Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011

Exposição	n ^a	No. (%) ^b	RP ^c	IC95% ^d	χ^2 (P) ^e
Características socioeconômicas					
Sexo					
Masculino	355	37 (10,4)	1,00		
Feminino	409	55 (13,4)	1,29	0,87 a 1,81	1,62 (0,202)
Cor/raça					
Não negra	122	18 (14,7)	1,00		
Negra	642	74 (11,5)	0,78	0,48 a 1,26	1,03 (0,331)
Autodeclarar-se quilombola					
Não	115	12 (10,4)	1,00		
Sim	649	80 (12,3)	1,18	0,67 a 2,10	0,32 (0,569)
Situação conjugal					
Com companheiro	474	37 (10,4)	1,00		
Sem companheiro	290	55 (13,4)	1,09	0,62 a 1,34	0,23 (0,634)
Idade (anos)					
18 a 40	371	34 (9,16)	1,00		
≥ 41	393	58 (14,7)	1,61	1,09 a 2,40	5,48 (0,019) ^g
Escolaridade (anos de estudo)					
≥ 5	216	18 (8,33)	1,00		
1 a 4	292	35 (12,0)	1,44	0,84 a 2,47	1,74 (0,188)
0	256	39 (15,2)	1,83	1,08 a 3,10	5,01 (0,025) ^g
Renda familiar (salários mínimos)^f					
> 0,5	500	63 (12,6)	1,00		
≤ 0,5	264	29 (11,0)	0,87	0,58 a 1,32	0,42 (0,516)
Trabalha atualmente					
Sim	379	39 (10,3)	1,00		
Não	385	53 (13,8)	1,34	0,91 a 1,97	2,16 (0,142)
Idade do primeiro emprego (anos)					
≥ 16	230	18 (7,8)	1,00		
≤ 15	534	74 (13,8)	1,77	1,08 a 2,89	5,19 (0,023) ^g
Condições de saúde e violência					
Autoavaliação de saúde					
Muito boa/boa	339	28 (8,2)	1,00		
Razoável	330	39 (11,8)	1,43	0,88 a 2,32	2,09 (0,148)

Ruim/muito ruim	95	25 (26,3)	3,19	1,86 a 5,46	17,73 (<0,001) ^h
Doença crônica					
Não	278	15(5,4)	1,00		
Sim	486	77 (15,8)	2,94	1,69 a 5,11	14,57 (<0,001) ^h
Transtorno psiquiátrico					
Não	737	85 (11,5)	1,00		
Sim	27	07 (25,9)	2,25	1,04 a 4,86	4,24 (0,039) ^g
Índice de acesso aos serviços de saúde					
Bom	300	22 (7,33)	1,00		
Razoável	175	26 (14,8)	2,03	1,18 a 3,46	6,66(0,010) ^g
Ruim	289	44 (15,2)	2,08	1,28 a 3,37	6,00 (0,003) ^g
Usou serviços de saúde nos últimos 12 meses					
Não	381	42 (11,0)	1,00		
Sim	383	50 (13,0)	1,18	0,79 a 1,78	0,65 (0,419)
Violência física ou sexual					
Não	744	88 (11,8)	1,00		
Sim	20	04 (20,0)	1,69	0,62 a 4,61	1,05 (0,304)
Estratégias de enfrentamento					
Suporte Social					
Sim	714	87 (12,2)	1,00		
Não	50	05 (10,0)	1,22	0,49 a 3,00	0,18 (0,667)
Participa em atividades religiosas					
Sim	574	69 (12,0)	1,00		
Não	190	23 (12,1)	1,01	0,63 a 1,61	0,01 (0,997)
Participa em atividades em grupo					
Sim	215	23 (10,7)	1,00		
Não	549	69 (12,5)	1,17	0,73 a 1,88	0,45 (0,503)
Participa em trabalhos voluntários					
Sim	165	27 (16,4)	1,00		
Não	599	65 (10,8)	0,66	0,42 a 1,04	3,22 (0,073)
Assiste TV					
Sim	585	67 (11,4)	1,00		
Não	179	25 (13,9)	1,22	0,77 a 1,93	0,72 (0,397)
Pratica exercício físico					
Sim	194	13(6,7)	1,00		

Não	570	79 (13,8)	2,07	1,15 a 3,72	5,89 (0,015) ^g
Consome bebida alcoólica					
Não	451	59 (13,1)	1,00		
Sim	313	33 (10,5)	1,24	0,81 a 1,90	0,98 (0,321)
Consome tabaco					
Nunca fumou	562	58 (10,3)	1,00		
Fuma/fumou	202	34 (16,8)	1,63	1,07 a 2,49	5,13 (0,024) ^g

^a Número na amostra. Total da amostra: 764 participantes.

^b Prevalência de triagem positiva de depressão na amostra.

^c Razão de prevalências.

^d Intervalo de confiança de 95%.

^e Teste de qui-quadrado e *P*-valor.

^f Salário mínimo de R\$ 545,00 (US\$ 301,10).

^g $P \leq 0,05$.

^h $P < 0,001$.

TABELA 4. Análise multivariada de triagem positiva para depressão em comunidades quilombolas em Vitória da Conquista (BA), Brasil, 2011

Variável	Modelos intermediários			Modelo final
	Características sociodemográficas	Condições de saúde e violência	Estratégias de enfrentamento	
Idade no 1º emprego (≤ 15 anos)	1,84 (1,09 a 3,08) ^a			
Autoavaliação da saúde				
Razoável		1,78 (1,05 a 3,01) ^a		1,00 (0,96 a 1,05)
Ruim/muito ruim		1,85 (1,13 a 3,00) ^a		1,14 (1,04 a 1,26) ^b
Doença crônica		2,46 (1,43 a 4,23) ^a		1,08 (1,04 a 1,13) ^a
Índice de acesso aos serviços de saúde				
Bom		1,00		1,00
Razoável		1,78 (1,05 a 3,01) ^a		1,07 (1,01 a 1,13) ^a
Ruim		1,85 (1,13 a 3,00) ^a		1,07 (1,02 a 1,12) ^a
Não participar de trabalho voluntário			0,64 (0,42 a 0,97) ^a	
Não praticar exercícios físicos			2,12 (1,20 a 3,74) ^a	1,06 (1,01 a 1,11) ^a
Fumar/ter fumado			1,49 (1,00 a 2,22) ^a	

^a $P \leq 0,05$.

^b $P = 0,000$.