

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



ROSÁLIA DE LIMA BARBOSA

**SAÚDE MENTAL DE MULHERES QUILOMBOLAS SEGUNDO CATEGORIAS DE
(IN)SEGURANÇA ALIMENTAR: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO
ESTADO DE ALAGOAS**

MACEIÓ – AL
2024

ROSÁLIA DE LIMA BARBOSA

**SAÚDE MENTAL DE MULHERES QUILOMBOLAS SEGUNDO CATEGORIAS DE
(IN)SEGURANÇA ALIMENTAR: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO
ESTADO DE ALAGOAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde da Universidade Federal
de Alagoas como requisito à obtenção do título
de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira

MACEIÓ – AL
2024

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

B238s Barbosa, Rosália de Lima.
 Saúde mental de mulheres quilombolas segundo categorias de
(in)segurança alimentar : estudo de base populacional no estado de Alagoas /
Rosália de Lima Barbosa. – 2024.
 119 f. : il., grafs., tabs. color.

 Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.
 Tese (doutorado em ciências da saúde) – Universidade Federal de Alagoas.
 Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
 Ciências da Saúde. Maceió, 2024.

 Bibliografia: f. 93-107.
 Apêndices: f. 109-117.
 Anexos: f. 119.

 1. Transtornos mentais. 2. Insegurança alimentar. 3. Saúde mental. 4.
 Quilombolas - Alagoas. 5. Epidemiologia. I. Título.

CDU: 613.86(813.5)

Folha de Aprovação

AUTORA: ROSÁLIA DE LIMA BARBOSA

Saúde mental de mulheres quilombolas segundo categorias de (in)segurança alimentar:
estudo de base populacional no estado de Alagoas

Tese submetida ao corpo docente
do Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Alagoas e aprovada em
28 de agosto de 2024.

Documento assinado digitalmente
 HAROLDO DA SILVA FERREIRA
Data: 06/09/2024 12:02:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira – UFAL (Orientador)

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 MARCELO DUZZIONI
Data: 10/09/2024 21:05:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Marcelo Duzzioni – UFAL (Examinador Interno)

Documento assinado digitalmente
 GUSTAVO GOMES DE ARAUJO
Data: 13/09/2024 08:42:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Gustavo Gomes de Araujo – UFAL (Examinador Interno)

Documento assinado digitalmente
 CLIMENE LAURA DE CAMARGO
Data: 04/10/2024 16:48:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Climene Laura de Camargo – UFBA (Examinadora Externa)

Documento assinado digitalmente
 MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUERQUE
Data: 15/09/2024 18:13:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Maria Cicera dos Santos de Albuquerque – UFAL (Examinadora Externa)

*Dedico este trabalho à minha mãe e minha tia,
Lizete e Amália, que, sob muito sol, fizeram-me
chegar até aqui, na sombra.*

AGRADECIMENTOS

Uma tese não é algo que se construa de forma solitária e sem rede de apoio. Pela sorte de ter essa rede, dirijo meus agradecimentos aos que estiveram ao meu lado, nesse processo em que muitas dificuldades me faziam querer parar.

Agradeço à minha “mainha”, **Lizete**, que hoje me cuida do mundo espiritual. Sua missão de vida foi me educar com valores de respeito, amor e educação. Desde pequenina, ela me inundou com livros e me ofereceu o espaço necessário para ser livre e sonhar. Colho os frutos do ensinamento que ela me proporcionou, fazendo-me entender que o caminho era o estudo. O melhor de mim vêm dela.

À minha segunda mãe, minha **tia Amália**, que sempre desempenhou esse papel, mas que nos últimos anos o assumiu de maneira ainda mais protetora e zelosa. Ela se dedicou para garantir que meus sonhos continuassem vivos, e faço questão de vivê-los ao seu lado.

À **Lorena**, pelo suporte, amor, paciência e cuidado. Dividir meus dias com você é uma das melhores coisas da minha vida. Tudo é melhor por isso. Te amo.

Ao **Darlan**, amigo que me ouve como ninguém mais (mesmo que eu repita, incansavelmente, os mesmo assuntos), acolhe minhas fragilidades e me lembra quem sou e para onde vou. Você é meu irmão, minha família.

Ao **Raphael**, meu amigo de tantos anos que já perdi a conta. Estivemos juntos por tanto tempo, aprendendo, sonhando e conquistando juntos. Agradeço pela atenção dedicada a mim, pelo apoio constante e pela alegria genuína em me ver crescer. Você é meu irmão.

Às minhas amigas **Larissa, Carol, Sol e Itana**, que me acolheram como família quando eu estava longe de casa e sem conhecer ninguém. Vocês foram meu porto seguro, oferecendo abraços, afeto e muito amor. Hoje, Curitiba é minha segunda casa porque aí estão meus amores. Vocês são minha saudade diária.

À **Karla**, minha amiga tão querida! Não tenho palavras para agradecer seu bom humor e carinho, que sempre estiveram presentes desde que cheguei a Curitiba. Você foi minha fonte de sanidade mental em meio ao caos!

A equipe do **Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Vocês foram tão importantes na minha vida, jamais esquecerei! Em especial, agradeço a **Andressa, Mayara, Jéssica, Fabiana e Viviane**, que faziam meus plantões mais leves, tão cheio de risadas. Obrigada, minhas amigas.

Ao meu orientador, **professor Haroldo**, a admiração e o respeito que sinto vão além destas palavras e são evidentes sempre que falo dele para alguém. Sinto-me profundamente orgulhosa de ser sua pupila e de aprender com alguém que é, sem dúvida, o melhor mestre que eu poderia ter. Seu legado será sempre lembrado e reverenciado por esta aluna.

Aos meus **colegas do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada**, com quem compartilhei esses nove anos últimos anos, como membro: neste ambiente de aprendizado sobre como fazer ciência, o afeto e o companheirismo estiveram presentes todos os dias. Agradeço pelas

conversas atentas e pela prestatividade nos momentos de cansaço e exaustão durante a coleta dos dados desta pesquisa. Em especial à **Jamile, Nancy, Tamara, Luísa e Ewerton**.

Aos **professores e professoras da banca examinadora** desta Tese que, muito gentilmente, aceitaram contribuir com esse trabalho.

À **Universidade Federal de Alagoas** que foi o alicerce da minha formação profissional e ao **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde** que me propiciou o caminho do doutoramento para ser pesquisadora.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** e à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas** pelo financiamento da pesquisa que fundamenta esta tese.

Às **lideranças das comunidades quilombolas** que possibilitaram nosso acesso aos domicílios onde coletamos os dados para esta tese, e às **famílias quilombolas** que nos receberam com boa vontade e entusiasmo.

RESUMO GERAL

BARBOSA, R.L. **Saúde mental de mulheres quilombolas segundo categorias de (in)segurança alimentar: estudo de base populacional no estado de Alagoas**. 2024. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2024.

As Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) representam não apenas um patrimônio histórico de resistência, mas também locais de expressiva vulnerabilidade social e econômica. Essa marginalização histórica perpetua ciclos de pobreza e exclusão, que se manifestam em condições como a Insegurança Alimentar (IA), um grave problema de saúde pública no Brasil. A IA, fortemente associada à pobreza e desigualdades sociais, afeta especialmente as mulheres, devido ao seu papel central no sustento alimentar da família, sendo plausível supor que represente um fator de risco para o desencadeamento de Transtornos Mentais Comuns (TMCs), que incluem distúrbios como depressão e ansiedade, frequentemente acompanhados por sintomas somatoformes. O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre a IA e os TMCs em mulheres quilombolas do estado de Alagoas. Para alcançar o objetivo proposto, os resultados foram organizados e apresentados em um artigo original, derivado de um estudo transversal do tipo inquérito domiciliar. A classificação das mulheres em relação à ocorrência de TMCs foi realizada utilizando o instrumento de rastreamento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e da situação de IA através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). O artigo, intitulado “Saúde mental de mulheres quilombolas do estado de Alagoas segundo a condição de (in)segurança alimentar” investigou a associação entre a Insegurança Alimentar (IA) e os TMCs na população quilombola do estado. Contou com uma amostra de 1.801 mulheres. A prevalência global de TMCs neste estudo foi de 40,7% e a prevalência de IA foi de 72,3%. Considerando as situações de Segurança Alimentar (SA), IA leve, IA moderada e IA grave, as prevalências de TMCs foram, respectivamente, 18,6%, 36,7%, 51,2% e 73,1%. Após a análise de regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, segundo modelo teórico hierarquizado, a prevalência de TMCs apresentou-se independentemente associada à IA moderada + grave (RP = 1,85; IC95% 1,65 – 2,07). Os demais fatores associados aos TMCs foram: ter mais de 35 anos (RP = 1,28; IC95% 1,13 – 1,45), possuir até oito anos de escolaridade (RP = 1,23; IC95% 1,05 – 1,44), fazer uso de tabaco (RP = 1,32; IC95% 1,12 – 1,56), consumir bebida alcoólica (RP = 1,37; IC95% 1,16 – 1,62) e ter tido problemas de saúde nos últimos 15 dias anterior à entrevista (RP = 1,47; IC95% 1,32 – 1,63). Os resultados deste estudo evidenciam uma alta prevalência de TMC entre as mulheres quilombolas de Alagoas, refletindo uma situação de alta vulnerabilidade social. Este cenário ressalta a necessidade urgente de implementar políticas públicas que atendam às especificidades dessa população. Em um estado que se caracteriza por apresentar, em relação aos demais, os piores indicadores socioeconômicos do Brasil, as mulheres quilombolas enfrentam situações de iniquidades particularmente graves e inaceitáveis. É crucial, portanto, implementar ações específicas e efetivas para promover a qualidade de vida e a saúde mental desses povos.

Palavras-chave: Transtornos Mentais. Insegurança Alimentar. Saúde Mental. Quilombolas. Epidemiologia.

GENERAL ABSTRACT

BARBOSA, R.L. **Mental health of quilombola women according to food (in)security categories: a population-based study in the state of Alagoas.** 2024. 120 p. Thesis (Ph.D. in Health Sciences) – Postgraduate Program in Health Sciences, Federal University of Alagoas, Maceió, 2024.

The Remnant Quilombola Communities (RQCs) represent not only a historical heritage of resistance but also places of significant social and economic vulnerability. This historical marginalization perpetuates cycles of poverty and exclusion, manifested in conditions such as Food Insecurity (FI), a serious public health issue in Brazil. FI, strongly associated with poverty and social inequalities, particularly affects women due to their central role in family food provision, making it plausible to consider it a risk factor for the onset of Common Mental Disorders (CMDs), which include disorders like depression and anxiety, often accompanied by somatoform symptoms. This study aimed to investigate the association between FI and CMDs among quilombola women in the state of Alagoas. To achieve this objective, the results were organized and presented in an original article derived from a cross-sectional household survey. Women's classification regarding the occurrence of CMDs was performed using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), and FI status was assessed using the Brazilian Scale of Food Insecurity (EBIA). The article, titled "Mental Health of Quilombola Women in the State of Alagoas according to (in)security food condition," investigated the association between Food Insecurity (FI) and CMDs in the quilombola population of the state. It involved a sample of 1,801 women. The overall prevalence of CMDs in this study was 40.7%, and the prevalence of FI was 72.3%. Considering situations of Food Security (FS), mild FI, moderate FI, and severe FI, the prevalences of CMDs were 18.6%, 36.7%, 51.2%, and 73.1%, respectively. After Poisson regression analysis with robust variance adjustment, according to a hierarchical theoretical model, the prevalence of CMDs was independently associated with moderate + severe FI (PR = 1.85; 95% CI 1.65 – 2.07). Other factors associated with CMDs were: being over 35 years old (PR = 1.28; 95% CI 1.13 – 1.45), having up to eight years of education (PR = 1.23; 95% CI 1.05 – 1.44), tobacco use (PR = 1.32; 95% CI 1.12 – 1.56), alcohol consumption (PR = 1.37; 95% CI 1.16 – 1.62), and experiencing health problems in the 15 days prior to the interview (PR = 1.47; 95% CI 1.32 – 1.63). The results of this study highlight a high prevalence of CMDs among quilombola women in Alagoas, reflecting a situation of high social vulnerability. This scenario underscores the urgent need to implement public policies that address the specific needs of this population. In a state characterized by having the worst socio-economic indicators in Brazil compared to others, quilombola women face particularly severe and unacceptable inequities. It is crucial, therefore, to implement specific and effective actions to promote the quality of life and mental health of these peoples.

Keywords: Mental Disorders. Food Insecurity. Mental Health. Quilombola Communities. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa da capitania de Pernambuco com representação do Quilombo dos Palmares, em 1647	21
Figura 2 –	Etapas para titulação de terras quilombolas	27
Figura 3 –	Mapa das comunidades remanescentes de quilombos e territórios quilombolas no estado de Alagoas	30
Figura 4 –	Modelo conceitual dos determinantes associados à segurança alimentar e nutricional	34
Figura 5 –	Esquema dos níveis de determinação do estado nutricional	35
Figura 6 –	Descrição dos Níveis de Insegurança Alimentar e Nutricional	38
Figura 7 –	Pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil	45
Figura 8 –	Intervenção em saúde em níveis crescentes de especialização	53

ARTIGO 1

Figura 1 –	Modelo teórico de seleção hierárquica das variáveis para avaliação dos fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMCs) adaptado de Victora <i>et al.</i> (1997) em mulheres quilombolas do estado de Alagoas, 2018.	77
Figura 2 –	Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns em mulheres quilombolas do estado de Alagoas (Brasil), segundo a condição de Segurança ou Insegurança Alimentar leve, moderada ou grave, 2018.	91

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELAS

Tabela 1 –	População quilombola e sua distribuição, segundo as grandes regiões do Brasil, 2022	28
-------------------	---	----

QUADROS

Quadro 1 –	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar.	38
Quadro 2 –	Descrição dos Níveis de Insegurança Alimentar.	38
Quadro 3 –	Diagnósticos da CID-11 correspondentes a alguns Transtornos Mentais Comuns rastreados pelo SRQ-20	61

ARTIGO 1

TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização das variáveis antropométricas e de saúde de mulheres de Comunidades Remanescentes de Quilombos do estado de Alagoas (Brasil), segundo triagem de Transtorno Mental Comum, 2018.	88
Tabela 2 –	Características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, comportamentais e de saúde em mulheres de Comunidades Remanescentes de Quilombos do estado de Alagoas (Brasil), 2018.	88
Tabela 3 –	Níveis hierárquicos conforme modelos teóricos para seleção dos fatores associados ao Transtorno Mental Comum em mulheres de Comunidades Remanescentes de Quilombos de Alagoas, Brasil, 2018.	92

QUADROS

Quadro 1 –	Catálogo das Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ) do estado de Alagoas e suas regiões administrativas selecionadas para compor a amostra da Pesquisa Quilombola, em 2018.	93
-------------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CF/1988 – Constituição Federal de 1988

CID 11 – Classificação Internacional de Doenças, versão 11

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CRQs – Comunidades Remanescentes de Quilombos

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

FANUT – Faculdade de Nutrição

FAO – *Food and Agriculture Organization*

FAPEAL – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas

FCP – Fundação Nacional Palmares

GHQ – *General Health Questionnaire*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IA – Insegurança Alimentar

IC95% – Intervalo de Confiança de 95%

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDS – Índice de Desenvolvimento Socioeconômico

IMC – Índice de Massa Corporal

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

ITERAL – Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas

LGBTQIAPN+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e entre outros

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

LNBA – Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PASSR – *Patient Symptom Self Report*

PGI-HQ2 – *Post Graduate Institute Health Questionnaire N2*

PSE – *Present State Examination*

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

RP – Razão de Prevalência

SA – Segurança Alimentar

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SEPLAG – Secretaria de Planejamento e Gestão de Alagoas

SISAN – Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional

SM – Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

SRQ-20 – *Self-Reporting Questionnaire-20*

SRQ-25 – *Self-Reporting Questionnaire-25*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM – Transtornos Mentais

TMCs – Transtornos Mentais Comuns

TMGs – Transtornos Mentais Graves

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO GERAL.....	16
REVISÃO DA LITERATURA.....	19
1 HISTÓRIA E CULTURA DOS QUILOMBOS	19
1.1 FORMAÇÃO DAS SOCIEDADES COLONIAIS	19
1.2 MAPEANDO AS COMUNIDADES: SOBREVIVÊNCIA E RESISTÊNCIA.....	20
1.3 HISTÓRIA QUILOMBOLA NO ESTADO DE ALAGOAS.....	22
1.4 QUILOMBOLANDO: RAÍZES DE UM POVO	23
1.4.1 Critérios Históricos e Culturais	24
1.4.2 Critérios Jurídicos.....	24
1.4.3 Critérios Antropológicos e Sociais	25
1.4.4 Critérios Ambientais.....	25
1.4.5 Reconhecimento de comunidades quilombolas.....	25
1.4.6 Titulação de terras quilombolas.....	26
1.5 COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS	28
1.5.1 Panorama atual brasileiro	28
1.5.2 Fronteiras invisíveis: exclusão sistêmica dos quilombolas	31
2 (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	32
2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	32
2.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	36
2.3 ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR.....	37
2.4 LIMITAÇÕES DA EBIA.....	39
3 SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA.....	40
3.1 SAÚDE MENTAL: DA DEMONIZAÇÃO À COMPREENSÃO CIENTÍFICA.....	43
3.2 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL	48
3.3 RECORTE DE GÊNERO NA SAÚDE MENTAL.....	49
3.4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	51
3.4.1 Ansiedade	55
3.4.2 Depressão.....	57
3.4.3 Sintomas somatoformes.....	59
3.5 INSTRUMENTOS DE TRIAGEM DE TMCS.....	59
3.6 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE	60
3.6.1 Limitações do instrumento	62
3.6.2 Aplicabilidade no Brasil e em Alagoas	62
3.7 PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS AO TMCS.....	63
RESULTADOS	66
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	109
ANEXO.....	119

APRESENTAÇÃO GERAL

APRESENTAÇÃO GERAL

O grupo de pesquisa do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA) da Faculdade de Nutrição (FANUT) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) vem desenvolvendo uma série de inquéritos de base populacional ao longo das últimas três décadas, sempre com enfoque nas condições de nutrição e saúde da população em diversos cenários do estado de Alagoas. Entre esses constam os seguintes estudos: I e II *Diagnóstico de Saúde da População Materno-Infantil do Estado de Alagoas* (2005 e 2015, respectivamente); *Nutrição e Saúde da População Materno-Infantil da Região Semiárida de Alagoas* (2007); e I e II *Diagnóstico de Nutrição e Saúde da População Remanescente dos Quilombos do Estado de Alagoas* (2008 e 2018, respectivamente), entre outros.

Uma década após a realização do primeiro inquérito de saúde da população quilombola do estado, devido às mudanças epidemiológicas ocorridas no período, tornou-se necessário atualizar essas informações. Durante esse período, o número de comunidades quilombolas em Alagoas, certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), aumentou de 40 para 68, visto o fortalecimento dos movimentos sociais se articulando de maneira mais efetiva para exigir o reconhecimento dos direitos dessas comunidades (NASCIMENTO; MOREIRA, 2019) e pressões de organismos internacionais para o Brasil a cumprir suas obrigações quanto aos direitos dos povos quilombolas (ARRUTI, 2008; CUNHA, 2009).

Assim, o presente estudo propõe a atualização das informações de saúde da população quilombola do estado com uma nova coleta de dados realizada em 2018, com enfoque especial na saúde mental das mulheres quilombolas. Considerando que cerca de metade da população dos países de média renda é composta por mulheres, a vulnerabilidade desse grupo a questões de saúde mental é exacerbada pelas desigualdades socioeconômicas, que aumentam o ônus dos múltiplos papéis sociais desempenhados por elas, resultando em elevadas prevalências de ansiedade, depressão e outros distúrbios psicológicos (MEZZINA *et al.*, 2022).

Essas desigualdades corroboram para que as mulheres sejam um segmento populacional prioritário nas políticas e programas implementados pelos diversos níveis de governo, bem como o desenvolvimento de estudos que produzam indicadores do estado de saúde, caracterizem a evolução temporal desses indicadores e identifiquem os fatores associados ao processo de adoecimento mental. Quando se trata de Alagoas, estado que apresenta alguns dos piores indicadores sociais do Brasil (BRASIL, 2023) e, em particular, da população quilombola, a reunião de fatores de risco para o adoecimento mental se intensifica.

É importante ressaltar que este trabalho se constitui numa continuidade dos estudos iniciados pela autora por ocasião de seu curso de mestrado, realizado no Programa de Pós-Graduação em Nutrição, na UFAL, ocasião na qual teve oportunidade de participar de todo processo de tabulação de dados do *II Diagnóstico de Saúde da População Materno-Infantil do Estado de Alagoas*, bem como da coleta de dados do *II Diagnóstico de Nutrição e Saúde da População Remanescente dos Quilombos do Estado de Alagoas*. O projeto foi viabilizado por auxílios financeiros concedidos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). Além disso, a autora recebeu bolsa de mestrado da FAPEAL e o orientador bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq.

O presente trabalho se apresenta como mais um esforço na tentativa de dar visibilidade à problemática de saúde dos povos quilombolas e, de alguma forma, contribuir para que medidas sejam efetivadas por parte do poder público, visando a promoção da saúde e qualidade de vida desse contingente populacional.

Esta Tese está organizada em duas sessões principais: a primeira explora as raízes históricas e culturais das Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs), suas transformações sociais e os desafios enfrentados por essas comunidades marginalizadas, com destaque para o impacto contínuo da exclusão socioeconômica e racial das mulheres quilombolas. Nesse contexto, a Insegurança Alimentar (IA) surge como um fenômeno intimamente ligado à pobreza e à exclusão social, exacerbando a vulnerabilidade dessas mulheres, o que reforça as barreiras ao desenvolvimento social e econômico. No que diz respeito à saúde mental, buscou-se uma análise dos fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMCs) entre as mulheres quilombolas, destacando os processos que agravam sua vulnerabilidade, como a IA.

A segunda seção é dedicada ao artigo original derivado desta tese, intitulado “*Saúde mental de mulheres quilombolas do estado de Alagoas segundo a condição de (in)segurança alimentar*”. Este artigo investiga especificamente os TMCs entre mulheres quilombolas e a associação entre essas condições e a condição de IA. O artigo será submetido à publicação em revistas científicas da área de saúde pública (ainda não definidas), com classificação B2 ou superior, segundo os critérios do sistema Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para área Medicina II (ou qualis equivalente, conforme o critério em vigor).

REVISÃO DA LITERATURA

1 HISTÓRIA E CULTURA DOS QUILOMBOS

As narrativas entrelaçadas das comunidades quilombolas emergem como testemunhas históricas vívidas de uma luta incessante pela liberdade e autonomia dentro do contexto opressivo das Américas coloniais. Originárias de um sistema que impunha a escravidão como norma e a marginalização como destino, essas comunidades de fugitivos africanos desafiaram não apenas as correntes físicas da servidão, mas também as amarras culturais e sociais que tentavam suprimir suas identidades multifacetadas. Fundados em áreas remotas e inacessíveis, os quilombos não apenas serviram como redutos de resistência contra a exploração incessante, mas também como laboratórios vivos onde novas formas de sociabilidade e organização comunitária floresceram em meio ao turbilhão da opressão colonial (MOURA, 2022; SANTOS; FIUZA; SCHAEFER, 2020; SILVA, 2021).

1.1 FORMAÇÃO DAS SOCIEDADES COLONIAIS

Entre os séculos XVI e XIX, nas Américas, formaram-se sociedades coloniais predominantemente baseadas no trabalho compulsório de indígenas e, principalmente, africanos. Milhões de homens e mulheres, já escravizados na própria África, foram trazidos através do tráfico. Esses indivíduos, de origens múltiplas, foram homogeneizados pelos europeus como “africanos”, apesar de suas inúmeras línguas, culturas e religiões. Ao atravessarem o Atlântico, encontraram um ambiente de trabalho intenso e exploração contínua. O sistema colonial nas Américas dependia, cada vez mais, da mão de obra escrava para a produção agrícola (CARVALHO, 2019; CHAVES; SILVA, 2018).

As colônias portuguesas desempenharam um papel significativo no tráfico de africanos, transportando cerca de quatro milhões de indivíduos com o objetivo de enriquecer os colonizadores europeus e resultando em intensos conflitos de poder. As nações latino-americanas foram estruturadas para servir aos interesses econômicos da Europa, fornecendo mão de obra escravizada e recursos naturais que sustentavam a prosperidade dos países colonizadores. Esse sistema colonial gerou profundas desigualdades sociais e econômicas, cujas consequências perduram até hoje, destacando a necessidade de reparação histórica para promover justiça e reparação às comunidades afrodescendentes afetadas (MOURA, 2021, 2022).

Os primeiros africanos nas américas foram pioneiros na adaptação de linguagens, moradias, alimentação, idiomas e culturas. Contribuíram para a construção de fazendas e

engenhos, cultivaram cana-de-açúcar, café, milho, arroz, mandioca e algodão, extraíram ouro e prata, além de ajudarem a desenvolver cidades e atuaram como lavradores, mineradores e pastores (SANTOS; FIUZA; SCHAEFER, 2020; SILVA, 2019).

Nesse período, o Brasil era sustentado pelo trabalho forçado de indígenas e africanos e enfrentava constantes ameaças de diversas formas de resistência à escravidão. O medo de revoltas e de escravizados fugirem causava grande preocupação entre colonos e administradores. Essa resistência se manifestou de diversas maneiras: a diminuição intencional do ritmo de trabalho e as revoltas foram provavelmente as estratégias mais comuns, enquanto atos extremos de resistência incluíam o suicídio, infanticídio e tentativas de vingança explícita. Assim, surgiu o uso do termo quilombo, palavra originalmente africana, e que iniciou um percurso que dura até os dias atuais. Esse conceito de quilombo foi transportado para o contexto das américas, quando africanos escravizados fugiam e formavam comunidades autônomas (MUAZE, 2021).

1.2 MAPEANDO AS COMUNIDADES: SOBREVIVÊNCIA E RESISTÊNCIA

A análise e a abordagem dos processos políticos relacionados às lutas das comunidades quilombolas pelo reconhecimento de seus direitos exigem uma revisão dos diversos significados atribuídos ao termo quilombo. A origem dessa palavra está enraizada na história dos povos africanos e seu significado evoluiu ao longo do tempo e do espaço. Etimologicamente, a palavra deriva do termo “*kilombo*”, que pertence às línguas bantu (ou banto), faladas por diversas etnias africanas e designava um acampamento militar ou uma comunidade fortificada, utilizada por grupos de guerreiros itinerantes (MOURA, 2022; SOUZA, 2015).

Os quilombos representam aglomerações de indivíduos afrodescendentes evadidos da condição de escravização, sobretudo de canaviais e engenhos no nordeste do Brasil, que se assentaram em regiões periféricas e de acesso restrito, visando alcançar autonomia e liberdade. Essas comunidades caracterizavam-se pela sua capacidade autossustentável e pela resistência frequente às investidas de recaptura perpetradas por proprietários de escravizados e agentes coloniais (GOMES, 2006; MOURA, 2022).

O primeiro registro documentado de um quilombo data de 1575, na Bahia, marcando o início dos relatos sobre a formação dessas comunidades de fugitivos. A contínua fuga dos escravizados intensificava a demanda por mão de obra, exacerbando a situação crítica enfrentada pelos colonos. No final do século XVI, o rei de Portugal, Filipe I, observava o empobrecimento progressivo dos colonos devido à crescente dificuldade em reter seus cativos,

evidenciando os desafios significativos impostos pelas fugas incessantes (REIS; GOMES, 1996; SCHWARCZ; GOMES, 2018).

Essa complexidade nas origens e formações dos quilombos reflete não apenas uma resposta direta à opressão enfrentada pelos escravizados, mas também uma evolução significativa na maneira como os afrodescendentes buscavam autonomia e preservação cultural. Dentro de uma sociedade que frequentemente os marginalizava, essas comunidades representavam espaços de resistência e reafirmação de identidades, cultura e tradições que eram sistematicamente negadas nos contextos coloniais predominantes (KOGA; SANT'ANA; MARTINELLI, 2018).

A formação dos quilombos não se limita a territórios criados por escravizados em busca de um refúgio. Além do mais emblemático, o Quilombo dos Palmares, outros quilombos surgiram a partir da compra de terras por negros libertos, da posse pacífica de terras abandonadas por ex-escravizados durante crises econômicas, da administração de terras doadas a santos padroeiros e da aquisição de terras por antigos escravizados. Uma característica desses quilombos era seu isolamento em relação à sociedade abrangente (FUNARI; CARVALHO, 2005; SILVA, 2019)



Figura 1 - Mapa da capitania de Pernambuco com representação do Quilombo dos Palmares, em 1647.
Fonte: Fundação Biblioteca Nacional.

Na Figura 1, observa-se o mapa histórico que representa a Capitania de Pernambuco, em 1647, com uma representação do Quilombo dos Palmares, situado na Serra da Barriga, atualmente parte do município de União dos Palmares, no estado de Alagoas. Por possuir uma topografia acidentada e coberta por uma densa vegetação de mata atlântica, a Serra da Barriga proporcionava uma defesa natural contra invasores. As encostas íngremes e as trilhas sinuosas dificultavam o acesso das forças coloniais, permitindo aos quilombolas um controle superior do território e facilitando a organização de emboscadas (SCHWARTZ, 1987).

Além disso, a abundância de recursos naturais na região, como água potável, flora e fauna diversificadas, assegurava a subsistência dos habitantes do quilombo. A fertilidade do solo permitia o cultivo de diversas culturas agrícolas, garantindo a autossuficiência alimentar e reduzindo a necessidade de depender de recursos externos. A localização afastada dos centros coloniais e das rotas comerciais principais também contribuía para a segurança do quilombo. Estar longe das áreas de maior controle colonial dificultava as expedições punitivas e as operações de captura de escravizados em fuga. Isso permitiu que o Quilombo dos Palmares se desenvolvesse como uma comunidade autônoma, resistindo por mais de um século às investidas dos colonizadores (MOURA, 2022; SCHWARTZ, 1987).

A resistência sustentada do Quilombo dos Palmares, potencializada pela abundância de recursos naturais e pela localização estratégica distante dos centros de poder colonial, exemplifica a complexidade e a diversidade das formações quilombolas. Essa autonomia e autossuficiência refletem as variadas formas que os quilombos podiam assumir, aspectos que são fundamentais nas classificações contemporâneas dessas comunidades. As tipologias modernas de quilombos não apenas reconhecem a importância do número de membros e da localização geográfica, mas também a adaptabilidade e as estratégias econômicas que diferenciam os quilombos grandes e pequenos, e os mocambos. Essas classificações ajudam a compreender como as comunidades quilombolas podiam variar desde pequenas congregações até grandes enclaves agrícolas e mineradores (MOURA, 2021).

1.3 HISTÓRIA QUILOMBOLA NO ESTADO DE ALAGOAS

As Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) representam não apenas um legado histórico de resistência e luta pela liberdade, mas também são representações vivas da rica tradição cultural e social afro-brasileira. Essas comunidades, descendentes diretos dos quilombos formados durante o período colonial, continuam a preservar e transmitir suas

práticas ancestrais, crenças e modos de vida, apesar dos desafios socioeconômicos contemporâneos (SCHWARTZ, 1987).

Como mencionado anteriormente, o estado de Alagoas se constitui num dos principais cenários da luta afro-brasileira contra a escravidão, destacando-se pela existência do Quilombo dos Palmares, o maior do período colonial do Brasil. Fundado no início do século XVII, Palmares não apenas abrigou fugitivos em busca de liberdade, mas também se estabeleceu como um centro de cultura afro-brasileira, onde práticas religiosas, artísticas e econômicas se desenvolveram em um ambiente de relativa autonomia. Algumas estimativas históricas sugerem que Palmares continha uma população com média de trinta mil pessoas e liderado por Ganga Zumba (FREITAS, 1978).

Durante esse período, após prolongados confrontos, a Coroa Portuguesa ofereceu um tratado de paz que garantiria liberdade aos moradores do quilombo, contanto que aceitassem a autoridade portuguesa. Ganga Zumba, aceitando o acordo proposto, encontrou oposição em Zumbi dos Palmares, que rejeitou o tratado, mantendo-se firme contra a submissão e continuando a luta pela liberdade, o que eventualmente o levou a assumir a liderança do quilombo (FREITAS, 1978).

A resistência armada contra incursões coloniais por mais de um século demonstra não apenas a determinação dos quilombolas de Palmares em preservar sua liberdade, mas também a ineficácia do sistema colonial em subjugar completamente essas comunidades autônomas. A figura de Zumbi dos Palmares, líder carismático e estrategista militar, personifica a resistência resiliente e a capacidade de mobilização política que caracterizaram o quilombo (ANDERSON, 1996).

Além de seu impacto militar e político, o Quilombo dos Palmares é crucial para a história negra brasileira por sua contribuição para a construção de identidades afro-brasileiras e para a luta contínua contra a marginalização e o racismo estrutural. Ao desafiar as normas coloniais e defender uma visão alternativa de sociedade baseada na igualdade e na liberdade, Palmares inspirou gerações subsequentes de ativistas e intelectuais afro-brasileiros na busca por justiça social e reconhecimento pleno de direitos (SCHWARTZ, 2020).

1.4 QUILOMBOLANDO: RAÍZES DE UM POVO

Diversas tipologias de quilombos baseadas em múltiplos critérios auxiliam na identificação de espaços como CRQ. Algumas classificações consideram a quantidade de membros, definindo pequenos quilombos com até cem integrantes. Outras diferenciam mocambos e quilombos, com mocambos pequenos tendo de dez a trinta membros e médios de

duas a três centenas de membros, enquanto quilombos são considerados espaços que abrigam uma quantidade maior de pessoas. Uma terceira abordagem utiliza a localização geográfica e atividades econômicas para distinguir entre pequenos quilombos próximos a fazendas, quilombos de subsistência desenvolvida e grandes quilombos agrícolas e mineradores, mais afastados dos centros urbanos. Uma visão alternativa propõe uma classificação morfológica ao invés de numérica (MARQUES, 2009; MELLO, 2012).

A definição de um espaço como remanescente de quilombo é um processo complexo e multidimensional que envolve a análise de critérios históricos, culturais, jurídicos e antropológicos. Este processo não apenas considera a evidência documental e oral, mas também engloba a autoidentificação da comunidade e avaliações antropológicas detalhadas para estabelecer uma ligação contínua com as tradições quilombolas (SOUZA, 2015).

1.4.1 Critérios Históricos e Culturais

A identificação de um espaço como remanescente de quilombo exige um exame minucioso de critérios históricos e culturais. A análise de documentos históricos, como registros coloniais e mapas, é crucial para estabelecer a existência histórica de quilombos. Além disso, a tradição oral, manifestada através de narrativas passadas entre gerações, proporciona uma compreensão rica e profunda das práticas e da memória coletiva dessas comunidades. Artefatos arqueológicos e elementos da cultura material, quando examinados, oferecem evidências físicas que corroboram relatos orais e escritos. Esse conjunto de evidências ajuda a moldar um entendimento robusto das origens e da persistência das comunidades quilombolas, fundamentando sua reivindicação por reconhecimento e direitos territoriais (FERREIRA, 2012; FREITAS, 2019).

1.4.2 Critérios Jurídicos

Os critérios jurídicos para o reconhecimento de terras quilombolas no Brasil estão embasados na Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que, através do artigo 68, do “Ato das Disposições Constitucionais Transitórias”, assegura às CRQ o direito à propriedade definitiva de suas terras. A regulamentação desse direito é realizada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), que coordena o processo de titulação, incluindo a certificação pela FCP e estudos antropológicos necessários para a delimitação das áreas. Esse quadro legal não apenas reconhece a legitimidade territorial dessas comunidades, mas também promove a reparação histórica, assegurando a preservação de sua identidade cultural e social (BRASIL, 1988b).

1.4.3 Critérios Antropológicos e Sociais

Os critérios antropológicos e sociais têm como objetivo realizar uma análise minuciosa da continuidade histórica, cultural e social das comunidades quilombolas. Essa avaliação é conduzida pelo INCRA e pela FCP. Esses critérios são investigados por meio de estudos antropológicos que avaliam a estrutura social, as práticas culturais, e a relação da comunidade com o território. A autoidentificação da comunidade como remanescente de quilombo é essencial e é validada através de um laudo antropológico que documenta as tradições, a memória coletiva e a coesão social. Essa abordagem garante que as comunidades não sejam apenas reconhecidas legalmente, mas que também sejam valorizadas por sua identidade e práticas culturais específicas, sustentando suas reivindicações territoriais e culturais em bases sólidas e respeitadas (FERREIRA *et al.*, 2019).

1.4.4 Critérios Ambientais

A análise ambiental observa práticas sustentáveis de manejo do território que refletem uma adaptação e uma relação equilibrada com o ecossistema local. Essa análise é realizada pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA) conjuntamente com a FCP. Essas práticas incluem, mas não se limitam a agricultura tradicional, uso consciente de recursos hídricos e preservação da biodiversidade. Esses aspectos são considerados indicativos de uma profunda conexão histórica com a terra, demonstrando como as comunidades quilombolas têm mantido e valorizado seus ambientes ao longo das gerações. A consideração desses critérios não apenas reforça o direito territorial baseado na sustentabilidade, mas também destaca a contribuição das comunidades quilombolas para a conservação ambiental e a biodiversidade (SATO; BRANDÃO, 2023).

1.4.5 Reconhecimento de comunidades quilombolas

No Brasil, o processo de reconhecimento de terras quilombolas é regido por uma série de procedimentos jurídicos e administrativos que garantem os direitos territoriais das CRQ, conforme estipulado pela CF/1988. Este artigo assegura a essas comunidades o direito à propriedade definitiva das terras que historicamente ocupam. O processo inicia-se com a auto atribuição de status de quilombo pela comunidade, seguido da certificação pela FCP, que reconhece formalmente a identidade quilombola da comunidade (BRASIL, 1988b).

1.4.6 Titulação de terras quilombolas

Após a certificação, o INCRA realiza um levantamento técnico e antropológico detalhado para identificar e delinear as terras ocupadas pela comunidade. Esse estudo inclui a coleta de dados etnográficos, históricos, ambientais e socioeconômicos que ajudam a compreender a profundidade e a natureza dos laços que a comunidade tem com a área. O relatório antropológico resultante é crucial, pois serve como base para a demarcação formal das terras, destacando a importância das dimensões culturais e históricas que justificam a posse (CPISP, 2022; SILVA, 2021).

O processo se conclui com a titulação das terras pelo INCRA, que assegura à comunidade quilombola a posse legal e permanente do território. Esse guia detalhado pode ser melhor compreendido na Figura 2. A titulação é acompanhada de medidas que promovem o desenvolvimento sustentável da comunidade, como apoio à infraestrutura básica, acesso à educação e saúde, e incentivos para práticas agrícolas sustentáveis. Este processo não apenas fortalece as comunidades quilombolas em termos de segurança de posse, mas também valoriza e preserva sua identidade cultural, histórica e ambiental, cumprindo um papel reparatório fundamental dentro da sociedade brasileira (CPISP, 2022).

Esse reconhecimento constitucional evidencia a diversidade étnica do Brasil e propõe uma reparação histórica às populações quilombolas. No entanto, mesmo com esse avanço significativo, elas continuam se apresentam marginalizadas e isoladas, sendo frequentemente negligenciadas em várias esferas sociais. Muitos desses grupos ainda vivem em condições de vulnerabilidade, lutando pelo acesso a seus direitos fundamentais em diversas regiões do país.



Figura 2 - Etapas para titulação de terras quilombolas.
Fonte: Comissão Pró-Índio de São Paulo (2022).

1.5 COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS

1.5.1 Panorama atual brasileiro

De acordo com o mais recente levantamento do Censo Demográfico, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, as CRQ estão distribuídas em 25 estados da federação, com exceção, apenas, do Acre. Ao total, são 1.330.186 indivíduos que se autodeclararam descendentes de quilombolas. Essa demografia revela uma concentração significativa dessa população na região nordeste, onde mais de 68% das populações quilombolas residem, como pode ser visualizado na Tabela 1. Esse fenômeno geográfico e demográfico reflete a importância da região nordeste como um epicentro vital para a preservação e o estudo das tradições culturais e sociais afro-brasileiras (IBGE, 2022a).

Tabela 1 - População quilombola e sua distribuição, segundo as grandes regiões do Brasil, 2022.

Grandes regiões	População quilombola e distribuição percentual	
	Pessoas quilombolas	Percentual de pessoas quilombolas
Brasil	1.330.186	100%
Região Norte	167.311	12,6%
Região Nordeste	906.337	68,1%
Região Sudeste	182.427	13,7%
Região Sul	29.114	2,2%
Região Centro-Oeste	44.997	3,4%

Fonte: Censo Demográfico (2022).

Localizado no nordeste do Brasil, Alagoas abrange uma área territorial de cerca de 27.830,661 km² e possui uma população aproximada de 3.127.683 habitantes. Ainda foi possível observar que houve uma redução notável nos índices de pobreza e extrema pobreza no estado, com a pobreza caindo de 36,7% em 2021 para 31,6% em 2022, e a extrema pobreza diminuindo de 9,0% para 5,9%. Apesar dessas melhorias, Alagoas ainda sofre com grandes desigualdades, sendo que a região nordeste concentra 43,5% das pessoas em situação de pobreza e 54,6% daquelas em extrema pobreza no Brasil (IBGE, 2022a, 2022b).

O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDS) de Alagoas cresceu 17,8% entre 2009 e 2018, ultrapassando a média nacional de 12,8%. Esse índice considera a renda disponível *per capita* e as privações enfrentadas pela população, incluindo bem-estar, desigualdade e exclusão social. Esse avanço é atribuído a políticas públicas eficazes e ao uso estratégico de dados para a criação de programas governamentais destinados a melhorar a qualidade de vida da população. Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da população alagoana está entre os piores do Brasil, em 26º lugar, dentre os 27 estados do país, ganhando apenas do Maranhão (IBGE, 2021).

O estado de Alagoas possui 37.722 indivíduos que se autodeclaram pardos/pretos, distribuídos em 69 CRQ de 53 municípios do estado. Na Figura 3, é possível visualizar a disposição das comunidades em todo o estado. As CRQ representam aproximadamente 1,21% da população total do estado de Alagoas, tornando-o o sexto estado com a maior população quilombola do país. A cidade de Palestina é notável por ter a maior proporção de quilombolas, com 31,7% dos moradores se identificando como tal. Outros municípios importantes incluem Penedo, Traipu e Arapiraca (IBGE, 2022a).

As comunidades quilombolas em Alagoas enfrentam desafios socioeconômicos significativos, conforme evidenciado por dados coletados pelo censo demográfico de 2022 e sistematizados pela Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio (SEPLAG) destacam a prevalência de condições de vulnerabilidade nessas comunidades. Esses estudos revelam que a Insegurança Alimentar (IA), o acesso limitado a serviços de saúde e a infraestrutura precária são problemas persistentes que afetam essas populações (IBGE, 2022a).

A análise detalhada dos dados do censo mostra que a maioria das comunidades quilombolas de Alagoas estão situadas em áreas rurais, onde as oportunidades de emprego são escassas e os índices de pobreza são altos. A falta de infraestrutura básica, como saneamento adequado e água potável, agrava as condições de vida e contribui para a disseminação de doenças. Além disso, a IA é exacerbada pela baixa renda per capita e pelo acesso limitado a alimentos nutritivos, o que tem um impacto direto na saúde e no bem-estar dessas populações (IBGE, 2022a; SOUSA *et al.*, 2019b).

Alguns estudos também apontam para a necessidade de políticas públicas eficazes que abordem essas disparidades. As intervenções devem focar não apenas em melhoria das condições de vida imediatas, mas também no fortalecimento das capacidades econômicas das comunidades, promovendo a educação, o acesso a serviços de saúde de qualidade e a inclusão social. A implementação de projetos que visem a sustentabilidade e a autossuficiência das comunidades quilombolas é essencial para romper o ciclo de pobreza e marginalização que ainda prevalece. A análise dos dados das comunidades quilombolas de Alagoas fundamenta políticas públicas eficazes. É essencial que essas intervenções sejam baseadas em evidências e incluam a participação ativa das comunidades (AMADOR *et al.*, 2024; BARBOSA, 2017; NASCIMENTO; ARANTES; CARVALHO, 2022).

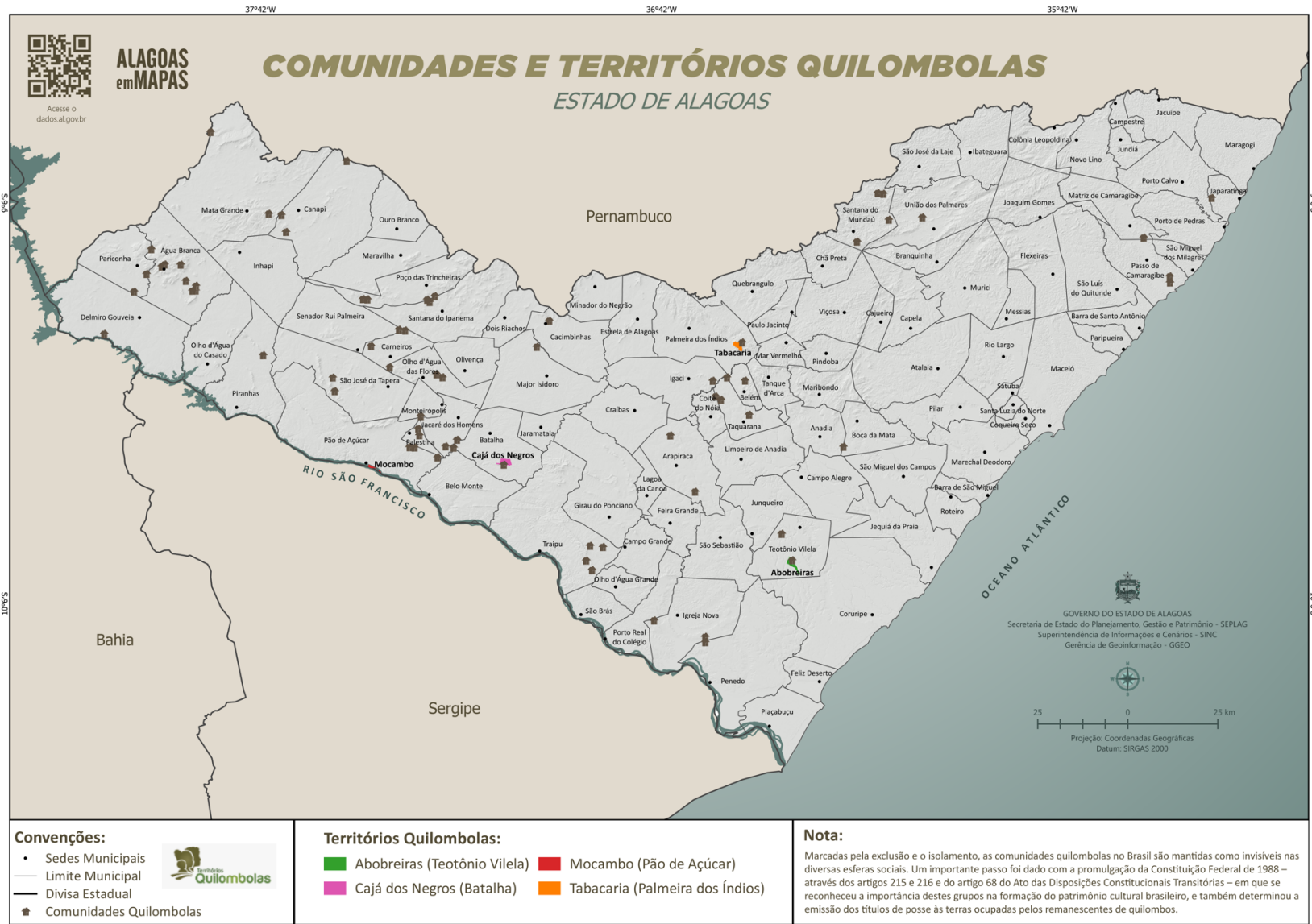


Figura 3 - Mapa das comunidades remanescentes de quilombos e territórios quilombolas no estado de Alagoas.
Fonte: Alagoas em Dados e Informações Estatísticas (2022).

1.5.2 Fronteiras invisíveis: exclusão sistêmica dos quilombolas

As CRQs tem enfrentado uma persistente marginalização ao longo da história do Brasil, caracterizada por uma continuidade de exclusão e invisibilidade dentro do contexto social. Essas comunidades surgiram como quilombos, locais de refúgio para escravizados em fuga, que buscavam autonomia e resistência contra o regime escravocrata vigente. Estes grupos estabeleceram sociedades autônomas que se rebelaram contra as estruturas coloniais opressivas. Contudo, mesmo com a abolição formal da escravidão, em 1888, a população quilombola ainda continua a sofrer intensas formas de discriminação e privação de direitos (ALMEIDA; NASCIMENTO, 2022; FURTADO; PEDROZA; ALVES, 2014; SOUZA FILHO; PRIOSTE, 2017).

A exclusão vivenciada pelas CRQs manifesta-se através de múltiplas facetas, abrangendo desde a restrição no acesso à propriedade fundiária até barreiras significativas em serviços fundamentais como saúde, educação e infraestrutura básica. As CRQs são situadas, frequentemente, em locais geograficamente isolados ou de acesso complicado, diversos quilombos encontram-se distantes dos núcleos urbanos, o que agrava a segregação dessas comunidades aos serviços públicos essenciais e perpetua condições de pobreza e exclusão social prolongada. Esse isolamento não apenas impede o acesso a recursos cruciais para o desenvolvimento socioeconômico, mas também fomenta a continuidade de estereótipos e preconceitos raciais, intensificando a exclusão dessas comunidades no contexto social e de saúde, no geral (ÁGUAS, 2012; NASCIMENTO; ARANTES; CARVALHO, 2022).

A busca pelo reconhecimento legal e territorial constitui uma luta incessante para as CRQs. Embora haja progressos normativos significativos, como os estabelecidos pela CF/1988, a efetivação desses direitos tem se mostrado um processo moroso e obstaculizado por inúmeras dificuldades. A insuficiência de suporte governamental adequado, e as pressões exercidas por interesses agroindustriais e imobiliários representam ameaças e comprometem a identidade, a autonomia, a estrutura organizacional do trabalho e as condições para manter-se em seus territórios de origem, afetando, consequentemente, a saúde dessas comunidades em várias dimensões (BRASIL, 1988b; CHAVES; SILVA, 2018).

Essa realidade não apenas afeta a saúde das CRQs em diversas dimensões, mas também exacerba a Insegurança Alimentar (IA), uma vez que a perda de território e as ameaças à sua autonomia limitam a capacidade dessas comunidades de produzir e acessar alimentos adequados. A IA torna-se, assim, uma consequência direta da vulnerabilidade territorial e da falta de suporte governamental, comprometendo ainda mais a qualidade de vida e a

sustentabilidade dessas populações (CHEROL; FERREIRA; SALLES-COSTA, 2021b; SATO; BRANDÃO, 2023).

2 (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O conceito de Segurança Alimentar (SA) evoluiu junto com o desenvolvimento das sociedades, refletindo as mudanças nos modelos de organização social. Originalmente, o termo “segurança alimentar” surgiu na Europa, durante a Primeira Guerra Mundial, relacionado à segurança nacional e à capacidade das nações de produzir alimentos suficientes para suprir suas populações e reduzir a vulnerabilidade a crises e conflitos. Com o tempo, essa noção expandiu-se, incorporando aspectos de qualidade nutricional e acesso equitativo aos alimentos, demonstrando a crescente complexidade das questões alimentares em um mundo globalizado (FAO, 2014; NISBETT *et al.*, 2023; OMS, 2023).

Com a criação de organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), em 1945, foram implementadas estratégias globais de combate à fome, especialmente nos países mais pobres. Embora essas iniciativas inicialmente tivessem objetivos geopolíticos, buscando prevenir a instabilidade econômica e possíveis revoluções, os debates subsequentes aprofundaram a compreensão da fome como um fenômeno complexo e multifacetado. Esse avanço no entendimento destacou a necessidade de abordar a fome considerando suas diversas causas inter-relacionadas, desde políticas econômicas até questões sociais e culturais (BÉNÉ *et al.*, 2020; FANZO *et al.*, 2020).

No contexto nacional, a fome passou a ser entendida como um fenômeno político, especialmente após as contribuições de estudiosos que divergiram das concepções tradicionais que a relacionavam a fatores meramente geográficos. Segundo essa linha de pensamento, a fome é um reflexo da organização socioeconômica e política da sociedade, além de seu nível de desenvolvimento. Essa perspectiva destaca a importância de considerar os atores sociais, seus interesses e os contextos de conflito em torno da alimentação, rejeitando, assim, soluções tecnicistas que tratam a fome apenas como um problema de produção de alimentos (ALLEN; PROSPERI, 2016; SOUSA *et al.*, 2019a).

A contribuição de Josué de Castro para o entendimento da fome transcende a mera compreensão do fenômeno como um processo biológico, situando-o como um gatilho social, histórico e político. Sua análise crítica, elaborada durante a década de 1940, aponta a origem da fome no sistema capitalista global. De acordo com essa perspectiva, a fome é vista como a

expressão mais trágica do desenvolvimento desigual entre nações, onde os países mais ricos se sustentam pela exploração dos mais pobres. Esse processo não apenas gera a fome quantitativa, manifesta de forma aguda, mas também a fome qualitativa, caracterizada pela deficiência nutricional oculta, que afeta profundamente as populações vulneráveis (CASTRO, 1964).

A partir da década de 1980, o conceito de SA expandiu-se para incluir não apenas a garantia do acesso físico e econômico a quantidades suficientes de alimentos de forma contínua para toda a população, mas também a preocupação com a qualidade dos alimentos consumidos. Nas décadas subsequentes, essa definição foi ampliada para incorporar aspectos relacionados à segurança dos alimentos, considerando a ausência de riscos biológicos e químicos, bem como à qualidade nutricional, biológica, sanitária e tecnológica dos alimentos, enfatizando a produção sustentável e o respeito às tradições culturais de cada população. Esse conceito foi consolidado em 1992, nas declarações da Conferência Internacional de Nutrição (CIN), organizada pela FAO e Organização Mundial da Saúde (OMS), passando a ser conhecido como Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BEYENE, 2023; OLUWOLE *et al.*, 2023).

Atualmente, o conceito vigente de SAN encontra-se descrito pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) como:

(...) direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

Assim, a condição de SAN refere-se à garantia de acesso contínuo e seguro a alimentos básicos, em quantidade e qualidade suficientes, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Essa situação implica que o indivíduo possa obter alimentos de maneira estável e sustentável, garantindo uma alimentação adequada do ponto de vista nutricional e sanitário. A Figura 4 ilustra os diferentes níveis que determinam o estado nutricional, desde o acesso aos alimentos até as condições de saúde e bem-estar da população, com destaque para o recorte racial (BÉNÉ *et al.*, 2020).

A SAN, em nível domiciliar e individual, é moldada por diversos fatores, que são influenciados por determinantes locais, regionais, nacionais e globais. O modelo conceitual desses determinantes identifica três níveis de influência interligados: (1) macrosocioeconômico, que envolve políticas e condições econômicas; (2) regional e local, que abrange aspectos específicos de comunidades, como acesso a serviços; e (3) domiciliar, focado nas condições dentro do lar. Esses níveis se afetam mutuamente, determinando a capacidade de acesso a uma alimentação adequada, mesmo em contextos sem restrições financeiras, mas que

podem enfrentar desafios de qualidade e quantidade de alimentos (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

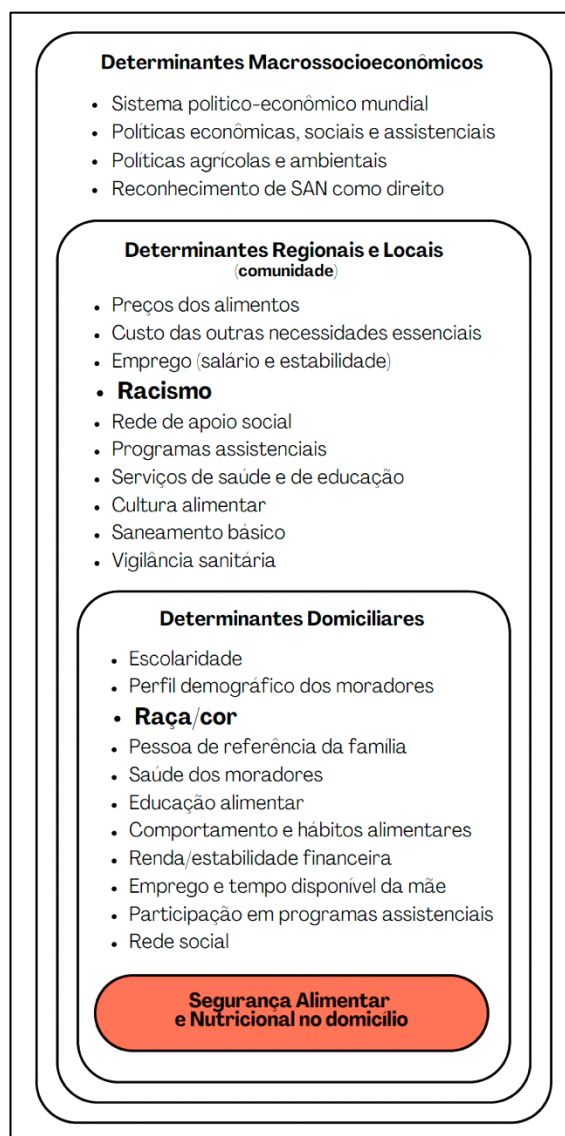


Figura 4 – Modelo conceitual dos determinantes associados à segurança alimentar e nutricional.

Fonte: Adaptado de KEPPLE; SEGALL-CORRÊA (2011).

A SAN está associada a quatro dimensões principais: disponibilidade, acesso, utilização dos alimentos e sua estabilidade, sendo esta última uma dimensão transversal às demais. A primeira dimensão, disponibilidade, refere-se à necessidade de que os alimentos estejam acessíveis, o que depende de processos adequados de produção, comércio, abastecimento e distribuição (HASSOUN *et al.*, 2024; OMS, 2023).

A segunda dimensão da SAN refere-se ao acesso físico e econômico aos alimentos, que envolve a capacidade de adquirir alimentos adequados em quantidade e qualidade nutricional, por meios socialmente aceitáveis. Esta dimensão é complexa, pois abrange não apenas a alimentação, mas também outras necessidades essenciais que podem ser

comprometidas para sua obtenção. A terceira dimensão, a utilização dos alimentos, engloba seu aproveitamento biológico, influenciado por condições de saúde e práticas sanitárias, além da capacidade de realizar escolhas alimentares e hábitos adequados. Todas as dimensões podem ser verificadas na Figura 5 (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

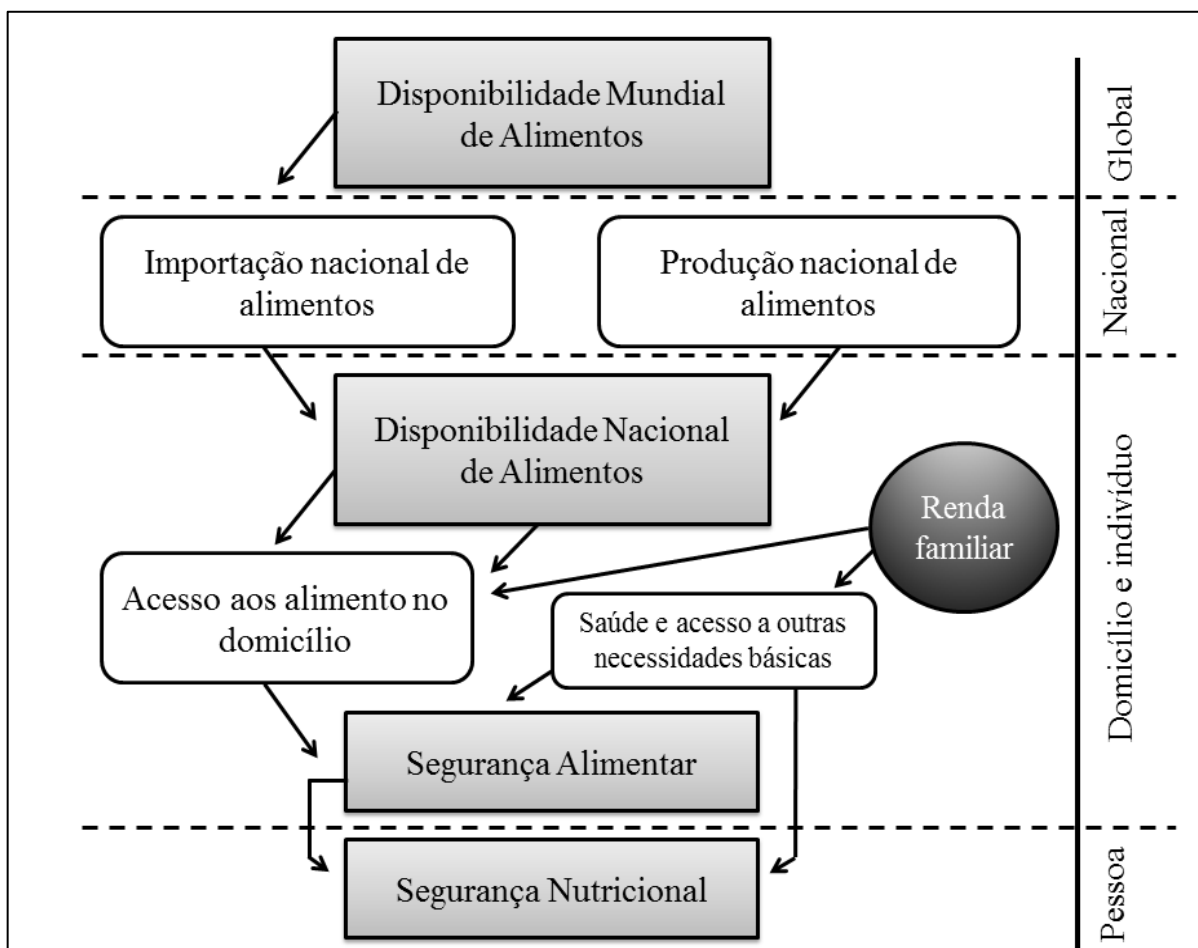


Figura 5 – Esquema dos níveis de determinação do estado nutricional.

Fonte: Traduzido de PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA (2008) *apud* FRANKENBERGER *et al* (1997).

Ao formular políticas, programas e estratégias para garantir a SAN em suas várias dimensões, é essencial identificar o nível de atuação, seja global, regional, local, ou no nível domiciliar e individual. Em resposta às demandas sociais, a LOSAN estabeleceu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) para promover uma gestão intersetorial e assegurar a participação e articulação entre as esferas federal, estadual, distrital e municipal. O SISAN integra diversos órgãos e entidades responsáveis pela implementação dessas políticas (MALUF; ZIMMERMANN; JOMALINIS, 2021).

O SISAN integra diferentes níveis de governo e promove a intersetorialidade entre diversas áreas, como saúde, educação e agricultura, assegurando uma abordagem holística e participativa para a segurança alimentar. A participação ativa da sociedade civil, através dos

Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), é um elemento central, garantindo que as políticas sejam formuladas, implementadas e monitoradas de maneira democrática e eficaz (DELGADO; ZIMMERMANN, 2022).

2.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A INSAN é caracterizada pela dificuldade de acesso regular e permanente a alimentos por uma parte significativa da população, configurando-se como um fenômeno complexo e multidimensional. Esse processo desenvolve-se de forma contínua, apresentando etapas que variam desde a preocupação com a falta de alimentos até mudanças qualitativas na dieta e a manifestação da fome propriamente dita. Além disso, a INSAN também se manifesta através do consumo inadequado de alimentos, tanto em termos de variedade quanto de qualidade, influenciando historicamente o perfil alimentar e nutricional da população brasileira. Esse cenário tem contribuído para o surgimento de doenças infecciosas e carenciais em determinadas regiões, bem como para o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em diversos segmentos da população (PALMEIRA; SALLES-COSTA; PÉREZ-ESCAMILLA, 2020; RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2021; SALLES-COSTA *et al.*, 2022).

A INSAN é consequência de processos históricos e de grande alcance, profundamente interligados com outras desigualdades sociais. Ela se manifesta principalmente através de duas formas: a fome e o excesso de peso. O rápido aumento das taxas de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas associadas tem provocado discussões sobre a necessidade de políticas que tratem simultaneamente a fome e o excesso de peso, especialmente diante da crescente obesidade entre grupos de baixa renda e em domicílios afetados pela INSAN (CHEROL *et al.*, 2022; CONDE; MONTEIRO, 2014; SWINBURN *et al.*, 2019).

As informações estatísticas sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) podem ser atualizadas com base nos dados mais recentes. Atualmente, o Brasil ocupa a 87ª posição no ranking mundial de IDH, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2021/2022 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Em relação a Maceió, capital do estado de Alagoas, ela está classificada na 1.298ª posição entre os municípios brasileiros, conforme os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013 (IBGE, 2021; PNUD, 2022).

Dada a natureza IA, é crucial abordar e analisar simultaneamente diversos aspectos correlacionados. Atualmente, existem cinco métodos amplamente utilizados para a avaliação da IA. Esses métodos incluem: 1) o método da FAO, que avalia a disponibilidade e acesso a alimentos em nível nacional; 2) inquéritos de orçamento familiar, que analisam os padrões de

despesas e consumo das famílias; 3) avaliação do consumo alimentar, que foca na ingestão de nutrientes e alimentos; 4) antropometria, que mede as dimensões corporais e estado nutricional da população; e 5) escalas baseadas em experiências vividas, que mensuram a percepção e vivência da insegurança alimentar diretamente pelos indivíduos e famílias. Esses métodos oferecem uma visão abrangente da IA permitindo uma análise integrada e multidimensional do problema (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

2.3 ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

Nas últimas décadas, houve avanços significativos na mensuração da IA por meio de escalas baseadas na percepção ou experiência dos indivíduos e famílias afetados. A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), reconhecida por sua sensibilidade e adequação para o diagnóstico de populações em maior risco, foi adaptada e validada a partir da escala desenvolvida pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (*Household Food Security Survey Module*). Desde sua adaptação, essa escala tem sido amplamente aplicada em inquéritos populacionais no Brasil desde 1995, proporcionando uma ferramenta robusta para a avaliação da IA em diferentes contextos sociais (PÉREZ-ESCAMILLA; SALLES-COSTA; SEGALL-CORRÊA, 2024; SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014).

Originalmente, o questionário continha 16 perguntas fechadas, focando na percepção das famílias sobre a condição alimentar de seus domicílios nos três meses anteriores à coleta de dados. Em 2010, a escala passou por um processo de aprimoramento, resultando na exclusão de um item redundante e da questão sobre perda de peso entre os moradores, dado que estudos já indicavam a relação da INSAN com a dupla carga da má nutrição, englobando tanto a magreza quanto o excesso de peso. Em 2014, mais uma pergunta foi retirada, deixando a EBIA com uma versão de 14 perguntas (SALLES-COSTA *et al.*, 2023).

As perguntas utilizadas na EBIA estão detalhadas no Quadro 1, onde cada resposta afirmativa equivale a 1 ponto. A soma desses pontos permite classificar a família em situação de SA ou em um dos três níveis de IA, descritas na Figura 6. O nível leve caracteriza-se pela preocupação com a futura disponibilidade de alimentos, podendo ou não haver uma redução na qualidade da alimentação, dependendo das estratégias adotadas para evitar alterações quantitativas. No nível moderado, o padrão alimentar é interrompido, resultando em uma diminuição na quantidade de alimentos consumidos, especialmente entre os adultos. O nível grave é identificado pela restrição quantitativa severa de alimentos para todos os membros da família, incluindo crianças, podendo levar à ocorrência de fome (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014).

ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)	
1	Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
2	Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
3	Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4	Nos últimos 3 meses os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, por que o dinheiro acabou?
5	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, deixou de fazer alguma refeição, por que não havia dinheiro para comprar comida?
6	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que achou que devia, por que não havia dinheiro para comprar comida?
7	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, sentiu fome, mas não comeu, por que não havia dinheiro para comprar comida?
8	Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar a comida?
As perguntas a seguir devem ser perguntadas apenas em domicílios com moradores menores de 18 anos	
9	Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada, por que não havia dinheiro para comprar comida?
10	Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
11	Nos últimos três meses, alguma vez foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, por que não havia dinheiro para comprar a comida?
12	Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, por que não havia dinheiro para comprar a comida?
13	Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?
14	Nos últimos três meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro, por que não havia dinheiro para comprar comida?

Quadro 1 – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

Fonte: Adaptado de SEGALL-CORRÊA *et al.*, (2014)

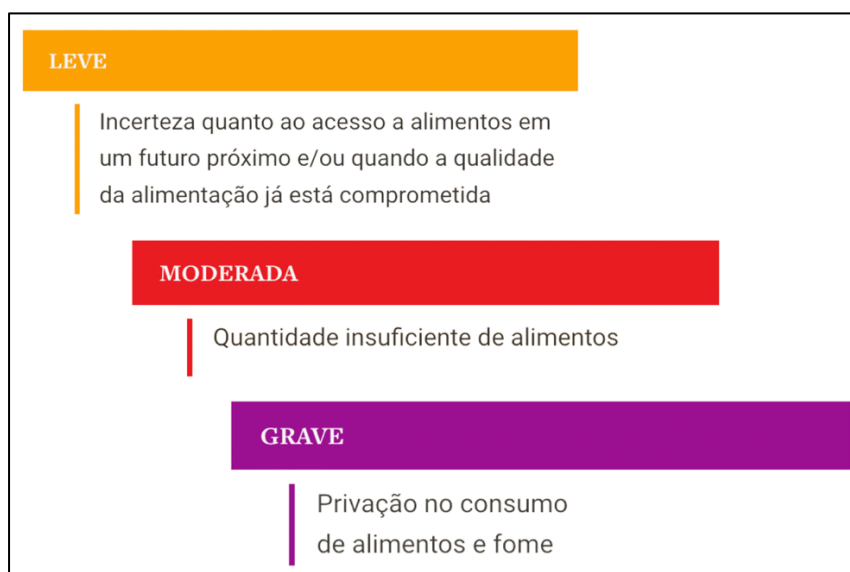


Figura 6 – Descrição dos Níveis de Insegurança Alimentar e Nutricional

Fonte: REDE PENSSAN (2022).

2.4 LIMITAÇÕES DA EBIA

Embora a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) seja amplamente reconhecida e utilizada para avaliar a IA, sua aplicação e interpretação devem considerar algumas limitações significativas. A natureza subjetiva das perguntas, que dependem da percepção individual dos respondentes sobre sua situação alimentar, pode introduzir variações na precisão das respostas, influenciadas pela interpretação pessoal ou pela relutância em admitir certas condições. Isso é especialmente relevante em contextos regionais e demográficos diversos, onde entendimentos culturais sobre fome e insegurança alimentar podem variar consideravelmente (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014).

Além disso, a EBIA mede a insegurança alimentar com base em experiências dos últimos três meses, o que pode não capturar flutuações sazonais ou mudanças econômicas repentinas, limitando a avaliação da situação em períodos mais longos. Essa limitação temporal é particularmente preocupante, pois as condições econômicas e alimentares das famílias podem mudar rapidamente, e a EBIA pode não refletir essas dinâmicas. Ademais, por focar na perspectiva doméstica, a EBIA pode não refletir adequadamente as diferenças de experiência entre indivíduos dentro do mesmo domicílio, especialmente quando se trata de adultos e crianças (CHEROL; FERREIRA; SALLES-COSTA, 2021a; GOLGHER, 2024).

Dessa forma, uma das restrições mais notáveis da EBIA reside em sua capacidade temporal de mensuração, o que pode não captar adequadamente as variações sazonais ou as mudanças econômicas súbitas que impactam a condição alimentar das famílias ao longo do tempo. Além disso, a subjetividade das respostas, influenciada pela percepção individual, e as diferenças culturais entre as regiões do país podem introduzir vieses nos resultados. Essas limitações apontam para a necessidade de uma interpretação cautelosa dos dados e, sempre que possível, do uso complementar de outros métodos de avaliação para garantir uma compreensão mais completa e precisa da insegurança alimentar no Brasil (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014).

Apesar de sua reconhecida relevância, a aplicação da EBIA no contexto brasileiro apresenta desafios que requerem uma atenção cuidadosa. As limitações temporais e subjetivas, aliadas às variações culturais existentes entre as regiões, podem impactar os resultados obtidos. Portanto, a análise dos dados fornecidos pela EBIA deve ser feita com cautela, complementando sua aplicação com outros métodos de avaliação para alcançar uma compreensão mais abrangente e precisa da situação alimentar das famílias brasileiras (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

3 SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

A relação entre IA e transtornos mentais (TM) é amplamente documentada, revelando uma conexão mútua significativa (PALAR *et al.*, 2015). A falta de acesso a alimentos nutritivos está associada a níveis elevados de estresse, ansiedade e depressão. Essa associação pode ser explicada por três principais fatores: primeiro, a deficiência de micronutrientes essenciais, como os encontrados em feijão, carnes vermelhas e aves, desempenha um papel crucial no desenvolvimento de transtornos mentais, uma vez que estudos demonstram uma correlação significativa entre deficiência nutricional e saúde mental. Em segundo lugar, a imprevisibilidade na disponibilidade de alimentos gera um estresse contínuo, um conhecido precursor de transtornos mentais. A IA afeta a percepção de poder aquisitivo e leva à marginalização social, criando um ciclo de adversidades que agravam os sintomas dos TM e comprometem a saúde mental (HEFLIN; SIEFERT; WILLIAMS, 2005; PALAR *et al.*, 2015).

Diversas pesquisas realizadas em CRQs ao longo do território brasileiro ressaltam a urgência de implementar políticas públicas direcionadas à população negra. Essas investigações corroboram dados fornecidos por fontes governamentais, que indicam que a população afrodescendente continua a enfrentar desvantagens socioeconômicas em comparação ao restante da população. Entre essas desvantagens destacam-se as elevadas taxas de ruralidade, pobreza, desemprego, analfabetismo e migração, além de um acesso restrito a serviços essenciais de saúde e saneamento ambiental. Esses fatores perpetuam a vulnerabilidade social dessa população e agravam os problemas de saúde, especialmente no contexto das comunidades quilombolas (BATISTA; ROCHA, 2020; LEMOS; SOUZA; MARQUES, 2023; NASCIMENTO; ARANTES; CARVALHO, 2022).

As disparidades sociais impactam diretamente o acesso aos serviços de saúde e agravam os desafios enfrentados por esse grupo, evidenciando a necessidade crítica de intervenções estatais mais eficazes e inclusivas. O entrelaçamento Ia, TM e as condições socioeconômicas desfavoráveis nas CRQs reforça a importância de abordagens integradas e multidimensionais nas políticas públicas. É crucial que essas políticas considerem tanto os determinantes sociais quanto os fatores específicos de saúde mental e nutrição, com o objetivo de promover uma maior equidade e inclusão social para a população afrodescendente no Brasil (BEZERRA *et al.*, 2014; FREITAS *et al.*, 2011; NASCIMENTO; ARANTES; CARVALHO, 2022).

Os determinantes sociais da saúde são elementos cruciais que moldam as condições de vida e saúde das populações. Eles abrangem uma ampla gama de fatores, incluindo condições

de moradia, trabalho e aspectos sociais, econômicos, culturais e étnico-raciais. Esses componentes não apenas afetam o bem-estar geral, mas também têm um impacto significativo no processo saúde-doença, influenciando desde a prevenção até o tratamento de doenças. Estudos sugerem que muitas das desigualdades de saúde observadas entre diferentes grupos sociais são evitáveis e poderiam ser mitigadas através de intervenções estratégicas em múltiplos níveis da sociedade (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2024).

No que diz respeito à saúde mental, os determinantes sociais assumem um papel ainda mais crítico. Eles influenciam de maneira profunda a maneira como as comunidades percebem e lidam com o adoecimento mental. A complexidade dos fatores sociais envolvidos na saúde mental exige uma abordagem que vá além de tratamentos individuais e considere as condições socioeconômicas e culturais que afetam indivíduos e grupos. A compreensão desses determinantes facilita a criação de estratégias mais eficazes e empáticas para o cuidado em saúde mental, promovendo intervenções que respeitam e incorporam as realidades específicas de cada comunidade (AMADOR *et al.*, 2024; GALVÃO *et al.*, 2021; PAHO, 2024).

Recentemente, tem sido discutida a terminologia utilizada para descrever esses fatores, com alguns pesquisadores propondo a substituição do termo “determinantes” por “determinação social”. Essa mudança visa refletir uma compreensão mais ampla e integrada dos múltiplos fatores que influenciam a saúde. A expressão “determinação social” sugere uma análise mais abrangente que reconhece as diversas influências e a interconectividade dos fatores sociais no processo saúde-doença, contrastando com uma visão mais reducionista que pode ser sugerida pelo uso de “determinantes”. Essa perspectiva realça a importância de entender as interações complexas entre os fatores sociais e a saúde, permitindo uma abordagem mais holística e contextualizada no estudo e na prática da saúde pública (GALVÃO *et al.*, 2021; HÄFELE; NOBRE; SIQUEIRA, 2023).

A interação entre os marcadores sociais e saúde mental revelam uma tendência de maior prevalência de transtornos mentais entre indivíduos de classes sociais menos favorecidas, aqueles com menor grau de escolaridade, imigrantes, pessoas com múltiplas condições crônicas de saúde e indivíduos que experimentam escasso suporte social. Esse padrão é reforçado pelos achados que indicam uma distribuição desigual da prevalência de problemas de saúde mental, que tende a não ser uniforme em toda a população. A OMS aponta que condições de desigualdade social, influenciadas por variáveis como racismo, segregação e exclusão étnica, podem agravar a vulnerabilidade de certos grupos populacionais a desordens psicológicas (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; BATISTA; ROCHA, 2020; DIMENSTEIN *et al.*, 2022).

Os determinantes sociais que moldam essas disparidades na saúde mental são fundamentais para entender como as adversidades específicas enfrentadas por comunidades marginalizadas, como as populações quilombolas, influenciam seu bem-estar psicológico. A integração desses fatores na formulação de políticas públicas de saúde é crucial para direcionar adequadamente os esforços de intervenção e suporte. Portanto, a compreensão das inter-relações entre vulnerabilidade social e saúde mental exige uma análise cuidadosa e contextualizada, a fim de evitar a perpetuação de estigmas associados à pobreza e ao sofrimento mental (RIBEIRO *et al.*, 2024).

Além disso, é crucial que as políticas de saúde mental reconheçam a complexidade destas interações e sejam direcionadas para a redução das desigualdades existentes. A reflexão crítica sobre como os marcadores sociais influenciam a saúde mental pode revelar novas perspectivas para a implementação de práticas mais eficazes e justas no campo da saúde pública. Isso envolve não apenas identificar os fatores de risco, mas também promover uma maior equidade no acesso aos serviços de saúde mental, assegurando que as intervenções sejam culturalmente sensíveis e inclusivas (HÄFELE; NOBRE; SIQUEIRA, 2023).

A concepção de saúde-doença mental é reconhecidamente multifatorial, abarcando uma interação complexa entre elementos biológicos, psicológicos e sociais. Essa visão ampliada reconhece que a saúde mental não pode ser definida de maneira uniforme para todos, variando significativamente em função de fatores temporais, geográficos, socioeconômicos, além de valores individuais e influências de natureza científica, religiosa e filosófica. Dessa forma, a saúde mental é compreendida como um reflexo das estruturas sociais, econômicas, políticas e culturais vigentes, ressaltando a importância de contextualizar as abordagens terapêuticas e de promoção de saúde em função dessas variáveis (FRIED; ROBINAUGH, 2020; REMES; MENDES; TEMPLETON, 2021).

Em 2009, a Portaria nº 992, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), visando a promoção da saúde integral da população negra, com foco especial na redução de desigualdades étnico-raciais e no combate ao racismo e discriminação dentro dos serviços de saúde. Essa política sugere um reforço particular na saúde mental de diferentes grupos etários dentro da comunidade negra, procurando adaptar a assistência para melhor responder às especificidades do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, além de prevenir problemas de saúde causados pela discriminação racial e exclusão social (BRASIL, 2010).

A literatura ainda demonstra uma lacuna significativa em estudos que abordam as interações entre fatores individuais e contextuais que influenciam o sofrimento mental em

populações rurais e, particularmente, em CRQs no Brasil. Essa ausência de pesquisa é especialmente crítica, pois impede a compreensão plena de como elementos como raça, gênero, isolamento geográfico e acesso limitado a serviços de saúde se combinam para impactar a saúde mental dessas comunidades. Essa análise detalhada é crucial para elaborar estratégias que atendam às necessidades específicas desses grupos, promovendo uma abordagem mais equânime no cuidado com a saúde mental. Essa abordagem exige uma análise detalhada dos elementos que perpetuam as desigualdades, capacitando os profissionais de saúde a desenvolver estratégias que abordem especificamente as complexidades enfrentadas por estas populações (AMADOR *et al.*, 2024; CIRILO; DIMENSTEIN, 2021; HÄFELE; NOBRE; SIQUEIRA, 2023).

3.1 SAÚDE MENTAL: DA DEMONIZAÇÃO À COMPREENSÃO CIENTÍFICA

A compreensão da loucura tem sido documentada ao longo de séculos, contudo, em tempos mais recentes, a distinção entre sanidade e insanidade, bem como a definição de transtornos mentais, não era claramente estabelecida. Desde o Renascimento até a contemporaneidade, observa-se uma trajetória caracterizada pela progressiva segregação e marginalização de indivíduos com transtornos mentais das experiências sociais cotidianas. Esse fenômeno reflete mudanças significativas nas percepções e no tratamento da saúde mental, marcando a evolução das práticas e das teorias psiquiátricas ao longo da história (FOUCAULT, 1978; SZASZ, 1961).

Entre os séculos XVIII e XIX, surgiram convicções que transformaram a loucura de um problema social para uma questão científica. Com a fundação da psiquiatria, a loucura passou a ser vista como uma doença perigosa e contagiosa, necessitando de cura. Esse paradigma alterou profundamente a abordagem médica e social, enquadrando a loucura dentro de uma perspectiva científica que buscava entender e tratar essa condição para dar ao paciente o estado de “normalização” da sua condição de adoecimento (CAMARGO, 2020).

A saúde mental não é um fenômeno isolado, mas sim uma complexa rede de fatores inter-relacionados. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo é capaz de desenvolver suas habilidades pessoais, responder aos desafios cotidianos e contribuir para a comunidade. Esse estado de bem-estar é influenciado não apenas pelos aspectos psicológicos e emocionais, mas também por condições fundamentais como a saúde física, o apoio social e as condições de vida. Além dos fatores individuais, a saúde mental é amplamente determinada por elementos sociais, ambientais e

econômicos, que interagem para moldar a experiência mental de cada indivíduo (AMADOR *et al.*, 2024; OMS, 2022a).

A compreensão da saúde mental como um fenômeno biopsicossocial é crucial para uma abordagem holística. Isso implica que a saúde mental resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Reconhecer essa interdependência é essencial para promover uma visão integradora do bem-estar, onde o ambiente ao nosso redor e as nossas interações sociais desempenham papéis significativos. Assim, o cuidado com a saúde mental deve ser visto como uma responsabilidade coletiva, onde cada indivíduo tem um papel importante, tanto em cuidar de si mesmo quanto em apoiar os outros, promovendo um ambiente saudável e colaborativo para todos (ARAGÃO; FILHO, 2019; CASTANEDA, 2019).

A garantia do direito à saúde, conforme previsto na Constituição, inclui o atendimento em saúde mental, sendo responsabilidade do Estado brasileiro assegurar condições adequadas de cuidado para todos os cidadãos. A política de saúde mental no Brasil é baseada em princípios fundamentais como a desinstitucionalização, o cuidado em liberdade e a promoção dos direitos humanos. Esses princípios visam reformar o modelo tradicional de tratamento, enfatizando a reintegração social dos pacientes e o respeito à sua autonomia. Portanto, o Estado deve oferecer serviços de saúde mental que não apenas tratem os transtornos, mas também valorizem a dignidade e os direitos dos indivíduos, proporcionando um atendimento integral e humanizado (BRAGA, 2019; BRASIL, 1988a; SILVA; ROSA, 2014).

Pessoas em situação de crise podem acessar qualquer serviço disponível na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estrutura composta por diversos tipos de atendimento com características e finalidades variadas. Para garantir que o atendimento seja acessível, aberto e justo a todos, essa rede está integrada ao SUS e funciona de acordo com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. A RAPS oferece diversos serviços, como unidades básicas de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento, hospitais gerais e especializados, entre outros (BRASIL, 1992, 2011).

Para assegurar um atendimento integral e contínuo, é crucial que os serviços de saúde sejam estruturados em uma rede conectada e dinâmica. Esta configuração de cuidados opera como uma teia em cada território, onde os diversos serviços de saúde colaboram de maneira integrada. A RAPS, uma das redes mais importantes do SUS dedicada à saúde mental, engloba ações de promoção da saúde mental, assistência, cuidado e reabilitação psicossocial para pessoas com sofrimento mental e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Essa abordagem integrada não se foca apenas no tratamento, mas também na recuperação e

reintegração social dos indivíduos. Na Figura 7 pode-se observar os pontos da RAPS e como a rede oferece atendimento integrado e contínuo para saúde mental (BRASIL, 2011).

A OMS define saúde mental como uma condição de bem-estar onde o indivíduo é capaz de reconhecer e utilizar suas habilidades, enfrentando o estresse cotidiano de maneira eficaz e contribuindo positivamente para sua comunidade. Essa definição dá ênfase a importância de funcionar de forma produtiva e efetiva em meio às adversidades inerentes à vida moderna. A saúde mental abrange mais do que a ausência de transtornos mentais, envolve a capacidade de realizar tarefas complexas, alcançar metas pessoais e estabelecer relações frutíferas com o entorno (OMS, 2022b).

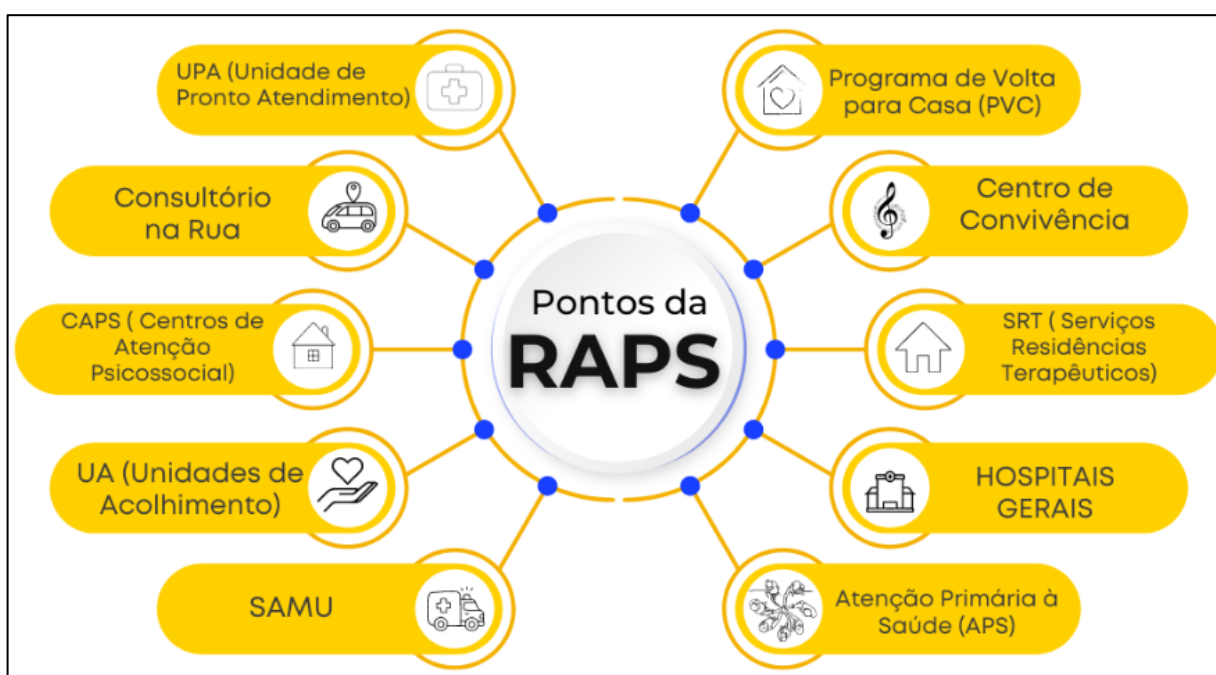


Figura 7 – Pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil.
Fonte: BRASIL (2011).

Além disso, a saúde mental é caracterizada por uma interação dinâmica entre fatores emocionais e cognitivos que influenciam a qualidade de vida do indivíduo. Isso inclui a habilidade de desfrutar a vida e manter um equilíbrio entre as várias atividades e desafios psicológicos. A capacidade de adaptação, conhecida como resiliência psicológica, é crucial, estando em paridade com a saúde física em termos de impacto no bem-estar geral de uma pessoa. Portanto, a promoção da saúde mental é vital, não só para o bem-estar pessoal, mas também para o benefício social mais amplo, permitindo que indivíduos contribuam efetivamente para suas comunidades (OMS, 2022a; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

É indiscutível que a saúde mental comprometida exerce um impacto considerável na redução da capacidade fisiológica do indivíduo. A falha em reconhecer ou abordar esses

aspectos durante o manejo clínico pode levar a uma escalada no uso de psicofármacos e a estratégias de tratamento e internações que podem não ser as mais adequadas. Este cenário enfatiza a necessidade de uma avaliação holística nos protocolos de tratamento, assegurando que as intervenções sejam não apenas medicamentosas, mas também integrativas, visando uma recuperação mais efetiva e sustentada da saúde mental (SALGADO; FORTES, 2021; SECCO; TESSER, 2023).

A OMS ainda enfatiza a necessidade de que os gastos com saúde sejam proporcionais ao ônus dos problemas de saúde mental e advoga por uma paridade entre os cuidados de saúde físicos e mentais. Isto implica a integração dos serviços de saúde mental e física, assegurando que a porcentagem de recursos destinados à saúde mental seja equivalente à sua contribuição relativa para a carga global de doença (OMS, 2022c).

Globalmente, aproximadamente um bilhão de indivíduos, ou uma em cada oito pessoas, sofrem de algum tipo de transtorno mental. Esses transtornos representam a principal causa de incapacidade em todo o mundo e possuem um impacto significativo na redução da expectativa de vida. Indivíduos com condições severas de saúde mental tem uma expectativa de vida reduzida de 10 a 20 anos em comparação com a média populacional. Essa diminuição na longevidade é frequentemente atribuída a doenças físicas que poderiam ser prevenidas. Este cenário destaca a urgência em integrar a saúde mental com a assistência médica geral, visando a detecção e tratamento precoce de comorbidades físicas em pacientes psiquiátricos (OMS, 2020, 2024).

Ainda em um cenário global, a alocação de recursos financeiros para a saúde mental representa, em média, 2,8% do total de despesas com saúde. Observa-se uma disparidade significativa entre países, onde nações de baixa renda destinam apenas cerca de 0,5% do orçamento de saúde para serviços de saúde mental, contrastando com 5,1% nos países de alta renda. Especificamente na Região das Américas, os gastos com saúde mental oscilam entre 0,2% na Bolívia e 8,6% no Suriname, destacando-se uma correlação linear direta entre a renda nacional e o investimento em saúde mental (OMS, 2022a; OPAS, 2023).

Os transtornos mentais representam uma interseção crítica com a saúde pública, influenciando significativamente a incidência de doenças concomitantes e eventos de lesões, tanto intencionais quanto não intencionais. A lacuna entre o diagnóstico de condições mentais e o acesso ao tratamento adequado é particularmente pronunciada, com uma diferença mediana de 73,5% na região das Américas. Essa disparidade é ainda mais acentuada na América Latina e no Caribe, onde 77,9% dos adultos com transtornos afetivos, de ansiedade e por uso de substâncias não recebem tratamento necessário (KOHN *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Em contraste, a América do Norte apresenta uma lacuna menor, de 47,2%. Além disso, a esquizofrenia e a depressão apresentam diferenças consideráveis de 56,9% e 73,9%, respectivamente, enquanto a questão do abuso de álcool alcança uma diferença de 85,1% na América Latina e Caribe. Paradoxalmente, apenas 2,0% do orçamento de saúde na região das Américas é destinado à saúde mental, com mais de 60% desse financiamento concentrado em hospitais psiquiátricos, evidenciando uma necessidade crítica de realocação de recursos para ampliar o acesso e a qualidade do tratamento em saúde mental (OPAS, 2013; RODRÍGUEZ, 2010).

O Brasil apresenta as maiores taxas de ansiedade e depressão no mundo, impactando cerca de 19 milhões de pessoas (BRASIL, 2024). Fatores como instabilidade financeira, baixa escolaridade e infraestrutura inadequada, especialmente em serviços públicos, contribuem significativamente para essa situação. Essas condições exacerbam a incerteza e intensificam o estresse diário, aumentando a prevalência de transtornos mentais e complicando o acesso a tratamentos adequados (SANTOS *et al.*, 2019).

Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde endossou o Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020, que visava alinhar e atualizar estratégias regionais às políticas da OPAS e OMS. Esse esforço global fortalece políticas nacionais e programas de saúde mental, reduzindo transtornos, prevenindo incapacidades e facilitando a reabilitação. Quase todos os países da América Latina e do Caribe cooperam tecnicamente com a OPAS/OMS, recebendo suporte para necessidades específicas dos governos locais (OMS, 2022d).

A promoção da saúde mental e o combate ao adoecimento mental requerem um enfoque abrangente que englobe desde a prevenção e o tratamento até a reabilitação e a reintegração social. Isso inclui a implementação de estratégias baseadas em evidências, a formação contínua de profissionais de saúde, e a conscientização da população sobre a importância de buscar ajuda e de apoiar aqueles que enfrentam problemas de saúde mental. A integração de serviços de saúde mental com a assistência médica geral é essencial para garantir que as comorbidades sejam detectadas e tratadas precocemente, prevenindo a deterioração da saúde física e mental dos indivíduos (SANCHES; VECCHIA, 2018).

Além disso, é crucial que haja uma distribuição equitativa dos recursos financeiros destinados à saúde mental. A disparidade atual entre os países de baixa e alta renda em termos de investimento em saúde mental deve ser abordada para garantir que todos os indivíduos, independentemente de sua localização geográfica, tenham acesso a cuidados de qualidade. A alocação adequada de recursos é fundamental para a criação de redes de apoio robustas e eficazes, que possam oferecer serviços integrados e humanizados (VENTURA *et al.*, 2021).

3.2 A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil, a assistência psiquiátrica começou com a criação dos primeiros hospícios, estabelecendo uma era de tratamentos que isolavam aqueles considerados mentalmente instáveis. Essas práticas iniciais de segregação evidenciavam uma abordagem excludente, focando quase exclusivamente nas patologias sem considerar os aspectos holísticos dos indivíduos. Essa abordagem reducionista relegava o paciente a uma condição de doença, ignorando suas necessidades psicológicas e sociais complexas e, consequentemente, sua dignidade humana. Essa postura refletia uma visão limitada, que negligenciava a importância de estratégias de intervenção mais abrangentes e respeitosas às complexidades humanas (DE JESUS MARI, 2014; RIBEIRO, 2016).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), iniciada na década de 70, representou um ponto de inflexão significativo para o campo da saúde mental. Essa reforma destacou a predominância de intervenções na fase tardia das doenças mentais e sublinhou a importância da promoção da saúde e da prevenção primária. Apesar desses avanços, a promoção da saúde mental voltada especificamente para populações em risco ainda era raramente abordada. Este período marcou um despertar crítico para a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e preventiva na saúde mental, movendo-se gradualmente além do tratamento de sintomas para a promoção do bem-estar integral. No entanto, a inclusão de grupos marginalizados, como a população negra, foi amplamente negligenciada, o que deixou um vazio significativo no alcance das políticas de saúde mental (ARARIPE *et al.*, 2023; ESTEVAM *et al.*, 2020).

A RPB fez progressos significativos ao priorizar a desospitalização e a criação de serviços comunitários, como os CAPS. No entanto, a questão racial foi amplamente negligenciada, resultando em uma ausência de suporte específico para a população negra. A abordagem predominante da reforma não considerou as experiências particulares de racismo e discriminação vivenciadas por essas comunidades, mantendo-se centrada em um modelo eurocêntrico de tratamento. Esse modelo não incorporou plenamente as necessidades culturais e sociais das populações negras, perpetuando sua exclusão dos benefícios da reforma (DAVID; VICENTIN, 2020; MACHADO, 2020).

Alguns estudos indicam que a intersecção entre racismo e saúde mental é uma questão crítica. As influências das teorias racialistas e eugenistas do século XIX e início do século XX, que apoiaram políticas de branqueamento, ainda impactam negativamente a saúde mental da população negra. Essas políticas levaram à institucionalização desproporcional de negros, reforçando a segregação e o estigma. Para enfrentar essas barreiras, é fundamental que a

PNSIPN seja plenamente implementada, e que estratégias antirracistas sejam integradas nas práticas de saúde mental. Apenas através de uma abordagem inclusiva e equitativa, que reconheça e valorize as especificidades culturais da população negra, a reforma psiquiátrica poderá promover verdadeiramente a justiça social e a equidade na saúde mental (DAVID; VICENTIN, 2020; DE JESUS MARI, 2014).

Em 1988, a instituição do SUS no Brasil, conforme estabelecido pela CF/1988, marcou uma transformação significativa na política de saúde do país. A Lei Orgânica da Saúde (LOS) delineou as diretrizes e normativas para a estruturação desse novo sistema de saúde. Essas diretrizes enfatizam a importância de integrar o atendimento à saúde mental dentro das comunidades, especialmente através das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esse enfoque comunitário visa facilitar o acesso e melhorar a resposta às necessidades dos indivíduos com transtornos mentais, consolidando um modelo de atenção que valoriza a proximidade dos serviços à população (BRASIL, 1988a, 1990).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), iniciada na década de 1980 e implementada em 2001, adotou um modelo de atenção psicossocial em linha com a reforma psiquiátrica. Essa abordagem promove a integralidade das ações e a interdisciplinaridade, focalizando o tratamento de indivíduos com sofrimento psíquico além da perspectiva clínica. O modelo busca integrar esses indivíduos na sociedade, oferecendo suporte abrangente para suas diversas necessidades (ALMEIDA, 2019; BRASIL, 2001).

Em 2001, durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi ressaltada a importância do atendimento a pacientes com sofrimento mental nas UBS. Neste contexto, identificar precocemente usuários em risco para o Transtorno Mental Comum (TMCs) emergiu como estratégia vital para mitigar o sofrimento e prevenir o desenvolvimento de Transtornos Mentais Graves (TMG). Assim, priorizar ações de cuidado em saúde mental, especialmente para condições clínicas e subclínicas de depressão e ansiedade, bem como suas comorbidades, tornou-se uma abordagem fundamental (BRASIL, 2002).

3.3 RECORTE DE GÊNERO NA SAÚDE MENTAL

A maior prevalência de TMCs entre mulheres está associada a variações hormonais que ocorrem durante o ciclo menstrual, pós-parto e climatério. Além das alterações biológicas, fatores sociais desempenham um papel significativo no desenvolvimento de TMCs, dado o papel tradicional que as mulheres ocupam na sociedade. As responsabilidades múltiplas, que incluem ser esposas, mães, educadoras e cuidadoras, juntamente com a crescente participação no mercado de trabalho, aumentam o nível de estresse. Esse estresse é exacerbado pelas

pressões sociais e pela discriminação de gênero, bem como pela exposição à pobreza, fome, desnutrição e violência, criando um ambiente propício ao desenvolvimento de transtornos mentais (BARR *et al.*, 2024; WIECZOREK; TARGONSKAYA; MASLOWSKI, 2023).

As mulheres estão inseridas em um contexto em que forças sociais, econômicas e culturais encobrem a posição em que são afetadas por diferentes sistemas de opressão e subordinação. Assim, marcadores sociais como raça, gênero e classe frequentemente se cruzam e se sobrepõem, criando intersecções complexas. Nesse cenário, as mulheres negras sofrem simultaneamente os impactos da raça e do gênero (CRENSHAW, 2002). Mulheres negras são frequentemente invisibilizadas e negligenciadas, resultando em uma subestimação significativa dos impactos na saúde mental dessas mulheres dentro do campo da saúde mental (GALVÃO *et al.*, 2021; SMOLEN; DE ARAÚJO, 2017).

Um achado consistente na literatura aponta que as mulheres apresentam uma prevalência maior de TMCs. Estudos longitudinais e transversais corroboram essa tendência, destacando a necessidade de considerar essas diferenças no planejamento de intervenções de saúde pública e no desenvolvimento de políticas de saúde mental que atendam às necessidades específicas das mulheres (BARR *et al.*, 2024; CARRETTA; MCKEE; RHEE, 2023; CHRISTIANSEN; MCCARTHY; SEEMAN, 2022; CIRILLO *et al.*, 2020; ROSENFELD; SMITH, 2009).

As divergências nas taxas de TMCs entre homens e mulheres podem ser atribuídas a uma multiplicidade de fatores. Entre os aspectos biológicos, destacam-se o funcionamento cerebral diferenciado e as variações endocrinológicas. Além disso, fatores relacionados ao desenvolvimento e à personalidade, bem como comportamentos e experiências vivenciados ao longo da vida, desempenham um papel crucial. De igual importância são os fatores sociológicos, que englobam as normas sociais, os papéis de gênero e as expectativas culturais, influenciando significativamente a prevalência e a manifestação dos transtornos mentais em cada gênero (CIRILLO *et al.*, 2020).

A vulnerabilidade biológica pode ser agravada pela vulnerabilidade social em certas circunstâncias. Estudos indicam que a gravidez pode ser um fator de risco significativo para o desenvolvimento de TMCs, especialmente quando acompanhada de violência psicológica física ou sexual. Essas formas de violência, quando combinadas com o estresse fisiológico da gravidez, aumentam substancialmente o risco de transtornos mentais (ADEOYE; SOGBESAN; ESAN, 2022; ADEYELE; MAKINDE, 2023; HOGG *et al.*, 2023).

No Brasil, a distribuição desigual de recursos e oportunidades evidencia um quadro de profunda disparidade social. Embora as mulheres representem uma parcela maior da população,

a realidade mostra que os homens brancos ocupam predominantemente as melhores posições sociais e econômicas. Em contraste, as mulheres negras encontram-se frequentemente na base da hierarquia social. Essa posição desfavorável é resultado de uma confluência de fatores históricos, raciais e de gênero que perpetuam a marginalização e limitam o acesso dessas mulheres a condições equitativas de vida e trabalho (HOOKS, 1981; NASCIMENTO; ARANTES; CARVALHO, 2022).

Os dados mais recentes do IBGE sobre desigualdade racial e de gênero no Brasil destacam profundas disparidades nos rendimentos médios mensais. Conforme o relatório “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil” e a “Síntese de Indicadores Sociais”, o rendimento médio mensal de pessoas acima de 14 anos mostra que homens brancos ganham R\$ 3.138, enquanto mulheres brancas recebem R\$ 2.503. Em contraste, homens pretos têm um rendimento médio de R\$ 1.764, e mulheres pretas, R\$ 1.587. Esses dados evidenciam a persistência de uma hierarquia socioeconômica onde as mulheres negras são particularmente desfavorecidas (IBGE, 2023a, 2023b).

Além disso, mulheres negras enfrentam frequentemente formas de discriminação com base no gênero, raça e condições socioeconômicas, o que agrava a exclusão social e restringe o acesso a recursos sociais e psicológicos. A violência doméstica, em todas as suas nuances, exerce um papel crucial, ocorrendo com maior frequência em contextos de vulnerabilidade acentuada. Esse fenômeno representa um fator de risco significativo para o surgimento de transtornos mentais (BEZERRA *et al.*, 2021; SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Os indicadores de transtornos mentais são notoriamente elevados entre mulheres submetidas a condições de vulnerabilidade social, um fenômeno que reflete as múltiplas dimensões adversas de suas experiências cotidianas. Predominantemente, o estresse crônico e a ansiedade são exacerbados pela exposição contínua a condições de pobreza extrema e limitação no acesso a serviços fundamentais, incluindo educação e saúde (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020; SALGADO; FORTES, 2021).

3.4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

O conceito de TMCs, criado por Goldberg e Huxley, emergiu nas pesquisas da epidemiologia psiquiátrica na década de 90, como uma ferramenta crucial para entender e abordar queixas inespecíficas dos pacientes e engloba uma série de manifestações sintomáticas não psicóticas, frequentemente associadas a estados subclínicos como ansiedade, depressão e estresse. Este termo é empregado para descrever condições que, embora não se enquadrem nos critérios diagnósticos de transtornos psiquiátricos plenamente desenvolvidos, apresentam um

impacto significativo no funcionamento diário dos indivíduos (ABDETA *et al.*, 2023; HUXLEY; GOLDBERG, 1992).

Apesar de não preencherem os critérios formais estabelecidos pelas classificações tradicionais, como o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* e a Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão (CID-11), os TMCs manifestam sintomas marcantes que podem resultar em incapacitação funcional severa. Essas incapacidades funcionais são frequentemente comparáveis, ou até superiores, às observadas em quadros crônicos bem estabelecidos. A natureza dos TMCs destaca a necessidade de uma abordagem diagnóstica e terapêutica que reconheça e trate a severidade de seus sintomas, independentemente da ausência de um diagnóstico formal segundo os critérios tradicionais (DARÉ *et al.*, 2019; NICHOLSON, 2018; OMS, 2022e).

No contexto da saúde primária, é comum o enfrentamento dessas queixas, diariamente, como dores corporais, desconforto geral, cefaleia, nervosismo, esquecimento, falta de concentração e insônia. Esses sintomas, que frequentemente não se enquadram claramente em diagnósticos psiquiátricos tradicionais ou categorizações médicas usuais, representam uma demanda recorrente por cuidados nas UBS. Além disso, essas manifestações estão intrinsecamente ligadas a fatores psicossociais significativos, incluindo suporte social, dinâmicas familiares e laborais, e condições socioeconômicas dos indivíduos (HÄFELE; NOBRE; SIQUEIRA, 2023; SANTOS *et al.*, 2019).

Os transtornos deste tipo podem resultar em sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos indivíduos afetados, além de gerar significativos encargos econômicos para a sociedade. Esses encargos são majoritariamente devido aos custos indiretos relacionados ao absentismo por doença, aposentadorias prematuras e mortes precoces. Adicionalmente, distúrbios depressivos têm um impacto significativo na comorbilidade de diversas doenças médicas, como problemas cardíacos, diabetes e câncer, e podem causar disfunções familiares, aumentando o risco de doenças físicas ou mentais entre os membros da família. A alta prevalência global desses transtornos contribui para que sejam considerados um dos maiores problemas de saúde pública mundial (ARARIPE *et al.*, 2023; MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016).

No âmbito clínico, muitos pacientes hesitam em buscar assistência médica, muitas vezes subestimando suas condições como passageiras ou sendo mal compreendidos pelas pessoas que convive socialmente. Isso frequentemente leva a diagnósticos insuficientes, especialmente em UBS, onde ocorre prescrição excessiva de benzodiazepínicos e encaminhamentos desnecessários para outros níveis de cuidado, no SUS. Tal prática não apenas

perpetua cuidados ineficazes, mas também sobrecarrega o sistema de saúde (HÄFELE; NOBRE; SIQUEIRA, 2023; SALGADO; FORTES, 2021).

Goldberg e Huxley definiram que o sofrimento mental pode ser abordado através de quatro níveis distintos e crescente de intervenção em saúde. Adaptando para a realidade brasileira, como nível inicial, tem-se o comportamento do doente, onde o indivíduo se reconhece como tal, mas permanece dentro dos limites de sua comunidade. Em seguida, temos a morbidade geral de sofrimento mental dos pacientes da Atenção Básica de Saúde (ABS). O terceiro nível abrange os transtornos mentais que necessitam de encaminhamento para especialistas em um nível de atenção mais elevado. Finalmente, o quarto nível inclui a internação em leitos psiquiátricos. Os TMCs, em geral, se enquadram nos dois primeiros níveis de intervenção. Na figura 8, é possível visualizar um fluxograma de pirâmide ilustrando os quatro níveis de intervenção em saúde, cada um representando um grau crescente de especialização (HUXLEY; GOLDBERG, 1992).

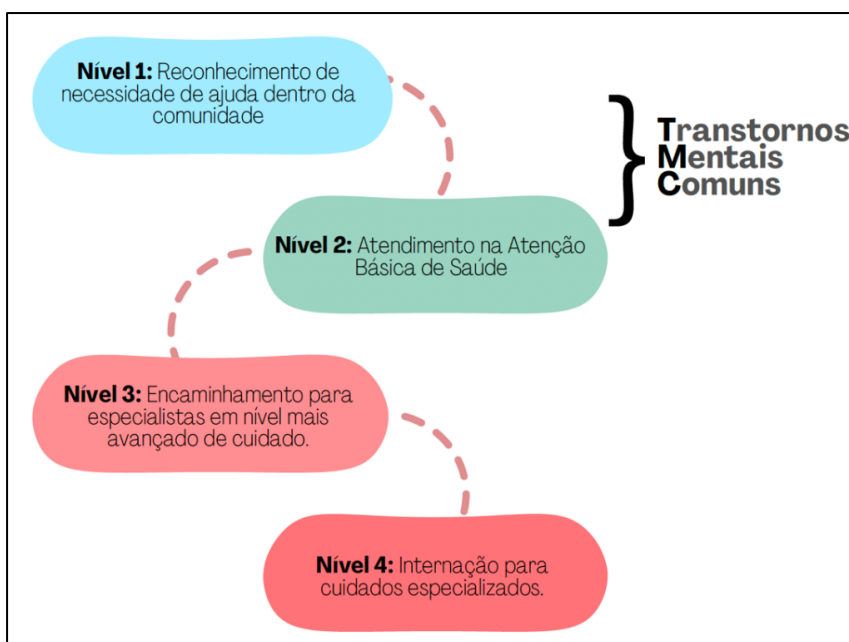


Figura 8 - Intervenção em saúde em níveis crescentes de especialização.
Fonte: Elaboração própria.

Essa estrutura de níveis de intervenção é particularmente relevante à luz dos dados recentes do IBGE, que mostram um aumento substancial no número de indivíduos diagnosticados com depressão por profissionais de saúde mental no Brasil entre 2013 e 2019. Em 2019, 10,2% da população com 18 anos ou mais relatou ter recebido esse diagnóstico, correspondendo a cerca de 16,3 milhões de pessoas. Esse percentual representa um aumento de 34% em comparação com 2013, quando 7,6% da população relatava o mesmo diagnóstico. Esta elevação nos índices de depressão destaca uma tendência preocupante no panorama de saúde

mental do país, refletindo possivelmente mudanças socioeconômicas, culturais e ambientais ocorridas no período (IBGE, 2020).

A análise dos dados desagregados por sexo revelou que as mulheres tem uma probabilidade significativamente maior de receber um diagnóstico de depressão em comparação com os homens. Em ambos os anos analisados, 2013 e 2019, as mulheres relataram o diagnóstico com uma frequência aproximadamente 2,8 vezes maior do que os homens. Além disso, entre 2013 e 2019, a proporção de mulheres diagnosticadas com depressão aumentou em 35%, enquanto entre os homens esse aumento foi ligeiramente menor. Esses dados sugerem que fatores específicos de gênero podem influenciar a prevalência de depressão, indicando a necessidade de estratégias de intervenção mais direcionadas para abordar as diferenças observadas entre homens e mulheres (ARARIPE *et al.*, 2023; IBGE, 2020).

No contexto de Alagoas, uma investigação realizada, em 2008, sobre a saúde mental de mulheres na região semiárida do estado revelou uma prevalência de TMCs de 56,2% na zona rural e 43,8% na zona urbana. A disparidade nas prevalências pode ser atribuída a diferentes fatores socioeconômicos e ambientais que influenciam a saúde mental de maneira distinta nas duas regiões. Em um estudo subsequente, envolvendo mulheres de 20 a 49 anos, residentes tanto em zonas urbanas quanto rurais de Alagoas, a prevalência de TMCs foi observada em 47,9% dos casos. Este dado consolida a alta incidência de transtornos mentais na população feminina do estado, independentemente do local de residência (PAFFER *et al.*, 2012; SILVA, 2017).

A depressão, juntamente com a ansiedade, constitui um dos eventos psíquicos mais prevalentes na sociedade contemporânea. A prevalência de distúrbios depressivos e de ansiedade é significativamente maior entre as mulheres. As evidências apontam para uma variação na proporção de incidência desses transtornos entre homens e mulheres, com as mulheres apresentando uma vulnerabilidade consideravelmente maior. Este fenômeno pode ser atribuído a uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais que afetam de maneira diferenciada os gêneros. As implicações dessa disparidade são vastas, exigindo abordagens terapêuticas e preventivas que considerem essas diferenças para promover uma intervenção mais eficaz e equitativa em saúde mental (DE JESUS MARI, 2014; SALGADO; FORTES, 2021).

Em contraponto, a significativa relutância dos homens em buscar ajuda para problemas de saúde mental é amplamente documentada e se relaciona a fatores socioculturais profundamente enraizados. Estudos mostram que normas tradicionais de masculinidade, que valorizam a autossuficiência, o controle emocional e a força, desencorajam os homens a

admitirem fraquezas ou vulnerabilidades. Essa internalização de normas masculinas faz com que os homens vejam a busca por ajuda psicológica como um sinal de fraqueza, incompatível com a sua identidade masculina. Além disso, a percepção de que expressar emoções ou buscar ajuda pode levar à marginalização social reforça essa resistência ao tratamento (ARARIPE *et al.*, 2023; DIMENSTEIN *et al.*, 2020).

A falta de conhecimento sobre saúde mental também contribui para essa relutância. Muitos homens têm dificuldades em reconhecer os sintomas de transtornos mentais ou em entender a importância de procurar ajuda profissional. Essa ignorância pode ser exacerbada pela expressão atípica dos sintomas em homens, como a irritabilidade e o comportamento agressivo, que muitas vezes não são identificados como sinais de depressão pelos próprios homens ou pelos profissionais de saúde. Além disso, os estigmas sociais e pessoais em torno da saúde mental, que associam a busca de ajuda a uma perda de status ou respeito, dificultam ainda mais o processo de tratamento (STAIGER *et al.*, 2020).

Os estudos epidemiológicos desempenham um papel crucial na compreensão da distribuição, frequência e determinantes dos TMCs em diferentes populações, oferecendo uma base essencial para a avaliação da qualidade e efetividade dos serviços de saúde mental. Além disso, esses estudos são vitais para a elaboração e implementação de políticas, planos e serviços de saúde mental. No Brasil, os estudos de base populacional surgem como ferramentas científicas valiosas nesse contexto. Contudo, o número de investigações epidemiológicas de base populacional que examinam a ocorrência de TMCs e seus fatores de risco ainda é limitado. Essa lacuna pode impactar negativamente a criação, adequação e efetividade de políticas públicas voltadas para minimizar os impactos dos TMCs na vida dos indivíduos, destacando a necessidade de mais pesquisas nessa área para melhor fundamentar ações de saúde pública (BONADIMAN *et al.*, 2020; SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

3.4.1 Ansiedade

A ansiedade é uma resposta emocional caracterizada por uma sensação de apreensão, tensão e preocupação, frequentemente acompanhada por manifestações físicas. Embora represente uma reação normal ao estresse e seja parte integrante do instinto de sobrevivência humano, a ansiedade pode se tornar patológica quando é desproporcional ao estímulo, persistente e interfere de maneira significativa nas atividades diárias. Nestas circunstâncias, a ansiedade pode ser classificada como um transtorno de ansiedade, abrangendo condições como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico, fobias específicas, transtorno de

ansiedade social e um risco aumentado de desenvolver outros distúrbios psiquiátricos, especialmente a depressão (BARLOW, 2002; HOA *et al.*, 2024).

Com relação aos sintomas físicos, o indivíduo com crise de ansiedade apresenta falta de ar, tontura, sudorese, aceleração dos batimentos cardíacos e tremores. Essas manifestações físicas podem intensificar a percepção de desconforto e, em muitos casos, resultam em modificações substanciais no comportamento cotidiano. Indivíduos afetados tendem a evitar determinadas situações ou objetos que desencadeiam seus sintomas, o que pode limitar significativamente suas atividades diárias e reduzir a qualidade de vida (IBRAHIM *et al.*, 2024).

Os transtornos de ansiedade são amplamente prevalentes, com cerca de 7.410 casos por 100.000 habitantes, em 2019. A incidência é destacado em dois grupos etários: 10-14 anos e 35-39 anos, evidenciando a necessidade de intervenções específicas para essas faixas etárias. A prevalência desses transtornos está fortemente correlacionada com o desenvolvimento econômico e a urbanização, sugerindo que fatores socioeconômicos e ambientais são cruciais para a saúde mental (JAVOID *et al.*, 2023).

Pesquisas recentes tem concentrado uma atenção significativa na prevalência de transtornos de ansiedade entre mulheres, evidenciando taxas consideravelmente mais elevadas, em comparação aos homens. Alguns estudos realizados em diversos contextos geográficos e culturais confirmam essa tendência, destacando a incidência de sofrimento psíquico grave entre mulheres, particularmente em idades mais avançadas (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; JAVOID *et al.*, 2023; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; SANTOS *et al.*, 2019; SILVA, 2017). Uma investigação realizada em Bangladesh, demonstrou que a prevalência de sofrimento psíquico grave era substancialmente maior nas mulheres do que nos homens, com essa diferença se acentuando conforme a idade avançava (PARREIRA *et al.*, 2021).

Considerando o contexto de vida das mulheres em áreas rurais, fatores ambientais e socioeconômicos parecem exercer uma influência determinante sobre a saúde mental. As condições de vida associadas à pobreza, a limitação de recursos econômicos e sociais, e as desvantagens demográficas contribuem significativamente para a vulnerabilidade das mulheres a transtornos mentais. O isolamento social, frequentemente presente em ambientes rurais, tem sido fortemente associado a escores mais altos de ansiedade. Além disso, as condições de trabalho estressantes inerentes a esse meio exacerbam os sintomas depressivos, destacando a complexa inter-relação entre fatores socioeconômicos e a saúde mental das mulheres em zonas rurais (CIRILO; DIMENSTEIN, 2021; PARREIRA *et al.*, 2021).

No contexto rural, o isolamento social e o trabalho estressante emergem como fatores preponderantes na exacerbação dos transtornos de ansiedade e depressão entre mulheres. O

isolamento social tem um efeito mais pronunciado sobre a ansiedade devido à falta de redes de apoio, enquanto as condições de trabalho estressantes impactam mais fortemente os sintomas depressivos (DIMENSTEIN *et al.*, 2020).

3.4.2 Depressão

A depressão é um transtorno psiquiátrico prevalente e de grande impacto, afetando de maneira significativa a vida cotidiana dos indivíduos, sua capacidade de trabalhar, dormir, estudar, alimentar-se e desfrutar de atividades prazerosas. Este transtorno multifacetado é resultado de uma complexa interação entre fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos. A compreensão desta condição requer uma abordagem holística, considerando a variedade de elementos que contribuem para o seu desenvolvimento e manutenção (ARAGÃO; FILHO, 2019; BECK, 1972).

Esse transtorno é prevalente globalmente, afetando mais de 300 milhões de indivíduos em todo o mundo. Diferente das variações normais de humor e das respostas emocionais temporárias aos desafios cotidianos, a depressão, especialmente quando persiste por longos períodos com intensidade moderada a grave, pode se transformar em uma condição de saúde crítica. Esse transtorno não apenas gera um grande sofrimento emocional para a pessoa afetada, mas também causa disfunções significativas em diversas esferas da vida, incluindo o trabalho, a escola e o ambiente familiar (BRASIL, 2022, 2024).

Além do impacto substancial na qualidade de vida, a depressão também está associada a consequências fatais, sendo uma das principais causas de suicídio. Estima-se que cerca de 800 mil pessoas cometam suicídio anualmente, tornando-se a segunda principal causa de morte entre adolescentes e jovens adultos de 15 a 29 anos. Este dado alarmante sublinha a gravidade do transtorno e a urgência de estratégias de prevenção e tratamento adequadas (ARARIPE *et al.*, 2023).

Evidências de estudos genéticos sugerem que a suscetibilidade à depressão está associada à influência combinada de múltiplos genes, que interagem com fatores ambientais adversos. A predisposição genética, portanto, não é um determinante isolado, mas funciona em sinergia com experiências de vida e condições ambientais. Esta interrelação complexa implica que indivíduos com uma carga genética específica podem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de depressão quando expostos a certos estressores ambientais (COSTA; ALVES, 2023; PENNER-GOEKE; BINDER, 2019).

A incidência de alguns tipos de depressão em famílias aponta para um componente hereditário, contudo, é crucial reconhecer que a depressão pode manifestar-se também em

indivíduos sem histórico familiar do transtorno. A apresentação clínica da depressão é heterogênea, variando em termos de gravidade, frequência e duração dos sintomas, os quais são influenciados pela condição específica e características individuais de cada paciente (PENNER-GOEKE; BINDER, 2019).

No campo da saúde mental, a depressão é classificada como um transtorno de humor, caracterizado predominantemente por humor depressivo e irritável durante a maior parte do dia. Pacientes com depressão frequentemente experimentam uma lentificação das funções psíquicas e da motricidade, bem como prejuízos significativos na capacidade de atenção e concentração. Os pensamentos são tipicamente negativos, acompanhados por sentimentos de culpa, inutilidade e uma diminuição do prazer e da motivação para atividades cotidianas e de lazer. Além disso, há uma perda considerável na capacidade de planejar o futuro. Esses sintomas não são atribuíveis ao caráter do indivíduo nem resultam de sua própria vontade, destacando a natureza intrínseca e involuntária do transtorno (OMS, 2022e; REMES; MENDES; TEMPLETON, 2021).

Um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave, conforme a intensidade dos sintomas apresentados. Nos casos leves, o indivíduo pode enfrentar dificuldades em realizar tarefas simples e manter atividades sociais, embora sem um impacto significativo no funcionamento global. Em contrapartida, episódios depressivos graves comprometem severamente a capacidade do indivíduo de continuar suas atividades sociais, profissionais ou domésticas. Esta categorização é crucial para o desenvolvimento de estratégias de tratamento apropriadas e personalizadas, que possam atender às necessidades específicas de cada grau de depressão (DE MENEZES GALVÃO *et al.*, 2021).

Além disso, a depressão é diferenciada com base na presença ou ausência de episódios de mania no histórico do paciente, o que resulta em variações significativas na abordagem terapêutica. Independentemente do grau de intensidade, os quadros clínicos de depressão incluem rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Esses sintomas frequentemente se manifestam como tristeza profunda, perda de autoconfiança, percepções negativas sobre si mesmo e os outros, desinteresse prolongado em atividades, além de distúrbios do sono e apetite, dores de cabeça e fadiga. A compreensão detalhada desses aspectos é fundamental para aprimorar as intervenções clínicas e melhorar os prognósticos dos pacientes (BRANCATI *et al.*, 2023).

Estudos neuropsicológicos e neurobiológicos têm se concentrado em estabelecer correlações clínico-patológicas para melhor compreender a depressão. Esses esforços visam identificar marcadores biológicos e psicológicos que aprimorem o diagnóstico, o prognóstico e

o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, oferecendo novas perspectivas para o manejo clínico da depressão e uma melhoria significativa na qualidade de vida dos pacientes (DE MENEZES GALVÃO *et al.*, 2021).

3.4.3 Sintomas somatoformes

Os transtornos somatoformes representam um grupo de distúrbios caracterizados por sintomas físicos, como dor, náuseas e tonturas, que não possuem uma explicação médica ou lesões anátomo-clínicas proporcionais. Essa ausência de uma causa física identificável torna o diagnóstico e o manejo desses transtornos um desafio significativo na prática clínica. A dificuldade em identificar uma base biológica para os sintomas frequentemente leva a uma abordagem multidisciplinar, combinando avaliações médicas detalhadas com intervenções psicossociais (GRACINO *et al.*, 2020; LIPOWSKI, 1988).

Nos serviços de atendimento básico à saúde e de pronto-atendimento, há uma alta demanda de pacientes que apresentam queixas somáticas sem uma base orgânica identificável. Os Sintomas Sem Explicação Médica (SEM) são comuns nas UBS e, frequentemente, são associados a transtornos mentais. A psiquiatria denomina esses casos como “somatizações”, os caracterizando pela apresentação repetida de sintomas físicos e queixas sugestivas de distúrbios físicos que não são confirmados por resultados orgânicos visíveis ou mecanismos fisiológicos identificáveis (JADHAKHAN *et al.*, 2019; SOWIŃSKA; CZACHOWSKI, 2018).

A presença de somatizações não impede o diagnóstico de outras doenças psiquiátricas e, pelo contrário, pode ser um indicativo importante para a identificação dessas condições. A inter-relação entre somatização, depressão e ansiedade é amplamente reconhecida na literatura médica, onde sintomas físicos inexplicáveis frequentemente coexistem com transtornos afetivos. Portanto, a identificação de queixas somáticas pode fornecer pistas cruciais para o diagnóstico subjacente de depressão ou ansiedade. Essa correlação sublinha a importância de uma abordagem diagnóstica abrangente que considere tanto os sintomas físicos quanto os emocionais, promovendo uma compreensão mais holística da saúde mental do paciente (BURTON *et al.*, 2012; SPERLING *et al.*, 2023).

3.5 INSTRUMENTOS DE TRIAGEM DE TMCs

As significativas consequências dos TMCs para a sociedade evidenciam a importância da atenção primária em sua gestão. A OMS defende a inclusão do reconhecimento e tratamento dos TMCs nos currículos de formação de profissionais de saúde. No entanto, pesquisas mostram que médicos generalistas não detectam ou diagnosticam cerca de 50% dos casos de TMCs nos

cuidados primários, devido à falta de treinamento e apoio financeiro, indicando a necessidade de maior investimento em capacitação (DICKENS *et al.*, 2019; JETTY *et al.*, 2021).

Uma das estratégias para melhorar a detecção de TMCs envolve o uso de instrumentos de triagem psiquiátrica, que devem ser simples e econômicos. No Brasil, os instrumentos de triagem mais utilizados para identificar TMCs incluem o *General Health Questionnaire* (GHQ-12), o *Self-Reporting Questionnaire-20* (SRQ-20) e o *Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos* (QMPA). Esses instrumentos são amplamente aplicados devido à sua eficácia na identificação precoce de transtornos mentais, facilitando intervenções mais rápidas e específicas (ANDREOLI *et al.*, 1994; HUXLEY; GOLDBERG, 1992; OLIVEIRA *et al.*, 2023; OMS, 1994).

3.6 SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE

Durante a década de 1970, a OMS coordenou um estudo colaborativo que resultou na criação do SRQ-20. Essa ferramenta foi desenvolvida com o intuito de expandir o acesso aos cuidados em saúde mental, através da validação de métodos econômicos para rastreamento psiquiátrico, uma necessidade identificada devido aos elevados custos de estudos populacionais de prevalência. A iniciativa buscou fornecer um meio acessível e eficiente para a identificação de transtornos mentais em diversas populações, promovendo uma maior inclusão e atenção à saúde mental em âmbito global (MARI; WILLIAMS, 1986).

O estudo, iniciado em 1975, foi conduzido por psiquiatras, pesquisadores e trabalhadores da saúde pública de vários países, incluindo Colômbia, Índia, Senegal, Sudão, Brasil, Egito e Filipinas. O objetivo foi desenvolver o SRQ comparando itens de quatro instrumentos de rastreamento: o *General Health Questionnaire* (GHQ), o *Present State Examination* (PSE), o *Post Graduate Institute Health Questionnaire N 2* (PGI) e o *Patient Symptom Self Report* (PASSR), já validados em diversos contextos culturais para identificar os itens mais eficazes na detecção de sintomas de TMC (BARROSO, 2016; DE JESUS MARI; WILLIAMS, 1986; OMS, 1994).

Após a análise comparativa e a remoção de itens redundantes, a equipe finalizou uma versão com 20 itens (Quadro 2), chamada SRQ-20, reconhecida por sua eficácia na triagem de TMCs. Tentativas de expandir o SRQ com questões adicionais para transtornos psicóticos e epilepsia, resultando no SRQ-25, não tiveram a mesma aceitação. Assim, o SRQ-20 se manteve como o instrumento preferível entre os pesquisadores. Sua robustez e validação em diversos contextos culturais e geográficos destacam sua importância na saúde pública global, sendo atualmente o mais utilizado para a triagem de TMCs (OMS, 1994).

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)			
1	Você tem dores de cabeça frequente?		
2	Tem falta de apetite?		
3	Dorme mal?		
4	Assusta-se com facilidade?		
5	Tem tremores nas mãos?		
6	Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?		
7	Tem má digestão?		
8	Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9	Tem se sentido triste ultimamente?		
10	Tem chorado mais do que o costume?		
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12	Tem dificuldades para tomar decisões?		
13	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
14	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15	Perdeu o interesse pelas coisas?		
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17	Tem tido ideia de acabar com a vida?		
18	Sente-se cansada o tempo todo?		
19	Você se cansa com facilidade?		
20	Tem sensações desagradáveis no estômago?		
Sintomas Somáticos	Humor Depressivo ou Ansioso	Diminuição da Energia Vital	Pensamentos Depressivos

Quadro 2 – *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20).

Fonte: Adaptado de MARI; WILLIAMS (1986).

Segundo a OMS (1994), os TM identificados pelo SRQ-20 podem ser equivalentes a alguns diagnósticos listados na CID-10. Desde 2022, a OMS adotou a CID-11, introduzindo mudanças significativas na classificação desses transtornos (OMS, 2022e). A nova versão oferece uma abordagem mais detalhada para condições como depressão e transtorno de estresse pós-traumático, refletindo os avanços na compreensão e tratamento dessas condições de saúde mental (Quadro 3).

Categoria	CID-11	Diagnóstico
Depressão	6A70	Episódio Depressivo
	6A71	Transtorno Depressivo Recorrente
Transtornos Relacionados com Ansiedade	6B03	Fobia Específica
	6B01	Transtorno de Pânico
	6B00	Transtorno de Ansiedade Generalizada
	6A71.0	Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão
	6B20	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
	6B42	Transtorno de Ajustamento

Categoria	CID-11	Diagnóstico
Transtornos Somatoformes	6B42.1	Transtorno de Somatização
	6B42.2	Transtorno Somatoforme Indiferenciado
Outros Transtornos Neuróticos	MB23.Z	Naurastia

Quadro 3 – Diagnósticos da CID-11 correspondentes a alguns Transtornos Mentais Comuns rastreados pelo SRQ-20.

Fonte: OMS (2019).

3.6.1 Limitações do instrumento

Dentre as limitações do SRQ-20, destaca-se a característica inerente dos testes psicométricos de autoaplicação, onde a ausência de um aplicador pode resultar em respostas imprecisas. Indivíduos podem, inadvertidamente ou deliberadamente, fornecer respostas que não correspondem à sua realidade. Este problema pode ser mitigado quando há possibilidade de confirmação diagnóstica após um rastreamento com resultado positivo. Além disso, é importante considerar que a presença de patologias não psiquiátricas que produzem sintomas similares aos contemplados pelo SRQ-20 pode resultar em falsos positivos, comprometendo a precisão do diagnóstico (NETSEREAB *et al.*, 2018; PRASETIO; TRIWAHYUNI; PRATHAMA, 2022; VAN DER WESTHUIZEN *et al.*, 2016)

Outro aspecto relevante é a possibilidade de falsos negativos em indivíduos que estejam passando por episódios agudos de mania ou hipomania, uma vez que o SRQ-20 foca predominantemente na fase depressiva do transtorno bipolar. Essa limitação sugere a necessidade de complementação do SRQ-20 com outros instrumentos diagnósticos para garantir uma avaliação mais abrangente e precisa dos transtornos mentais, como o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *Young Mania Rating Scale* (YMRS), *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ), *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) e *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAM-A). A inclusão de medidas adicionais pode aprimorar a identificação de casos que não são adequadamente capturados pelo SRQ-20, assegurando intervenções mais eficazes e direcionadas para os pacientes (BARTOLI *et al.*, 2024; TOKUMITSU *et al.*, 2021).

3.6.2 Aplicabilidade no Brasil e em Alagoas

Em um estudo de validação realizado em São Paulo (MARI; WILLIAMS, 1986), foi determinado que o ponto de corte ≥ 8 era o mais eficaz para identificar TMC. Com este escore, a sensibilidade para detectar transtornos mentais não psicóticos foi de 83% e a especificidade de 80%. O SRQ-20 é caracterizado por sua alta capacidade de discriminar entre casos positivos

e negativos, facilidade de aplicação e propriedades psicométricas robustas, incluindo excelente consistência interna, tornando-o um instrumento de rastreamento extremamente eficaz e confiável.

O SRQ-20 é ideal para aplicação em populações como a do Estado de Alagoas devido às suas características adaptadas às necessidades de países em desenvolvimento. Desenvolvido e recomendado pela OMS para estudos comunitários e em UBS, o SRQ-20 destaca-se por sua facilidade de aplicação e baixo custo, fatores cruciais em contextos de recursos limitados. A simplicidade e clareza das perguntas permitem sua aplicação eficaz mesmo entre indivíduos com baixa instrução, assegurando que os participantes compreendam as questões sem dificuldade (VAN DER WESTHUIZEN *et al.*, 2016).

Ademais, a flexibilidade do SRQ-20, que não requer necessariamente a presença de um entrevistador, é uma vantagem significativa. No entanto, para garantir a máxima fidedignidade dos dados em populações de baixa renda, como a alagoana, recomenda-se que a aplicação seja conduzida por um entrevistador. Este cuidado adicional assegura a precisão das respostas e a confiança nos resultados obtidos (OMS, 1994).

3.7 PRINCIPAIS FATORES ASSOCIADOS AO TMCs

Além das características individuais, como a resiliência e a capacidade de gerenciar pensamentos e emoções, há uma série de fatores socioeconômicos, ambientais, políticos e culturais que influenciam diretamente a saúde mental. Condições de trabalho, padrões de vida e o suporte social disponível são elementos cruciais que moldam o bem-estar mental de um indivíduo. Na comunidade científica, existe um debate contínuo sobre a influência de fatores genéticos e biológicos *versus* os fatores sociais, históricos, econômicos e culturais no desenvolvimento de TMCs. Essa discussão é essencial para compreender plenamente a complexidade dos determinantes da saúde mental e para formular intervenções eficazes que abordem tanto os aspectos individuais quanto contextuais (BATISTA; ROCHA, 2020; SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

Entre os fatores demográficos relacionados à prevalência de TMCs, estudos transversais indicam que esses transtornos são mais frequentes em pessoas de idade avançada, em mulheres e na população negra. Além disso, a ocorrência de TMCs está significativamente associada ao analfabetismo e à baixa escolaridade. Viver em condições de moradia inadequadas também exerce um impacto negativo na saúde mental, exacerbando a vulnerabilidade desses grupos. Esses achados sublinham a importância de considerar variáveis socioeconômicas e

demográficas ao abordar e tratar os TMCs, a fim de desenvolver intervenções eficazes e inclusivas (SILVA, 2017).

As divergências nas taxas de TMCs entre homens e mulheres resultam de uma combinação de fatores complexos. Primeiramente, os aspectos biológicos, como o funcionamento neurológico e as diferenças endócrinas, desempenham um papel significativo na predisposição a tais transtornos. Além disso, fatores relacionados ao desenvolvimento psicológico e à formação da personalidade ao longo da vida influenciam a suscetibilidade a diferentes distúrbios mentais. As experiências e comportamentos adquiridos durante o ciclo vital são igualmente determinantes. Paralelamente, os aspectos sociológicos são cruciais, pois as construções sociais de gênero moldam a exposição ao estresse e as estratégias de enfrentamento adotadas por homens e mulheres (DIMENSTEIN *et al.*, 2022; GALVÃO *et al.*, 2021).

A maior prevalência de TMCs no sexo feminino está relacionada às variações de humor resultantes das mudanças hormonais durante o ciclo menstrual, pós-parto e climatério. Essas flutuações hormonais, especialmente de estrogênio, desempenham um papel significativo na susceptibilidade das mulheres aos TMCs. Além disso, fatores sociais contribuem para essa prevalência devido ao papel tradicionalmente desempenhado pelas mulheres na sociedade. Elas frequentemente enfrentam a tripla jornada de responsabilidades como esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados, ao mesmo tempo que têm uma participação crescente no mercado de trabalho (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; PARREIRA *et al.*, 2021).

Esses papéis ampliados acarretam pressões adicionais, agravadas pela discriminação sexual e pela exposição a condições como pobreza, fome, desnutrição e violência psicológica, física e sexual. Esse ambiente de estresse contínuo é propício ao desenvolvimento de TMCs. Em alguns casos, a vulnerabilidade social se combina com a biológica, exacerbando os riscos. Estudos indicam que a gravidez, especialmente quando acompanhada de violência, atua como um fator de risco significativo para TMCs, ressaltando a necessidade de intervenções que abordem tanto os fatores biológicos quanto os contextos sociais adversos enfrentados pelas mulheres (JAUSORO ALZOLA; MARINO, 2015; O'MULLAN; SINAI; KAPHLE, 2024).

Entre os grupos sociais mais suscetíveis ao desenvolvimento de TMCs estão as famílias que vivem em condições de pobreza, evidenciando uma correlação significativa entre dificuldades econômicas e saúde mental. O desemprego, a inatividade e o trabalho informal são fatores que exacerbam a prevalência de TMCs, prolongando a duração dos episódios e intensificando o sofrimento dos indivíduos afetados (KNIFTON; INGLIS, 2020; MANAFE *et al.*, 2024; MARBIN *et al.*, 2022).

Um relatório da OMS, sobre saúde mental, identificou diversos grupos de risco que apresentam maior vulnerabilidade a transtornos mentais. Entre esses grupos estão adolescentes expostos ao uso de substâncias, minorias étnicas, populações quilombolas, idosos, vítimas de discriminação e violações de direitos humanos, além de pessoas da comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais, Não-binários, entre outros (LGBTQIAPN+). Outros grupos de risco incluem prisioneiros e pessoas expostas a conflitos, desastres naturais ou outras emergências humanitárias. Uma revisão sistemática com metanálise de estudos transversais, evidenciou uma prevalência de 81% de IA, variando entre 52,1% e 86,1%, nas comunidades quilombolas (LEMOS; SOUZA; MARQUES, 2023).

Adicionalmente, pesquisas indicam que o apoio social da comunidade atua como um fator de proteção crucial contra a prevalência de TMCs. Um estudo revelou que a presença de redes de suporte social reduz a incidência de transtornos mentais, ajudando a diminuir a sensação de isolamento e a falta de controle sobre a própria vida. Esse fenômeno é particularmente relevante em comunidades pobres e isoladas, onde o suporte comunitário pode compensar algumas das adversidades enfrentadas. A promoção de redes de apoio e a integração social são, portanto, estratégias essenciais para a prevenção de TMCs em populações vulneráveis, sublinhando a importância de abordagens comunitárias na promoção da saúde mental (EMMELKAMP, 2023; GARIÉPY; HONKANIEMI; QUESNEL-VALLÉE, 2016; LI *et al.*, 2023; WYNGAERDEN *et al.*, 2022).

O presente estudo buscou oferecer uma visão detalhada das disparidades existentes, destacando as dificuldades específicas enfrentadas pelas CRQs. Essa comparação permitirá uma compreensão mais profunda dos determinantes sociais e econômicos que influenciam a saúde e a nutrição nessas populações, além de fornecer subsídios para políticas públicas mais eficazes e direcionadas à promoção da igualdade e melhoria das condições de vida nas comunidades quilombolas.

RESULTADOS

(Apresentado sob a forma de um artigo original)

Saúde mental de mulheres quilombolas do estado de Alagoas segundo a condição de (in)segurança alimentar

Mental health of quilombola women in the state of Alagoas in relation to food (in)security conditions

Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
Universidade Federal de Alagoas
Campus A.C. Simões, BR 104 Norte, Tabuleiro do Martins,
57072-970, Maceió, AL, Brasil

Rosalia de Lima-Barbosa¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2891-8943>
E-mail: lialia1988@gmail.com

Haroldo da Silva-Ferreira²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1789-3138>
haroldo.ufal@gmail.com

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (doutorado), Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde/UFAL, Maceió-AL, Brasil.

² Professor Titular da Faculdade de Nutrição (FANUT), Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió-AL, Brasil.

Autora para correspondência:

Rosalia de Lima Barbosa
Av. João Davino, 146., Mangabeiras, CEP 57035-554, Maceió-AL, Brasil.
Email: lialia1988@gmail.com

Agradecimentos:

Os autores expressam sua gratidão às mulheres das comunidades remanescentes dos quilombos, que aceitaram participar dos estudos. Além disso, agradecem aos membros do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada pela assistência nas coletas e tabulação dos dados, e às agências de fomento que financiaram as pesquisas.

Suporte financeiro:

O inquérito que compõem o presente estudo fora realizado com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). Os apoios financeiros do inquérito com as mulheres quilombolas alagoanas foram: CNPq - processo n.º 466718/2014-4; e FAPEAL - processo n.º 60030.000849/2016. Os financiadores não tiveram nenhum papel na concepção do estudo, coleta e análise dos dados, decisão de publicação e na preparação do manuscrito. R.L.B recebeu bolsa de mestrado pela FAPEAL, processo n.º 60030- 001116/2015 pelo Edital nº007/2015. H.S.F foi Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (processo n.º 313991/2021-9).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter conflito de interesse.

Contribuições:

Este artigo é parte da tese de doutorado de R.L.B, que participou da coleta de dados, análise estatística, interpretação dos dados e redação do manuscrito. H.S.F foi responsável pela concepção e coordenação geral da pesquisa, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo intelectual. Ambos os autores revisaram e aprovaram a versão final do trabalho.

Divulgação de padrões éticos:

A pesquisa foi realizada em conformidade com as diretrizes éticas nacionais e internacionais e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (33527214.9.0000.5013). Apenas as mulheres que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando com sua participação, foram incluídas nos estudos.

RESUMO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) prevalecem em elevada magnitude no Brasil sob influência de diversos fatores, inclusive daqueles decorrentes das iniquidades sociais, condição que caracteriza as Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs), submetendo-as a maior risco de insegurança alimentar (IA). Este estudo teve como objetivo verificar a associação entre TMCs e IA em mulheres quilombolas de Alagoas. Trata-se de um estudo transversal, do tipo inquérito domiciliar de base populacional, envolvendo amostra probabilística representativa das mulheres (19 a 59 anos) residentes nas CRQs do estado. A variável dependente (TMCs) foi definida com o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), enquanto a independente (IA) foi estabelecida com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Fatores demográficos e socioeconômicos foram covariáveis também analisadas. As associações foram examinadas por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, tanto na análise bruta quanto na ajustada. A medida de associação foi a razão de prevalência e seu IC95%. Foram avaliadas 1.801 mulheres, das quais 40,7% tinham TMC e 72,3% estavam em IA. Considerando as situações de Segurança Alimentar (SA), IA leve, IA moderada e IA grave, as prevalências de TMCs foram, respectivamente, 18,6%, 36,7%, 51,2% e 73,1%, evidenciando um efeito dose-resposta. Após a análise ajustada segundo modelo teórico hierarquizado, verificou-se que a prevalência de TMCs esteve independentemente associada à IA (moderada + grave). Os demais fatores associados aos TMCs foram: idade >35 anos (RP=1,28; IC95% 1,13-1,45), possuir ≤8 anos de estudo (RP=1,23; IC95%: 1,05-1,44), ser tabagista (RP=1,32; IC95%: 1,12-1,56), consumir bebida alcoólica (RP=1,37; IC95%: 1,16-1,62) e ter tido problemas de saúde na última quinzena (RP=1,47; IC95%: 1,32-1,63). As prevalências de TMCs e IA são extremamente elevadas entre as mulheres quilombolas alagoanas. Espera-se que esses resultados estimulem a implementação de políticas públicas capazes de promover maior equidade social, segurança alimentar e a saúde geral dessa população.

Palavras-chave: Transtornos Mentais. Insegurança Alimentar. População Negra. Minorias Desiguais em Saúde e Populações Vulneráveis.

ABSTRACT

Common Mental Disorders (CMDs) are highly prevalent in Brazil, influenced by various factors, including those stemming from social inequities, a condition that characterizes Quilombola Communities (QCs), which exposes them to a greater risk of food insecurity (FI). This study aimed to investigate the association between CMDs and FI in quilombola women from Alagoas. It is a cross-sectional, population-based household survey study, involving a representative probabilistic sample of women (19 to 59 years old) residing in the QCs of the state. The dependent variable (CMDs) was defined using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), while the independent variable (FI) was established using the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA). Demographic and socioeconomic factors were also analyzed as covariates. Associations were examined using Poisson regression with robust variance adjustment, both in crude and adjusted analyses. The measure of association was the prevalence ratio and its 95% CI. A total of 1,801 women were evaluated, of whom 40.7% had CMDs and 72.3% were in FI. Considering the situations of Food Security (FS), mild FI, moderate FI, and severe FI, the prevalences of CMDs were, respectively, 18.6%, 36.7%, 51.2%, and 73.1%, showing a dose-response effect. After adjusted analysis according to a hierarchical theoretical model, it was found that the prevalence of CMDs was independently associated with FI (moderate + severe). Other factors associated with CMDs were: age >35 years (PR=1.28; 95% CI 1.13-1.45), having ≤ 8 years of education (PR=1.23; 95% CI 1.05-1.44), being a smoker (PR=1.32; 95% CI 1.12-1.56), consuming alcohol (PR=1.37; 95% CI 1.16-1.62), and having had health problems in the past two weeks (PR=1.47; 95% CI 1.32-1.63). The prevalences of CMDs and FI are extremely high among quilombola women in Alagoas. It is hoped that these results will encourage the implementation of public policies capable of promoting greater social equity, food security, and the overall health of this population.

Keywords: Mental Disorders. Food Insecurity. Black People. Health Disparate Minority and Vulnerable Populations.

INTRODUÇÃO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) são um conjunto de problemas de saúde mental que muitas vezes não se encaixam nos critérios diagnósticos tradicionais. Esses transtornos manifestam-se através de sintomas como insônia, exaustão, irritabilidade, déficit de memória, dificuldade de concentração e várias queixas somáticas (LOPES et al., 2021). Além disso, os TMCs podem incluir distúrbios que a Classificação Internacional de Doenças-11 (CID-11) define como “neuróticos, relacionados ao estresse, transtornos somatoformes” e “transtornos de humor”. Esses transtornos, tipicamente, se manifestam por meio de uma combinação de ansiedade inespecífica, sintomas depressivos e somáticos (OMS, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os TMCs afetam uma parcela considerável da população mundial, com estimativa de mais de 260 milhões de pessoas que sofrem de transtornos como a ansiedade e de transtornos depressivos, tendo uma variação entre 20% a 30% em muitas populações. Grupos populacionais específicos como mulheres e pessoas em situação de vulnerabilidade social são particularmente mais susceptíveis ao problema (OMS, 2017).

As causas dos TMCs são multifatoriais, resultando de uma complexa interação de fatores biológicos, sociais e econômicos (ARARIPE et al., 2023; SANTOS et al., 2019). Dentre esses fatores, a Insegurança Alimentar (IA) destaca-se como um determinante social crucial da saúde mental, com evidências substanciais tanto em países de alta renda quanto naqueles de média e baixa renda (SOUSA et al., 2019). A IA pode desencadear e exacerbar condições mentais devido ao estresse constante devido à incerteza de acesso a uma alimentação adequada (HEFLIN; SIEFERT; WILLIAMS, 2005; MULDOON et al., 2013).

A IA é definida como a falta de acesso contínuo a alimentos adequados ou à incerteza sobre a obtenção de alimentos. Essa condição é profundamente estressante e pode intensificar os sintomas dos TMCs, como ansiedade e depressão, devido à constante preocupação com a aquisição de recursos alimentares adequados (TRIVELLATO et al., 2019).

No Brasil, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como o direito de todos ao acesso contínuo e adequado a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem prejudicar o acesso a outras necessidades básicas (BRASIL, 2006). Esse conceito é baseado em práticas alimentares que promovem a saúde, respeitam a diversidade cultural e são sustentáveis ambiental, econômica e socialmente sustentáveis. Dessa forma, reconhece-se que a IA no Brasil está fortemente condicionada pela dificuldade de acesso aos alimentos, um fator que é majoritariamente influenciado pela relação entre a renda familiar e os preços dos alimentos (COSTA et al., 2017).

Apesar dos avanços no combate à pobreza e à desnutrição, o mundo ainda enfrenta uma crise alimentar expressiva, particularmente nos países de média e baixa renda. Em 2014, o Brasil havia saído do Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas graças à implementação de política pública de promoção da SAN iniciadas na década de 1990. No entanto, crises econômicas, políticas e sociais subsequentes contribuíram para o aumento IA, com o consequente retorno do país ao mapa da fome. Um relatório nacional revelou que, no ano de 2022 cerca de 33,1 milhões de brasileiros, ou 58,7% da população, estavam em situação de IA indicando um grave retrocesso na promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada (REDE PENSSAN, 2022).

Além de seus impactos diretos na saúde mental, a IA possui consequências amplas e negativas sobre a saúde física e o desenvolvimento humano. A IA compromete a ingestão adequada de energia e nutrientes essenciais, resultando em desempenho físico reduzido e maior suscetibilidade a doenças crônicas. O estado de insegurança está associado à desnutrição, que afeta adversamente o desenvolvimento cognitivo e os resultados educacionais, perpetuando um ciclo vicioso de pobreza e baixo padrão de saúde (FANG; THOMSEN; NAYGA, 2021; POURMOTABBED et al., 2020).

Comunidades Remanescentes dos Quilombos (CRQs) historicamente enfrentam processos de invisibilidade e iniquidades, resultando na negação de seus direitos básicos. As políticas de igualdade implementadas a partir de 2003 marcaram um avanço importante no combate às iniquidades nessas comunidades. No entanto, mesmo com esses progressos, o Brasil ainda se destaca como um dos países mais desiguais do mundo, com disparidades raciais que trazem profundas consequências sociais e econômicas. A IA, frequentemente presente nessas comunidades, está classicamente associada a diversos fatores, incluindo condições de moradia, saneamento básico, acesso à água potável, participação em programas sociais, nível de escolaridade, inserção no mercado de trabalho e acesso a alimentos, tudo isso decorrente da persistência do racismo estrutural e institucional (FERNANDES; MACEDO, 2021; MARTINS et al., 2023).

Em Alagoas, a escassez de inquéritos domiciliares voltados para este grupo étnico revela a invisibilidade social que afeta essas famílias, tornando pouco conhecida a realidade em que vivem. Em 2008, um inquérito domiciliar pioneiro trouxe à tona dados inéditos sobre essa população (LAMENHA, 2009; LUNA, 2010; NEIVA, 2010; SILVA, 2010; TORRES, 2013; XAVIER JÚNIOR, 2009). Após uma década, surgiu-se a necessidade de atualizar as informações disponíveis sobre as condições de saúde nessas localidades e investigar a situação em 28 novas comunidades que tinham sido posteriormente certificadas como quilombolas.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo investigar a associação entre a IA e a prevalência de TMCs em mulheres das CRQs do estado de Alagoas, tendo por base os dados obtidos nesse segundo inquérito.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, de base populacional, utilizando dados de um inquérito domiciliar, intitulado “*II diagnóstico de saúde e segurança alimentar e nutricional de famílias das CRQ do Estado de Alagoas*” (Pesquisa Quilombola), o qual teve como foco a população das comunidades certificadas pela Fundação Cultural Palmares como remanescentes de quilombolas.

Amostragem

Devido à diversidade de objetivos propostos para a Pesquisa Quilombola, o planejamento amostral, que considerou a família como unidade de análise, adotou uma prevalência de 50% para qualquer desfecho de interesse. Essa abordagem garante o maior tamanho amostral possível, proporcionando assim poder estatístico suficiente para a análise dos múltiplos objetivos da pesquisa. Considerando um erro amostral de 2,0% e um intervalo de confiança de 95% (IC95%), seriam necessárias 2.635 famílias. O estudo previu examinar o universo de famílias residentes em 50% das comunidades quilombolas do estado. Utilizando a estratégia de amostragem sistemática, foram selecionadas 34 das 68 comunidades quilombolas existentes, distribuídas em 27 dos 102 municípios de Alagoas, principalmente entre o Agreste e o Sertão do estado. Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as famílias residentes nos domicílios situados nas 34 CRQ selecionadas (Quadro 1, Material Suplementar).

A seleção das comunidades foi realizada por meio de amostragem sistemática, seguindo estas etapas: (1) as comunidades foram listadas em ordem alfabética e numeradas de 1 a 68; (2) o pulo amostral foi determinado dividindo-se o total de comunidades pelo número de comunidades a serem selecionadas ($68/34 = 2$); (3) a primeira comunidade foi escolhida aleatoriamente, definindo-se um número entre 1 e 2, utilizando o software Microsoft Excel® com o comando: =aleatórioentre(1;2); (4) a partir do número inicial sorteado, foi adicionado sistematicamente o pulo amostral, determinando as demais comunidades incluídas no estudo.

Amostra

Para este estudo, foram elegíveis todas as mulheres de 19 a 59 anos residentes nos domicílios sorteados para a Pesquisa Quilombola e o erro amostral foi calculado *a posteriori*,

considerando a amostra efetivamente analisada ($n=1.801$) e a respectiva prevalência de 40,7% de TMCs encontrada (SILVA, 2017). Devido à falta de dados oficiais sobre o número total de mulheres residentes nas CRQ, assumiu-se que em cada domicílio havia uma mulher. Assim, o universo amostral considerado foi de 6.465 mulheres, equivalente ao número de famílias residentes nas CRQs estimado pelo (FUNDAÇÃO PALMARES, 2022). Com a adoção de um valor de 1,5 para a correção do efeito do delineamento complexo e para um IC95%, o erro amostral resultou em aproximadamente 2,6%. Esse cálculo foi realizado com a ferramenta StatCalc do Epi Info®, versão 7.2.5.0 (CDC, 2024).

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre abril de 2017 e janeiro de 2018 por uma equipe devidamente treinada e supervisionada. Para garantir adesão, o primeiro contato com os moradores foi intermediado e facilitado por uma liderança local. As entrevistas com as mulheres ocorreram durante visitas domiciliares. As informações, coletadas seguindo roteiro em formulários estruturados, envolviam dados socioeconômicos, demográficos, reprodutivos, comportamentais e de saúde das participantes. Os formulários foram previamente testados em estudo piloto, no qual houve a padronização dos procedimentos e a finalização da capacitação dos entrevistadores. A coleta foi supervisionada continuamente pelo coordenador do projeto e por alunos de pós-graduação, com verificação sistemática de inconsistências e correções *in loco*, quando necessário.

Variável dependente

A variável dependente foi o TMC, definido com a versão de vinte perguntas do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Esse instrumento contém perguntas com respostas dicotômicas (sim/não), abordando sintomas emocionais e físicos relacionados a quadros psiquiátricos, com escore variando de 0 a 20, onde cada resposta “sim” corresponde a 1 ponto. O ponto de corte estabelecido para identificar casos positivos foi de oito pontos (≥ 8), conforme utilizado em estudo na região Nordeste do Brasil, confirmando a adequação desse critério para o contexto regional (BARRETO DO CARMO *et al.*, 2017; PATRÍCIO *et al.*, 2019). Nesse escore, a sensibilidade para a presença de transtorno mental não-psicótico é de 83% e a especificidade de 80% (MARI; WILLIAMS, 1986).

Variáveis Independente

A situação de Segurança Alimentar (SA) ou IA entre as famílias foi a variável independente e foi mensurada com base na versão adaptada da Escala Brasileira de Insegurança

Alimentar (EBIA) (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014). Essa versão da EBIA consiste em 14 perguntas fechadas sobre a experiência alimentar da família nos últimos três meses. Cada resposta afirmativa recebe 1 ponto, de modo que o somatório permite classificar os domicílios nos diferentes níveis de IA. A classificação pela EBIA depende da presença ou não de moradores menores de 18 anos na residência. As categorias são: Segurança Alimentar (0 pontos), IA leve (1 a 3 pontos; com morador <18 anos: 1 a 5 pontos), IA moderada (4 a 6 pontos; com morador <18 anos: 6 a 10 pontos) e IA grave (7 a 8 pontos; com morador <18 anos: 11 a 14 pontos). Na análise estatística ajustada para fatores de confundimento (análise multivariável), foram estabelecidas duas categorias: SAN + IA leve e IA moderada + IA grave.

Covariáveis

Visando caracterizar a amostra, controlar possíveis efeitos de confundimento na relação entre a IA e a prevalência de TMCs e identificar outra variáveis associadas ao TMC, foram utilizadas as seguintes covariáveis:

Socioeconômicas e demográficas: faixa etária (≤ 35 anos; > 35 anos), raça/cor da pele (preta/parda; outra), escolaridade (> 8 anos; ≤ 8 anos), material do domicílio (alvenaria; outro), tipo de ocupação do domicílio (própria; outra), número de cômodos no domicílio (> 4 cômodos; ≤ 4 cômodos), número de pessoas no domicílio (≤ 4 pessoas; > 4 pessoas), origem da água consumida no domicílio (rede de distribuição geral; mineral; outra), família beneficiária de programa do governo (sim; não), classe econômica da família (a+b+c; d+e), mulher no mercado de trabalho (sim; não), mulher como chefe do domicílio (sim; não).

Reprodutivas e comportamentais: menarca (≥ 12 anos; < 12 anos), número de filhos (nenhum; 1–2 filhos; ≥ 3 filhos), histórico de aborto (sim; não), uso de tabaco (sim; não) e consumo de bebida alcoólica (sim; não).

Relacionada à saúde: tipo de serviço de saúde que utiliza (privado; público; outro), excesso de peso, definido segundo o Índice de Massa Corporal – IMC; kg/m^2 (sim: ≥ 25 ; não: < 25), obesidade abdominal, definida segundo a circunferência da cintura – CC (sim: $\text{CC} \geq 80$ cm; não: < 80 cm), presença de problema de saúde nos últimos 15 dias (sim; não) e presença de hipertensão arterial sistêmica estabelecido de acordo os critérios e procedimentos constantes da última diretriz brasileira (BARROSO *et al.*, 2021).

Processamento e Análise Estatística dos Dados

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas geradas no software EpiInfoTM, versão 3.5.4 (CDC, 2011), com dupla entrada independentes. Após a comparação dos dois

arquivos gerados, houve a comparação para correção de possíveis erros de digitação. Posteriormente houve análise das distribuições para identificação e exclusão de *outliers* (valores biologicamente implausíveis), constituindo-se o banco de dados utilizado na análise estatística.

Na análise descritiva, foram utilizadas as frequências absoluta e relativa. Para comparar as frequências de TMCs, segundo a variável independente (IA) e as covariáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. A medida de associação foi a Razão de Prevalência (RP) e respectivo IC95%, calculados por regressão de Poisson com variância robusta, tanto na análise bruta quanto na ajustada. Nesta, utilizou-se análise hierarquizada seguindo modelo teórico adaptado do proposto por Victora *et al.* (1997), conforme se apresenta na Figura 1.

Figura 1 – Modelo teórico de seleção hierarquizada das variáveis para avaliação dos fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMCs) em mulheres quilombolas do estado de Alagoas.



Fonte: adaptado de Victora *et al.* (1997)

O critério para entrar no modelo de análise multivariável foi obter nível de significância de até 20% ($p \leq 0,2$) na análise bruta. Destaca-se que, em virtude da alta correlação (definida por correlação de Pearson) entre a variável excesso de peso e a obesidade abdominal, esta não foi incluída visando evitar problema de multicolinearidade.

O modelo foi composto por 3 níveis, sendo: nível 1, composto pelas variáveis socioeconômicas e demográficas; nível 2, pelas variáveis reprodutivas e comportamentais; e nível 3, por variáveis relacionadas à saúde.

Em cada um dos níveis de análise, houve a eliminação sucessiva das variáveis não significantes (*backward stepwise elimination*), permanecendo, ao final do processo, apenas aquelas com significância estatística ($p < 0,05$). Portanto, as variáveis do nível 2 foram ajustadas pelas variáveis do nível 1 e as variáveis do nível 3 foram ajustadas pelas do nível 1 e nível 2.

Todas as variáveis que, em seu respectivo nível, atingiram $p < 0,05$, ainda que no nível seguinte tenham ultrapassado esse valor ($p > 0,05$), foram mantidas no modelo final.

Todos os procedimentos relacionados à análise estatística foram realizados com o software Stata®, versão 18.0 (College Station, Texas 77845 USA).

Aspectos Éticos

O Projeto Quilombola foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAL (Processo: 33527214.9.0000.5013). Todos as participantes da pesquisa foram devidamente informadas sobre os objetivos do estudo, seus riscos e benefícios, bem como todas as demais informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apenas as mulheres que expressaram sua concordância assinando o referido documento foram investigadas no presente estudo.

RESULTADOS

Foram investigadas 1.801 mulheres, cuja mediana de idade foi de 36 anos (Tabela 1). Destas, 733 foram classificadas como casos suspeitos de TMCs, o que corresponde a uma prevalência de 40,7%. Com relação à IA, 72,3% pertenciam a famílias em situação de IA, assim distribuídas conforme as diferentes categorias: leve: 33,9%; moderada: 22,7%; grave: 15,7%. Conforme evidenciado na Figura 2, observou-se um claro efeito dose-resposta entre os níveis de IA, ou seja, quanto maior a magnitude da condição de IA, maior a prevalência de TMC.

Conforme se pode verificar na Tabela 1, a idade média das mulheres com TMCs foi maior que a daquelas sem essa condição ($40,0 \pm 10,6$ anos vs. $35,2 \pm 10,7$ anos; $p < 0,001$). O mesmo se observou em relação ao IMC ($28,1 \pm 5,9$ kg/m² vs. $27,5 \pm 5,7$ kg/m²; $p = 0,030$), perímetro da cintura ($87,6 \pm 12,7$ cm vs. $85,2 \pm 12,7$ cm; $p = 0,0002$) e pressão arterial diastólica ($79,4 \pm 11,3$ mmHg vs. $77,9 \pm 10,8$ mmHg).

Os dados na Tabela 2 revelam que a IA foi significativamente associada ao TMC (RP = 2,10; IC95%: 1,88-2,35; $p < 0,001$). Mulheres com mais de 35 anos tiveram maior prevalência de TMCs (RP=1,59; IC95%: 1,41-1,80; $p < 0,001$). Escolaridade de até 8 anos mostrou uma associação significativa com TMCs (RP = 1,70; IC95%: 1,45-1,99; $p = 0,001$). O material da casa também foi um fator significativo, com casas de materiais não-alvenaria associadas a maior prevalência de TMCs (RP = 1,30; IC95%: 1,05-1,61; $p = 0,014$). A presença de mais de 4 pessoas no domicílio foi associada a uma maior prevalência de TMCs (RP = 1,15; IC95%: 1,02-1,29; $p = 0,014$).

A análise hierarquizada (Tabela 3) evidenciou a associação independente entre os TMCs e a IA (moderada + grave): RP=1,85; IC95%: 1,65-2,07; $p < 0,001$.

Os demais fatores associados foram: idade superior a 35 anos (RP=1,41; IC95%: 1,25-1,58; $p<0,001$); escolaridade ≤ 8 anos (RP=1,26; IC95%: 1,08-1,48; $p=0,004$; a IA (moderada + grave) teve uma RP de 1,91; IC95%: 1,71-2,14; $p<0,001$).

DISCUSSÃO

A prevalência global de TMC neste estudo correspondeu a 40,7%. Este resultado foi superior a diversos valores de prevalência observados em outros estudos epidemiológicos brasileiros que utilizaram o mesmo instrumento (SRQ-20) para o rastrear susceptíveis a TMC, com variações entre 24,1% (em Pelotas, no Rio Grande do Sul) a 39,4% (em Feira de Santana, na Bahia) (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; JANSEN *et al.*, 2011; LUCCHESI *et al.*, 2014; MARAGNO *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2019). A associação entre a maior prevalência de TMCs e a população negra, especialmente nas comunidades quilombolas, é respaldada por pesquisas que destacam o impacto das desigualdades sociais e econômicas na saúde mental (FREITAS *et al.*, 2011; DIMENSTEIN *et al.*, 2022).

Os resultados apresentados evidenciam uma elevada prevalência de INSAN (72,3%) entre as CRQs alagoanas, configurando um grave problema de saúde pública nessa população. Esse resultado mostrou-se superior a encontrada na PNAD contínua de 27,6%, em 2023 (IBGE, 2023). É possível que tal achado guarde relação com a crise política e econômica nacional, à época (PINTON; YANNICK, 2019). Mais de um terço das famílias (33,9%) apresentavam preocupação ou incerteza relacionada ao acesso aos alimentos, com potenciais repercussões na qualidade da alimentação, caracterizando a INSAN leve. Enquanto a forma moderada esteve presente em 22,7% dos domicílios, a qual configura a ruptura do padrão alimentar familiar com comprometimento qualitativo e quantitativo dele, afetando principalmente os adultos. Por sua vez, 15,7% das famílias investigadas apresentaram redução da quantidade de alimentos consumidos entre todos os membros, com probabilidade de interrupções da ingestão alimentar e fome (FAO, 2014; SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014).

Os achados deste estudo destacam a complexa relação entre a IA e os TMCs em mulheres quilombolas no estado de Alagoas. Esses valores apontam para uma interseção crítica entre condições socioeconômicas adversas e saúde mental, reforçando a necessidade de intervenções integradas (MACIEL *et al.*, 2021; PARREIRA *et al.*, 2021; REDE PENSSAN, 2022).

A associação entre IA e TMCs, evidenciada pela alta prevalência de IA (moderada + grave), confirma que a falta de acesso contínuo a alimentos adequados não só compromete a saúde física, mas também intensifica sintomas psiquiátricos como ansiedade e depressão,

corroborando com achados de outros estudos (DUSH, 2020; FERNANDES *et al.*, 2018; OTEKUNRIN *et al.*, 2019; WERNECK; CARVALHO, 2020). Estudos prévios indicam que a IA é um determinante social significativo da saúde mental, atuando como um estressor constante que exacerba a vulnerabilidade psicológica (DARÉ *et al.*, 2019; JAVAID *et al.*, 2023; NICHOLSON, 2018).

Adicionalmente, os resultados revelam que fatores demográficos e comportamentais, como idade avançada, baixa escolaridade, uso de tabaco e álcool, e problemas de saúde recentes, são significativamente associados à maior prevalência de TMCs. Estes achados são consistentes com a literatura existente, que identifica esses fatores como amplificadores do risco de desenvolver TM em contextos de vulnerabilidade social (BATISTA; ROCHA, 2020; HUXLEY; GOLDBERG, 1992; MURCHO; PACHECO; JESUS, 2016; SATO; BRANDÃO, 2023).

A análise hierárquica dos dados reforça a complexidade das interações entre os diferentes determinantes dos TMCs. A IA, especialmente em seus níveis moderado e grave, mostrou-se um fator determinante proximal com maior impacto na saúde mental das mulheres quilombolas. Este resultado sublinha a importância de políticas públicas focadas na melhoria da segurança alimentar como estratégia para promover a saúde mental e reduzir as disparidades sociais (TRIVELLATO *et al.*, 2019; BEZERRA *et al.*, 2020; IBGE, 2020; DIMENSTEIN *et al.*, 2022; NASCIMENTO; ARANTES; CARVALHO, 2022; OPAS, 2023).

Além disso, a prevalência de TMCs entre as mulheres que enfrentam IA grave (73,1%) destaca a urgência de intervenções direcionadas. Investimentos em programas de segurança alimentar podem ter um impacto duplo, aliviando a carga de doença mental e melhorando o bem-estar geral dessas populações vulneráveis (BRASIL, 2024; GRACINO *et al.*, 2020; PENNER-GOEKE; BINDER, 2019; SPERLING *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

A prevalência de TMCs de mulheres quilombolas de Alagoas é elevada e esteve significativamente associada a fatores socioeconômicos, como idade superior a 35 anos, baixa escolaridade e problemas de saúde recentes. A análise hierárquica dos determinantes distais, intermediários e proximais demonstra que a IA, especialmente em níveis moderados e graves, exerce um impacto significativo na saúde mental, sublinhando a necessidade de intervenções integradas que abordem tanto a SA quanto os determinantes socioeconômicos para melhorar a saúde mental dessas populações vulneráveis.

Os resultados deste estudo oferecem subsídios importantes para o fortalecimento de políticas públicas que promovam maior equidade social, fornecendo suporte nutricional e psicológico às mulheres quilombolas. O enfoque em segurança alimentar como um meio de melhorar a saúde mental é crucial, especialmente em regiões com altos índices de pobreza e desigualdade, como Alagoas. As políticas devem ser integradas e multidimensionais, abordando não apenas a necessidade imediata de alimentos, mas também os fatores socioeconômicos e de saúde que contribuem para a manutenção de um ciclo de vulnerabilidade

REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério de Classificação Econômica no Brasil, 2017.**

BARROSO et al. **Brazilian guidelines of hypertension.** *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2021.

ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil**, 5(3), 337–348, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/6vSkSdfMXfDsWj9q9RFymcd/#>

ARARIPE, M. C.; LEITÃO, F. N. C.; JASTROW, J. M. B.; BEZERRA, I. M. P.; ARARIPE, S. C. F.; ARARIPE, D. T. R.; MORAIS, M. J. D.; ABREU, L. C.; SOUSA, L. V. A.; WAJNSZTEJN, R. **Mortalidade e Incidência por Transtorno Mental e Comportamental.** *Revista Multidisciplinar em Saúde*, v. 4, n. 3, p. 86–100, 4 set. 2023. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rem/article/view/3881>.

BARRETO DO CARMO, M. B.; SANTOS, L. M.; FEITOSA, C. A.; FIACCONE, R. L.; SILVA, N. B.; SANTOS, D. N.; BARRETO, M. L.; AMORIM, L. D. **Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 40, n. 2, p. 115–122, 30 ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018000200115&lng=en&tlng=en.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B. **Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura.** *Interações (Campo Grande)*, p. 35–50, 28 jan. 2020. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/2149>.

BEZERRA, M. S.; JACOB, M. C. M.; FERREIRA, M. A. F.; VALE, D.; MIRABAL, I. R. B.; LYRA, C. O. **Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 10, p. 3833–3846, out. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003833&tlng=pt.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) - nº 11.346.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/depressao>.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **Epi Info, versão 3.5.4.** Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2011. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo>.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. **StatCalc mobile EpiInfo (versão 5.5.15).** Atlanta, GA: 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo>.

COSTA, N. S.; SANTOS, M. O.; CARVALHO, C. P. O.; ASSUNÇÃO, M. L.; FERREIRA, H. S. **Prevalence and Factors Associated with Food Insecurity in the Context of the Economic Crisis in Brazil.** *Current Developments in Nutrition*, v. 1, n. 10, p. e000869, out. 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2475299122144823>.

COSTA, A. G. LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 73–79, fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100009&lng=pt&tlng=pt.

DARÉ, L. O.; BRUAND, P.-E.; GÉRARD, D.; MARIN, B.; LAMEYRE, V.; BOUMÉDIÈNE, F.; PREUX, P.-M. **Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis.** *BMC Public Health*, v. 19, n. 1, p. 304, 13 dez. 2019. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6623-6>.

DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; MACEDO, J. P.; LIBERATO, M. T. C.; SILVA, B. Í. do B. de M.; PRADO, C. L. do C.; LEÃO, M. V. A. S. **Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 25, n. 1, p. 162–186, jan. 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142022000100162&tlng=pt.

DUSH, J. L. **Adolescent food insecurity: A review of contextual and behavioral factors.** *Public Health Nursing*, v. 37, n. 3, p. 327–338, 22 maio 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12708>.

FANG, D.; THOMSEN, M. R.; NAYGA, R. M. **The association between food insecurity and mental health during the COVID-19 pandemic.** *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, p. 607, 29 dez. 2021. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10631-0>.

FAO, Food and Agriculture Organization. **O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil um retrato multidimensional relatório 2014.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/o-estado-da-seguranca-alimentar-e-nutricional-no-brasil-um-retrato-multidimensional-relatorio-2014/>.

FERNANDES, S. L.; MACEDO, J. P. **Quilombola Communities in Brazil: Advances and Struggles in the Face of Setbacks Experienced in the Current Neoliberal Scenario.** In: *Psychology and Rural Contexts*. Cham: Springer International Publishing, 2021. p. 143–164. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-82996-4_10.

FERNANDES, S. G.; RODRIGUES, A. M.; NUNES, C.; SANTOS, O.; GREGÓRIO, M. J.; DE SOUSA, R. D.; DIAS, S.; CANHÃO, H. **Food Insecurity in Older Adults: Results From the Epidemiology of Chronic Diseases Cohort Study 3.** *Frontiers in Medicine*, v. 5, 12 jul. 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fmed.2018.00203/full>.

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.**

Revista CEFAC, v. 13, n. 5, p. 937–943, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/fYdFrbrz5YHsqgyqTxj9QhR/>.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades Quilombolas Certificadas de Alagoas**. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2022. Disponível em:
<https://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-al-22082022.pdf>.

GRACINO, Y. L. L.; LOUVEIRA, M. H.; GAUDIOSO, C. E.; SOUZA, J. C. **Transtornos somatoformes durante a pandemia de COVID-19**. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, p. e902998019, 12 set. 2020. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8019>.

HEFLIN, C. M.; SIEFERT, K.; WILLIAMS, D. R. **Food insufficiency and women's mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients**. *Social Science & Medicine*, v. 61, n. 9, p. 1971–1982, nov. 2005. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953605001796>.

HUXLEY, P.; GOLDBERG, D. P. **Common mental disorders: a bio-social model**. [s.l.] Tavistock/Routledge, 1992. 194 p.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://ghdx.healthdata.org/series/brazil-national-health-survey>.

JANSEN, K.; MONDIN, T. C.; ORES, L. da C.; SOUZA, L. D. de M.; KONRADT, C. E.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A. da. **Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p. 440–448, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/FC9bFMmLXx7nLP5fY88vrnr/>

JAVAID, S. F.; HASHIM, I. J.; HASHIM, M. J.; STIP, E.; SAMAD, M. A.; AHBABI, A. Al. **Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations**. *Middle East Current Psychiatry*, v. 30, n. 1, p. 44, 26 maio 2023. Disponível em:
<https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-023-00315-3>.

LAMENHA, M. L. D. **Perfil clínico-nutricional das crianças da população remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas**. 2009. Universidade Federal de Alagoas, 2009. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/646>.

LOPES, F. M.; LESSA, R. T.; CARVALHO, R. A.; REICHERT, R. A.; ANDRADE, A. L. M.; DE MICHELI, D. **Transtornos mentais comuns em estudantes universitários: uma revisão sistemática da literatura**. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 1–23, 15 dez. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/ps>

LUCCHESI, R.; SOUSA, K. de; BONFIN, S. do P.; VERA, I.; SANTANA, F. R. **Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 200–207, jul. 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300200&lng=pt&tlng=pt.

LUNA, A. de A. **Estado nutricional e consumo alimentar de mulheres das comunidades**

quilombolas de Alagoas. Universidade Federal de Alagoas, 2010. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/647>.

MACIEL, E. da S.; SILVA, B. K. R.; SCHOTT, E.; KATO, H. C. de A.; QUARESMA, F. P. R.; SANTOS, F. W. dos; ADAM, F. F. **Insegurança alimentar em comunidades quilombolas: um estudo transversal.** *Segurança Alimentar e Nutricional*, v. 28, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8658888>

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1639–1648, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HP6YC8XbWmLsPsRLTNgrsTB/abstract/?lang=pt>

MARI, J. de J.; WILLIAMS, P. **A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo.** *British Journal of Psychiatry*, v. 148, n. 1, p. 23–26, 29 jan. 1986. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000209264/type/journal_article.

MARTINS, A. F.; DE SOUZA, D. R. V.; DE REZENDE NETO, J. M. et al. **A higher number of SARS-COV-2 infections in quilombola communities than in the local population in Brazil.** *Frontiers in Public Health*, v. 11, 26 maio 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1095162/full>.

MICROSOFT CORPORATION. **Microsoft Excel® 2010.** Redmond, WA: Microsoft Corporation, 2010.

MULDOON, K. A.; DUFF, P. K.; FIELDEN, S.; ANEMA, A. **Food insufficiency is associated with psychiatric morbidity in a nationally representative study of mental illness among food insecure Canadians.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 48, n. 5, p. 795–803, 11 maio 2013. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-012-0597-3>.

MURCHO, N.; PACHECO, E.; JESUS, S. N. de. **Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão.** *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 15, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

NASCIMENTO, V. B.; ARANTES, A. C. V.; CARVALHO, L. G. de. **Vulnerabilidade e saúde de mulheres quilombolas em uma área de mineração na Amazônia.** *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 3, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902022000300309&tlng=pt

NEIVA, G. S. M. **Saúde mental materna e estado nutricional do binômio mãe/filho na população quilombola de Alagoas.** 2010. Universidade Federal de Alagoas, 2010. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/653>.

NICHOLSON, P. J. **Common mental disorders and work**. *British Medical Bulletin*, v. 126, n. 1, p. 113–121, 1 jun. 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/bmb/article/126/1/113/4976608>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **A User's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ)**. Geneva: World Health Organization, 1994. 81 p.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Doenças - 11ª Revisão (CID-11)**. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Mental health**. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>.

OTEKUNRIN, O. A.; OTEKUNRIN, O. A.; MOMOH, S.; AYINDE, I. A. **How far has Africa gone in achieving the zero hunger target? Evidence from Nigeria**. *Global Food Security*, v. 22, p. 1–12, set. 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211912419300069>.

PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F.; RUIZ, M. T.; MONTEIRO, J. C. dos S.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. **Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados**. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 4, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000400201&tlng=pt.

PATRÍCIO, A. C. F. de A.; SILVA, R. A. R. da; ARAÚJO, R. F. de; SILVA, R. F. da; NASCIMENTO, G. T. de S.; RODRIGUES, T. D. de B.; LEITE, M. A. P. **Common mental disorders and resilience in homeless persons**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 6, p. 1526–1533, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000601526&tlng=en.

PENNER-GOEKE, S.; BINDER, E. B. **Epigenetics and depression**. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 21, n. 4, p. 397–405, 31 dez. 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2019.21.4/ebinder>.

PINTON, F.; YANNICK, S. **Soberania versus segurança alimentar no Brasil: tensões e oposições em torno da agroecologia como projeto**. *Estudos Sociedade e Agricultura*, v. 27, n. 1, p. 24–46, 1 fev. 2019. Disponível em: https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/ESA27-1_soberania_vs_seguranca

POURMOTABBED, A.; MORADI, S.; BABAEI, A.; GHAVAMI, A.; MOHAMMADI, H.; JALILI, C.; SYMONDS, M. E.; MIRAGHAJANI, M. **Food insecurity and mental health: A systematic review and meta-analysis**. *Public Health Nutrition*, v. 23, n. 10, p. 1778–1790, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/food-insecurity-and-mental-health-a-systematic-review-and-metaanalysis/CB76D90D879907A6050DCAE2AD4F07EE>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2023**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>.

REDE PENSSAN, Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **Olhe para a fome**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://redepenssan.org/olhe-para-a-fome>.

SANTOS, G. de B. V. dos; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305008&tlng=pt.

SATO, P. de M.; BRANDÃO, L. **Lessons on planetary health from traditional Quilombola communities of the Brazilian Amazon**. *BMJ*, p. p2188, 5 out. 2023. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.p2188>.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEÓN, L.; MELGAR-QUIÑONEZ, H.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. **Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: Recommendation for a 14-item EBIA**. *Revista de Nutrição*, v. 27, n. 2, p. 241–251, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000200241&lng=en&tlng=en.

SILVA, W. O. **Estado nutricional e fatores de risco em mulheres adultas: um estudo comparativo com descendentes quilombolas e a população do estado de Alagoas, Brasil**. 2010. Universidade Federal de Alagoas, 2010. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1091>.

SILVA, A. C. da; VARGAS, L. S.; MORAES, R. C. C.; LUCCHESI, R.; GUIMARÃES, R. A.; VERA, I. **Prevalência e fatores associados ao transtorno mental comum em assentados rurais**. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, v. 15, n. 1, p. 23–31, 27 ago. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/161506>.

SOUSA, S. Q. de; LÔBO, I. K. V.; CARVALHO, A. T. de; VIANNA, R. P. de T. **Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1925–1934, maio 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501925&tlng=pt.

SPERLING, E. L.; HULETT, J. M.; SHERWIN, L. B.; THOMPSON, S.; BETTENCOURT, B. A. **Prevalence, characteristics and measurement of somatic symptoms related to mental health in medical students: a scoping review**. *Annals of Medicine*, v. 55, n. 2, 12 dez. 2023. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2023.2242781>.

STATACORP, StataCorp LP. **Stata, versão 12.0**. College Station, TX: StataCorp LP, 2011.

TORRES, Z. M. C. **Saúde de mães e crianças de uma comunidade antes e após o seu reconhecimento como quilombola**. Universidade Federal de Alagoas, 2013. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/4853>.

TRIVELLATO, P. T.; MORAIS, D. de C.; LOPES, S. O.; MIGUEL, E. da S.; FRANCESCHINI, S. do C. C.; PRIORE, S. E. **Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: revisão sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 865–874, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300865&tlng=pt.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. **The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach.** *International Journal of Epidemiology*, v. 26, n. 1, p. 224–227, 1 fev. 1997. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/26.1.224>.

XAVIER-JÚNIOR, A. F. S. **Perímetro cefálico de crianças das populações remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas, segundo adequação estatural, peso ao nascer e exposição ao aleitamento materno.** Universidade Federal de Alagoas, 2009. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/642>.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000500101&tlng=pt.

Tabela 1 - Caracterização das variáveis antropométricas e de saúde de mulheres de Comunidades Remanescentes de Quilombos do estado de Alagoas (Brasil), segundo triagem de Transtorno Mental Comum, 2018.

Variáveis	Total	Transtorno Mental Comum		valor p
		Não	Sim	
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	
Idade (em anos)	36 (28–46)	34 (27–43)	40 (32–49)	<0,001*
Massa corporal (em kg)	66,1 (57–76,2)	66,4 (57,4–77,8)	66,4 (57,4–77,8)	0,087*
Índice de massa corporal (kg/m ²)	27,1 (23,6–31,1)	26,8 (23,4–30,9)	27,4 (24,0–31,4)	0,030*
Perímetro da cintura (cm)	85,4 (76,2–94,7)	84,2 (75,2–93,6)	87,0 (77,9–93,2)	0,0002*
Pressão arterial sistólica (mmHg) ¹	121 (112–132,5)	120 (111–131,5)	122,2 (113,5–134)	0,0242*
Pressão arterial diastólica (mmHg) ¹	78 (71–75)	77 (70–84,5)	79 (72–86)	0,003*

p: Diferença estatisticamente significativa, segundo o teste de Mann-Whitney*, aplicado T de Student na variável altura, apresentando uma mediana de 155,9 (151,4 – 159,8) e p=0,082 para os TMCs positivos.

¹Pressão arterial sistólica $\geq$ 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica $\geq$ 90mmHg e/ou uso de medicamentos anti-hipertensivos (AL., 2021).

Tabela 2 – Características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas, comportamentais e de saúde em mulheres de Comunidades Remanescentes de Quilombos do estado de Alagoas (Brasil), 2018.

Variáveis	Total	Transtornos Mentais Comuns		RP Bruta (IC95%)	valor p
	n (%) ¹	Ausência	Presença		
		n (%)	n (%)		
Insegurança Alimentar e Nutricional					
Sim	1.302 (72,3)	317 (28,6)	416 (60,2)	2,10 (1,88-2,35)	<0,001
Não	499 (27,7)	793 (71,4)	275 (39,8)	1	
Fatores Socioeconômicos e Demográficos					
Faixa etária					<0,001
≤ 35 anos	853 (47,4)	589 (69,1)	264 (31,0)	1	
>35 anos	948 (52,6)	479 (50,5)	469 (49,5)	1,59 (1,41-1,80)	
Cor/Raça					0,103
Preta/Parda	1.622 (90,2)	952 (58,7)	670 (41,3)	1,19 (0,96-1,47)	
Outra	176 (9,8)	115 (65,3)	61 (34,7)	1	
Escolaridade					<0,001
> 8 anos	487 (27,1)	356 (73,1)	131 (26,9)	1	
≤ 8 anos	1.308 (72,9)	709 (54,2)	599 (45,8)	1,70 (1,45-1,99)	
Material do domicílio					0,014
Alvenaria	1.719 (95,5)	1.029 (59,9)	690 (40,1)	1	
Outro	82 (4,6)	39 (47,6)	43 (52,4)	1,30 (1,05-1,61)	
Ocupação do domicílio					0,374
Própria	1.644 (91,3)	980 (59,6)	664 (40,4)	1	
Outra	157 (8,7)	88 (56,0)	69 (44,0)	1,08 (0,90-1,31)	
Cômodos no domicílio					0,095
> 4 cômodos	1.436 (79,9)	865 (60,2)	571 (39,8)	1,11 (0,98-1,27)	
≤ 4 cômodos	362 (20,1)	201 (55,5)	161 (44,8)	1	
Pessoas no domicílio					0,014
≤ 4 pessoas	1.232 (68,4)	754 (61,2)	478 (38,8)	1	
> 4 pessoas	569 (31,6)	314 (55,2)	255 (44,8)	1,15 (1,02-1,29)	
Água consumida no domicílio					0,247
Rede de distribuição geral	509 (28,3)	308 (60,5)	201 (39,5)	1	
Mineral	26 (1,5)	13 (50,0)	13 (50,0)	1,26 (0,84-1,88)	
Outra	1.264 (70,3)	746 (59,0)	518 (40,0)	1,03 (0,91-1,17)	
Recebe benefício do governo ²					0,875
Sim	1.296 (72,0)	770 (59,4)	526 (40,6)	0,99 (0,87-1,12)	
Não	505 (28,0)	298 (59,0)	207 (40,0)	1	
Classe econômica da família ³					0,170
A/B/C	132 (7,4)	86 (65,2)	46 (34,8)	1	

Variáveis	Total	Transtornos Mentais Comuns		RP Bruta (IC95%)	valor p
	n (%) ¹	Ausência	Presença		
		n (%)	n (%)		
D-E	1.644 (92,5)	966 (58,8)	678 (41,2)	1,18 (0,93-1,50)	0,076
Mulher no mercado de trabalho					
Sim	185 (10,3)	122 (66,0)	63 (34,0)	1	
Não	1.604 (89,7)	944 (58,9)	660 (41,1)	1,20 (0,98-1,48)	
Mulher como chefe do domicílio					0,007
Sim	381 (21,2)	204 (53,5)	177 (46,5)	1,18 (1,04-1,34)	
Não	1.418 (78,8)	864 (60,9)	554 (39,1)	1	
Fatores Reprodutivos e Comportamentais					
Menarca					0,939
≥ 12 anos	1.359 (82,2)	801 (58,9)	558 (41,1)	0,99 (0,85-1,15)	
< 12 anos	294 (17,8)	174 (59,2)	120 (40,8)	1	
Número de filhos					0,190
Nenhum	211 (11,7)	153 (72,5)	58 (27,5)	1	
1-2 filhos	667 (37,1)	451 (67,6)	216 (32,4)	1,17 (0,92-1,50)	
≥ 3 filhos	922 (51,2)	464 (50,3)	458 (49,7)	1,80 (1,43-2,27)	
Aborto					<0,001
Sim	454 (25,5)	211 (46,5)	243 (53,5)	1,46 (1,30-1,63)	
Não	1.330 (74,6)	843 (63,4)	487 (36,6)	1	
Uso de tabaco					<0,001
Sim	289 (16,2)	123 (42,6)	166 (57,4)	1,52 (1,35-1,72)	
Não	1.495 (83,8)	933 (62,4)	562 (37,6)	1	
Consumo de álcool					<0,001
Sim	88 (4,9)	35 (39,8)	53 (60,2)	1,51 (1,26-1,81)	
Não	1.696 (95,1)	1.021 (60,2)	675 (39,8)	1	
Fatores de Saúde					
Tipo de serviço de saúde que utiliza					0,638
Privado	25 (1,4)	16 (64,0)	9 (36,0)	1	
Público	1.719 (95,6)	1.017 (59,2)	702 (40,84)	1,13 (0,67-1,91)	
Outro	55 (3,06)	35 (63,64)	20 (36,36)	1,01 (0,53-1,89)	
Excesso de peso ⁴					0,208
Sim	1.139 (66,5)	660 (57,0)	479 (42,0)	1,08 (0,95-1,22)	
Não	574 (33,5)	351 (61,2)	223 (38,8)	1	
Obesidade abdominal					0,013
Sim	1.115 (65,7)	632 (56,7)	483 (43,3)	1,17 (1,03-1,32)	
Não	582 (34,3)	367 (63,1)	215 (36,9)	1	
Problema de saúde nos últimos 15 dias					<0,001
Sim	566 (31,4)	250 (44,2)	316 (55,8)	1,65 (1,48-1,84)	
Não	1.234 (68,6)	818 (66,3)	416 (33,7)	1	
Hipertensão arterial sistêmica ⁵					<0,001
Sim	475 (28,9)	238 (50,1)	237 (49,9)	1,31 (1,16-1,47)	
Não	1.171 (71,1)	726 (62,0)	445 (38,0)	1	

¹O tamanho da amostra varia em algumas variáveis devido a casos de não resposta.

²Salário-mínimo, à época do estudo: R\$937,00.

³Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2017).

⁴Sobrepeso definido pelo Índice de Massa Corporal ≥ 25 kg²

⁵Pressão arterial sistólica ≥ 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90mmHg e/ou uso de medicamentos anti-hipertensivos (AL., 2021).

Figura 2 – Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns em mulheres quilombolas do estado de Alagoas (Brasil), segundo a condição de Segurança ou Insegurança Alimentar leve, moderada ou grave, 2018.

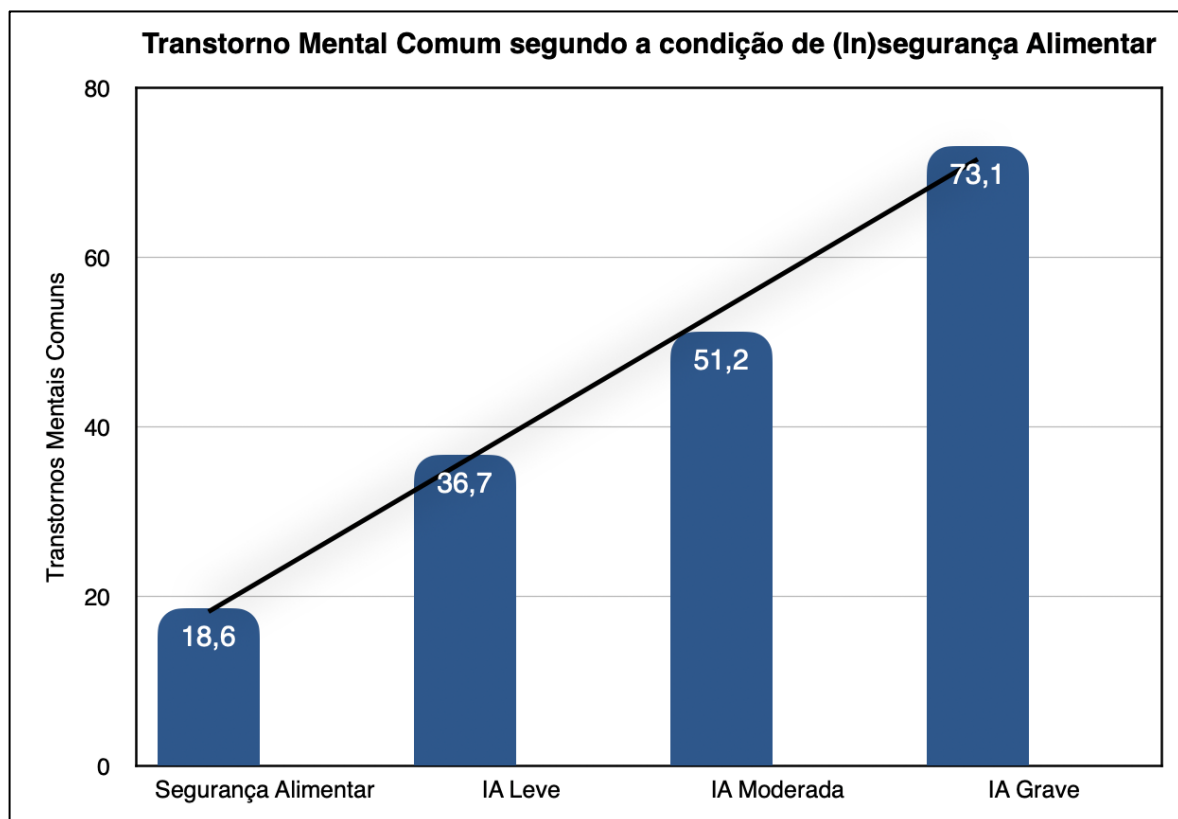


Tabela 3 – Níveis hierárquicos conforme modelos teóricos para seleção dos fatores associados ao Transtorno Mental Comum em mulheres de Comunidades Remanescentes de Quilombos de Alagoas, Brasil, 2018.

<i>Variáveis</i>	<i>Determinantes Distais</i>		<i>Determinantes Intermediários</i>		<i>Determinantes Proxiais</i>	
	<i>RP (IC95%)</i>	<i>p</i>	<i>RP (IC95%)</i>	<i>p</i>	<i>RP (IC95%)</i>	<i>p</i>
<i>Insegurança Alimentar Moderada ou Grave</i>	1,99 (1,78-2,22)	<0,001	1,91 (1,71-2,14)	<0,001	1,85 (1,65-2,07)	<0,001
<i>Fatores Socioeconômicos e Demográficos</i>						
<i>Idade da mulher ser superior a 35 anos de idade</i>	1,41 (1,25-1,58)	<0,001	1,32 (1,17-1,49)	<0,001	1,28 (1,13-1,45)	<0,001
<i>Cor/Raça parda ou preta</i>	1,12 (0,91-1,37)	0,265				
<i>Escolaridade menor ou igual a 8 anos</i>	1,26 (1,08-1,48)	0,004	1,21 (1,03-1,42)	0,016	1,23 (1,05-1,44)	0,009
<i>Material da casa ser diferente de alvenaria</i>	1,15 (0,95-1,39)	0,144				
<i>Cômodos do domicílio ser inferior ou igual a 4</i>	1,05 (0,92-1,20)	0,398				
<i>Mais de 4 pessoas residindo no domicílio</i>	0,99 (0,89-1,12)	0,986				
<i>Mulher não estar inserida no mercado de trabalho</i>	1,03 (0,83-1,27)	0,775				
<i>Pertencer à classe social D-E</i>	0,84 (0,67-1,07)	0,169				
<i>Mulher como chefe do domicílio</i>	1,11 (0,99-1,25)	0,063				
<i>Fatores Reprodutivos e Comportamentais</i>						
<i>Mulher ter até 2 filhos</i>			0,97 (0,77-1,22)	0,827		
<i>Mulher ter 3 ou mais filhos</i>			1,09 (0,87-1,37)	0,431		
<i>Possuir histórico de aborto</i>			1,23 (1,10-1,38)	<0,001	1,21 (1,08-1,35)	0,001
<i>Uso de tabaco</i>			1,13 (1,00-1,28)	0,040	1,13 (1,00-1,27)	0,041
<i>Consumo de álcool</i>			1,37 (1,16-1,62)	<0,001	1,32 (1,12-1,56)	0,001
<i>Fatores de Saúde</i>						
<i>Problema de saúde nos últimos 15 dias</i>					1,47 (1,32-1,63)	<0,001
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica</i>					1,07 (1,30-1,61)	0,245

RP = Razão de Prevalência; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; *p* = Nível de significância estatística.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Quadro 1 – Catálogo das Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ) do estado de Alagoas e suas regiões administrativas selecionadas para compor a amostra da Pesquisa Quilombola, em 2018.

	Comunidade	Município	Certificação
1	Lagoa das Pedras	Água Branca	19/11/2009
2	Serra das Viúvas	Água Branca	19/11/2009
3	Jaqueira	Anadia	02/02/2015
4	Carrasco	Arapiraca	13/03/2007
5	Cajá dos Negros	Arapiraca	19/04/2005
6	Guaxinim	Batalha	13/12/2006
7	Sítio Alto das Negras	Cacimbinhas	27/12/2010
8	Sítio Lagoa do Algodão	Canapi	27/12/2010
9	Sapé	Carneiro	19/11/2009
10	Sítio Serra Verde	Igreja Nova	27/12/2010
11	Povoado Ribeiras	Igaci	07/02/2011
12	Paus Pretos	Jacaré dos Homens	25/05/2005
13	Puxinanã	Monteirópolis	13/12/2006
14	Aguazinha	Major Isidoro	19/11/2009
15	Gameleiro	Olho D'Água das Flores	10/04/2008
16	Burnio	Olho D'Água das Flores	19/11/2009
17	Malhada Vermelha	Pariconha	19/11/2009
18	Perpétua	Passo do Camaragibe	27/12/2010
19	Pixaím	Piaçabuçu	19/11/2009
20	Poço do Sal	Pão de Açúcar	28/07/2006
21	Tabuleiro dos Negros	Penedo	01/03/2007
22	Jacu	Poço das Trincheiras	19/04/2005
23	Mocó	Poço das Trincheiras	19/04/2005
24	Vila Santo Antônio	Palestina	05/05/2009
25	Filús	Santana do Mundaú	28/07/2006
26	Mariana	Santana do Mundaú	19/11/2009
27	Cacimba do Barro	São José da Tapera	19/11/2009
28	Mameluco	Taquarana	13/12/2006
29	Poços do Lunga	Taquarana	07/06/2006
30	Abobreiras	Teotônio Vilela	19/11/2009
31	Uruçu	Traipu	19/11/2009
32	Lagoa do Tabuleiro	Traipu	27/12/2010
33	Sabalangá	Viçosa	27/12/2010
34	Muquém	União dos Palmares	19/04/2005

Fonte: Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas (ITERAL). Disponível em: <https://www.iteral.al.gov.br/gpaf-gerencia-de-politica-agraria-e-fundiaria-1/assessoria-tecnica-dos-nucleos-quilombolas-e-indigenas-astnqi/comunidades-quilombolas/comunidades-certificadas>.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABDETA, T. et al. Prevalence of common mental disorders and associated factors among adults living in Harari regional state, eastern Ethiopia: a community based cross-sectional study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 14, 13 jul. 2023. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2023.1183797/full>. Acesso em: 1 ago. 2024.

ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica no Brasil. 2017.

ADEOYE, I. A.; SOGBESAN, A.; ESAN, O. Prevalence, associated factors and perinatal outcomes of antepartum depression in Ibadan Nigeria. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 219, 18 mar. 2022. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04549-7>. Acesso em: 1 ago. 2024.

ADEYELE, V. O.; MAKINDE, V. I. Mental health disorder as a risk factor for domestic violence experienced by school children. **Mental Health Review Journal**, v. 28, n. 4, p. 414–429, 9 nov. 2023. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MHRJ-11-2022-0072/full/html>. Acesso em: 1 ago. 2024.

ÁGUAS, C. P. Terra e estrutura social no Brasil: exclusão e resistência das comunidades negras quilombolas. **Revista Angolana de Sociologia**, n. 10, p. 131–148, 1 dez. 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/ras/274>. Acesso em: 1 ago. 2024.

ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300502&tlng=pt. Acesso em: 1 ago. 2024.

ALMEIDA, M. R. G. de; NASCIMENTO, E. F. do. Ocupação, produção e resistência: terras quilombolas e o lento caminho das titulações. **Interações (Campo Grande)**, v. 23, n. 4, p. 945–958, 2022.

AMADOR, E. O. et al. Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para populações quilombolas: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 4, p. e14922, 18 abr. 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14922>. Acesso em: 1 ago. 2024.

ANDERSON, R. N. The Quilombo of Palmares: A New Overview of a Maroon State in Seventeenth-Century Brazil. **JSTOR**, v. 28, n. 3, p. 545–566, 1996.

ANDREOLI, S. B. et al. Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 249–260, ago. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000400003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 ago. 2024.

ARAGÃO, S. R. de; FILHO, O. N. M. O Modelo Biomédico X O Modelo Biopsicossocial na Explicação da Depressão. **Revista Científica**, v. 2, n. 1, p. 1–10, 2019.

ARARIPE, M. C. et al. Mortalidade e Incidência por Transtorno Mental e Comportamental. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 3, p. 86–100, 4 set. 2023. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rem/article/view/3881>. Acesso em: 1 ago. 2024.

ARAÚJO, T. M. de; PINHO, P. de S.; ALMEIDA, M. M. G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. 3, p. 337–348, set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000300010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 ago. 2024.

BARBOSA, R. de L. Saúde mental de mulheres segundo a condição de (in)segurança alimentar: estudo de base populacional no estado de Alagoas. 2017. Universidade Federal de Alagoas, 2017. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3799>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BARLOW, D. H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Nova York: Guilford Press, 2002. 698 p.

BARR, E. et al. Gender as a social and structural variable: research perspectives from the National Institutes of Health (NIH). **Translational Behavioral Medicine**, v. 14, n. 1, p. 13–22, 11 jan. 2024. Disponível em: <https://academic.oup.com/tbm/article/14/1/13/7130278>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BARROSO, S. M. Instrumentos de avaliação em saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 3, p. 304–305, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000300304&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 ago. 2024.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 3 mar. 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BARTOLI, F. et al. Prevalence and correlates of manic/hypomanic and depressive predominant polarity in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. **BJPsych Open**, v. 10, n. 3, p. e100, 6 maio 2024. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056472424000516/type/journal_article. Acesso em: 1 ago. 2024.

BATISTA, E. C.; ROCHA, K. B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Interações (Campo Grande)**, p. 35–50, 28 jan. 2020. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/2149>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BECK, A. T. Depression: Causes and Treatment. Filadélfia: University of Pennsylvania Press, 1972. 432 p.

BEZERRA, H. de S.; ALVES, R. M.; NUNES, A. D. d.; BARBOSA, I. R. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. **Public Health Reviews**, v. 42, n. August, p. 1–12, 2021.

BEZERRA, V. M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1835–1847, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNCFXysmdgNpKpnDZGWBL5f/?lang=pt>

BONADIMAN, C. S. C. et al. Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. **Population Health Metrics**, v. 18, n. S1, p. 6, 30 set. 2020. Disponível em: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-020-00204-5>.

BRAGA, C. P. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 4, p. 198–213, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000400198&tlng=pt.

BRANCATI, G. E. et al. Differential characteristics of bipolar I and II disorders: a retrospective, cross-sectional evaluation of clinical features, illness course, and response to treatment. **International Journal of Bipolar Disorders**, v. 11, n. 1, p. 25, 14 jul. 2023. Disponível em: <https://journalbipolardisorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-023-00304-9>.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

BRASIL. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) - nº 11.346.

BRASIL. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/map>.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Constituição Federal de 1988 – Artigo 68 Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar, sim, excluir, não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/relatorios-cns/1518-iii-conferencia-nacional-de-saude-mental>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Na América Latina, Brasil é o país com maior prevalência de depressão. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/na-america-latina-brasil-e-o-pais-com-maior-prevalencia-de-depressao>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão**. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de Saúde integral da População negra: uma política do SUS. Brasília, 2010.

BURTON, C. et al. A primary care Symptoms Clinic for patients with medically unexplained symptoms: pilot randomised trial. **BMJ Open**, v. 2, n. 1, p. e000513, 9 fev. 2012. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2011-000513>.

CAMARGO, S. C. Sobre o conceito de loucura: das psicoses à experiência social. **Diaphora**, v. 9, n. 2, p. 84–90, 2020. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/201/203>.

CARRETTA, R. F. et al. Gender Differences in Risks of Suicide and Suicidal Behaviors in the USA: A Narrative Review. **Current Psychiatry Reports**, v. 25, n. 12, p. 809–824, 6 dez. 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s11920-023-01473-1>.

CARVALHO, J. D. A. C. do L. Os conflitos entre a diplomacia e os comerciantes britânicos sobre o tráfico negreiro brasileiro (1826-1850). **Oficina do Historiador**, v. 12, n. 1, p. 30651, 4 out. 2019. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/oficinadohistoriador/article/view/30651>.

CASTANEDA, L. O Cuidado em Saúde e o Modelo Biopsicossocial: apreender para agir. **CoDAS**, v. 31, n. 5, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822019000500201&tlng=pt.

CHAVES, L. O.; SILVA, E. V. Comunidades negras no Ceará: da invisibilidade à formação dos quilombos contemporâneos. **Novos Cadernos NAEA**, v. 20, n. 3, 15 maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/2583>.

CHRISTIANSEN, D. M.; MCCARTHY, M. M.; SEEMAN, M. V. Editorial: Understanding the influences of sex and gender differences in mental disorders. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 8 ago. 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.984195/full>.

CIRILLO, D. et al. Sex and gender differences and biases in artificial intelligence for biomedicine and healthcare. **npj Digital Medicine**, v. 3, n. 1, p. 81, 1 jun. 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41746-020-0288-5>.

CIRILO, M.; DIMENSTEIN, M. Desafios para o cuidado em saúde mental em contextos rurais. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 1–26, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202021000100005&lng=pt&nrm=iso.

COSTA, A. P. P.; ALVES, A. P. P. Análise das bases genéticas e neurobiológicas da Ansiedade e Depressão: um painel de genes candidatos. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 23, n. 1, 2023. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/15679>.

COSTA, N. S. et al. Prevalence and Factors Associated with Food Insecurity in the Context of the Economic Crisis in Brazil. **Current Developments in Nutrition**, v. 1, n. 10, p. e000869, out. 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2475299122144823>.

CPISP. O Caminho da Titulação. Disponível em: <https://cpisp.org.br/direitosquilombolas/caminho-da-titulacao/>.

CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. In: *Feminist Theory: A Reader*. Nova York: McGraw-Hill, 2002. p. 482–491.

DARÉ, L. O. et al. Co-morbidities of mental disorders and chronic physical diseases in developing and emerging countries: a meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 304, 13 dez. 2019. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6623-6>.

DAVID, E. de C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 264–277, out. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000700264&tlng=pt.

DE JESUS MARI, J. Mental healthcare in Brazil: modest advances and major challenges. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 20, n. 2, p. 113–115, 2 mar. 2014. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1355514600011482/type/journal_article.

DE JESUS MARI, J.; WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23–26, 29 jan. 1986. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000209264/type/journal_article.

DE MENEZES GALVÃO, A. C.; ALMEIDA, R. N.; DE SOUSA, G. M.; LEOCADIO-MIGUEL, M. A.; PALHANO-FONTES, F.; DE ARAUJO, D. B.; LOBÃO-SOARES, B.; MAIA-DE-OLIVEIRA, J. P.; NUNES, E. A.; HALLAK, J. E. C.; SCHUCH, F. B.; SARRIS, J.; GALVÃO-COELHO, N. L. Pathophysiology of Major Depression by Clinical Stages. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 5 ago. 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.641779/full>.

DICKENS, G. L.; RAMJAN, L.; ENDRAWES, G.; BARLOW, E. M.; EVERETT, B. Effectiveness and experiences of mental health nurses in cases of medical emergency and severe physiological deterioration: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 95, p. 73–86, jul. 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748919301117>.

DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V. H.; MARTINS, M. E.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. S.; LEITE, J. F.; ALVES FILHO, A. Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazônica - Revista de Antropologia*, v. 12, n. 1, p. 205, 29 out. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/8303>

DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; MACEDO, J. P.; LIBERATO, M. T. C.; SILVA, B. Í. do B. de M.; PRADO, C. L. do C.; LEÃO, M. V. A. S. Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 25, n. 1, p. 162–186, jan. 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142022000100162&tlng=pt.

EMMELKAMP, P. M. G. Social Support and Resilience: Impact on Mental Health. In: *Mental Health of Refugees*. Cham: Springer International Publishing, 2023. p. 69–93.

ESTATÍSTICAS, A. em D. e I. Mapa das comunidades remanescentes de quilombos e territórios quilombolas no estado de Alagoas. Disponível em: https://dados.al.gov.br/catalogo/en_AU/dataset/comunidades-quilombolas-de-alagoas/resource/a3f19fb5-e405-426d-b802-0ee600236050

ESTEVAM, A. dos S.; FEITOSA, D. V. dos S.; SILVA, N. S. de O.; MELO, S. N. de; ARAGÃO, A. P. S.; ALMEIDA, T. F. A enfermagem em saúde mental pós reforma psiquiátrica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 45, p. e2631, 9 abr. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2631>

FERREIRA, D. de A.; ROCHA, F. da C.; SANTANA, H. P. das V.; LOPES, R. M. Comunidades quilombolas: elementos básicos para a compreensão de suas problemáticas jurídicas, antropológicas e sociais. *Revista Textos Graduados*, v. 5, n. 1, p. 216–232, 2019.

FERREIRA, R. C. Laudos antropológicos, responsabilidades sociais: Dilemas do reconhecimento de comunidades remanescentes de quilombos. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 12, n. 2, 18 nov. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/11932>

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 540 p.

FREITAS, D. *Palmares: a Guerra dos Escravos*. São Paulo: Graal, 1978. 221 p.

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. *Revista CEFAC*, v. 13, n. 5, p. 937–943, 2011.

FREITAS, G. As expropriações e os quilombos no Brasil: entraves entre o reconhecimento e a titulação. 2019. *Universidade de São Paulo*, Piracicaba, 2019. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/91/91131/tde-03052019-181535>

FRIED, E. I.; ROBINAUGH, D. J. Systems all the way down: embracing complexity in mental health research. *BMC Medicine*, v. 18, n. 1, p. 205, 14 dez. 2020. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01668-w>

FUNARI, P. P. A.; CARVALHO, A. V. de. O patrimônio em uma perspectiva crítica: o caso do quilombo dos palmares. **Revista Diálogos**, v. 9, n. 1, p. 33–47, 2005.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R. L. S.; ALVES, C. B. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 106–115, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100012&lng=pt&tlng=pt

GALVÃO, A. L. M.; OLIVEIRA, E.; GERMANI, A. C. C. G.; LUIZ, O. do C. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902021000200303&tlng=pt

GARIÉPY, G.; HONKANIEMI, H.; QUESNEL-VALLÉE, A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. **British Journal of Psychiatry**, v. 209, n. 4, p. 284–293, 2 out. 2016. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000245121/type/journal_article

GOMES, F. dos S. **Histórias de quilombolas: mocambos e comunidades de senzalas no Rio de Janeiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. 432 p.

GRACINO, Y. L. L.; LOUVEIRA, M. H.; GAUDIOSO, C. E.; SOUZA, J. C. Transtornos somatoformes durante a pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, p. e902998019, 12 set. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8019>

HÄFELE, V.; NOBRE, M. L.; SIQUEIRA, F. V. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em usuários da Atenção Primária. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2023000300202&tlng=pt

HEFLIN, C. M.; SIEFERT, K.; WILLIAMS, D. R. Food insufficiency and women's mental health: Findings from a 3-year panel of welfare recipients. **Social Science & Medicine**, v. 61, n. 9, p. 1971–1982, nov. 2005. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953605001796>

HOA, P. T. T.; TRANG, D. T.; LIEN, N. T.; VINH, N. A. Anxiety symptoms and coping strategies among high school students in Vietnam after COVID-19 pandemic: a mixed-method evaluation. **Frontiers in Public Health**, v. 12, 16 fev. 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1232856/full>

HOGG, B.; GARDOKI-SOUTO, I.; VALIENTE-GÓMEZ, A.; ROSA, A. R.; FORTEA, L.; RADUA, J.; AMANN, B. L.; MORENO-ALCÁZAR, A. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 273, n. 2, p. 397–410, 8 mar. 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00406-022-01495-5>

HOOKS, B. **Ain't I a Woman: Black Women and Feminism**. [s.l.: s.n.] 220 p.

HUXLEY, P.; GOLDBERG, D. P. **Common mental disorders: a bio-social model**. [s.l.] Tavistock/Routledge, 1992. 194 p.

IBGE. Índice de Desenvolvimento Humano. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>

IBGE. Censo Demográfico. [s.l.: s.n.].

IBGE. Cidades e Estados. [s.l.: s.n.].

IBGE, I. B. de G. e E. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. [s.l.: s.n.]. Disponível em:
<https://ghdx.healthdata.org/series/brazil-national-health-survey>

IBGE, I. B. de G. e E. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. [s.l.: s.n.]. Disponível em:
https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/070903d82038130a93f0374ada39f81d.pdf

IBGE, I. B. de G. e E. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. [s.l.: s.n.]. Disponível em:
https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/070903d82038130a93f0374ada39f81d.pdf

IBRAHIM, D.; AHMED, R. M.; MOHAMMAD, A. Z.; IBRAHIM, B.; MOHAMMED, T.; MOHAMED, M. E.; ABDELGADIR, T.; MOHAMMED, B.; IBRAHIM, M.; SHAABAN, K. M. A. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder and perceived stress among Sudanese medical students. **BMC Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 68, 23 jan. 2024. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-024-05510-y>

JADHAKHAN, F.; LINDNER, O. C.; BLAKEMORE, A.; GUTHRIE, E. Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of health care services: a systematic review and meta-analysis protocol. **BMJ Open**, v. 9, n. 7, p. e027922, 2 jul. 2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-027922>

JAUSORO ALZOLA, K.; MARINO, M. Women's Mental Health Around the World: Education, Poverty, Discrimination and Violence, and Political Aspects. In: Psychopathology in Women. Cham: **Springer International Publishing**, 2015. p. 3–24.

JAVAID, S. F.; HASHIM, I. J.; HASHIM, M. J.; STIP, E.; SAMAD, M. A.; AHBABI, A. Al. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. **Middle East Current Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 44, 26 maio 2023. Disponível em: <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-023-00315-3>

JETTY, A.; PETTERSON, S.; WESTFALL, J. M.; JABBARPOUR, Y. Assessing Primary Care Contributions to Behavioral Health: A Cross-sectional Study Using Medical Expenditure Panel Survey. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 12, p. 215013272110238, 10 jan. 2021. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21501327211023871>

KNIFTON, L.; INGLIS, G. Poverty and mental health: policy, practice and research implications. *BJPsych Bulletin*, v. 44, n. 5, p. 193–196, 3 out. 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S2056469420000789/type/journal_article>. Acesso em: 1 ago. 2024.

KOGA, D.; SANT'ANA, R. S.; MARTINELLI, M. L. Questão étnico-racial: desigualdades, lutas e resistência. *Serviço Social & Sociedade*, n. 133, p. 399–405, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300399&lng=pt&tlng=pt

KOHN, R.; ALI, A. A.; PUAC-POLANCO, V.; FIGUEROA, C.; LÓPEZ-SOTO, V.; MORGAN, K.; SALDIVIA, S.; VICENTE, B. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49540>

LEMO, R. C. F.; SOUZA, J. dos S. de; MARQUES, V. T. Prevalência de Insegurança Alimentar em Quilombolas: Revisão Sistema com Metanálise. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, v. 1, p. 229–244, 2023. Disponível em: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/1202/746>

LI, G.; LI, Y.; LAM, A. I. F.; TANG, W.; SEEDAT, S.; BARBUI, C.; PAPOLA, D.; PANTER-BRICK, C.; WAERDEN, J. van der; BRYANT, R.; MITTENDORFER-RUTZ, E.; GÉMES, K.; PURBA, F. D.; SETYOWIBOWO, H.; PINUCCI, I.; PALANTZA, C.; ACARTURK, C.; KURT, G.; TARSITANI, L.; MORINA, N.; BURCHERT, S.; PATANÈ, M.; QUERO, S.; CAMPOS, D.; HUIZINK, A. C.; FUHR, D. C.; SPILLER, T.; SIJBRANDIJ, M.; HALL, B. J. Understanding the protective effect of social support on depression symptomatology from a longitudinal network perspective. *BMJ Mental Health*, v. 26, n. 1, p. e300802, 29 nov. 2023. Disponível em: <https://mentalhealth.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjment-2023-300802>

LIPOWSKI, Z. J. *Somatization: Theories and Research*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1988. 299 p.

MACHADO, C. V. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. *Saúde Debate*, v. 44, n. 3, p. 5–8, 2020.

MANAFE, N.; ISMAEL-MULUNGO, H.; PONDA, F.; DOS SANTOS, P. F.; MANDLATE, F.; CUMBE, V. F. J.; MOCUMBI, A. O.; OLIVEIRA MARTINS, M. R. Prevalence and associated factors of common mental disorders among internally displaced people by armed conflict in Cabo Delgado, Mozambique: a cross-sectional community-based study. *Frontiers in Public Health*, v. 12, 16 abr. 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1371598/full>

MARBIN, D.; GUTWINSKI, S.; SCHREITER, S.; HEINZ, A. Perspectives in poverty and mental health. *Frontiers in Public Health*, v. 10, 4 ago. 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.975482/full>

- MARI, J. de J.; WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, v. 148, n. 1, p. 23–26, 29 jan. 1986. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifiier/S0007125000209264/type/journal_article
- MARQUES, C. E. De Quilombos a quilombolas: notas sobre um processo histórico-etnográfico. *Revista de Antropologia*, v. 52, p. 339–374, 2009.
- MELLO, M. M. *Reminiscências dos quilombos: territórios da memória em uma comunidade negra rural*. [s.l.] Terceiro Nome, 2012. 272 p.
- MEZZINA, R.; GOPIKUMAR, V.; JENKINS, J.; SARACENO, B.; SASHIDHARAN, S. P. Social Vulnerability and Mental Health Inequalities in the “Syndemic”: Call for Action. *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, 30 maio 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.894370/full>
- MOURA, C. *Quilombos: resistência ao escravismo*. Teresina - Piauí: EdUESPI, 2021. 112 p.
- MOURA, C. *Os Quilombos e a Rebelião Negra*. [s.l.] Dandara Editora, 2022. 136 p.
- MUAZE, M. Os escravagistas nas “festas da modernidade”: o centro da lavoura e do comércio nas exposições internacionais (1880-1888). *Almanack*, n. 29, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-46332021000300501&tlng=pt
- MURCHO, N.; PACHECO, E.; JESUS, S. N. de. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 15, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- NASCIMENTO, V. B. do; ARANTES, A. C. V.; CARVALHO, L. G. de. Vulnerabilidade e saúde de mulheres quilombolas em uma área de mineração na Amazônia. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 3, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902022000300309&tlng=pt
- NETSEREAB, T. B.; KIFLE, M. M.; TEFAGIORGIS, R. B.; HABTEAB, S. G.; WELDEABZGI, Y. K.; TEFAMARIAM, O. Z. Validation of the WHO self-reporting questionnaire-20 (SRQ-20) item in primary health care settings in Eritrea. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 12, n. 1, p. 61, 24 dez. 2018. Disponível em: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-018-0242-y>
- NICHOLSON, P. J. Common mental disorders and work. *British Medical Bulletin*, v. 126, n. 1, p. 113–121, 1 jun. 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/bmb/article/126/1/113/4976608>. Acesso em: 1 ago. 2024.
- O’MULLAN, C.; SINAI, S.; KAPHLE, S. A scoping review on the nature and impact of gender based violence on women primary producers. *BMC Women’s Health*, v. 24, n. 1, p. 395, 9 jul. 2024. Disponível em: <https://bmcmenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-024-03228-3>

OLIVEIRA, W. F. de; RENATO PINTO DE, A. P.; CIDADE, A.; BESSA, S. L.; BESS, E. Recovery e saúde mental: uma revisão da literatura latinoamericana. **Revista Iberoamericana de Psicología**, v. 14, n. 2, p. 69–81, 30 jun. 2021. Disponível em: <https://reviberopsicologia.ibero.edu.co/article/view/rip.14207>

OLIVEIRA, T. A. A.; GOUVEIA, V. V.; RIBEIRO, M. G. C.; OLIVEIRA, K. G.; MELO, R. L. P. de; MONTAGNA, E. General Health Questionnaire (GHQ12): new evidence of construct validity. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 803–810, mar. 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232023000300803&tlng=en

OMS. **Mental Health Atlas 2020** WHO Publication. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

OMS. **Transforming Mental Health For All** BMJ. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.o1593>

OMS. **A User's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)**. Geneva: World Health Organization, 1994. 81 p.

OMS. **Classificação Internacional de Doenças - 11a Revisão (CID-11)**.

OMS **Saúde Mental**. Geneva: World Health Organization, 2020.

OMS. **World mental health report - Transforming mental health for all**. Suíça. 2022c.

OMS. **Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020**.

OMS, O. M. da S. **World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Genebra. 2024.

OPAS, O. P.-A. da S. **Report on the Assessment of Mental Health Systems in Latin America and the Caribbean using the World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems**. Washington, DC: PAHO, 2013.

OPAS, O. P.-A. da S. **Mental health**. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/mental-health>.

PAFFER, A. T. de; FERREIRA, H. da S.; CABRAL JÚNIOR, C. R.; MIRANDA, C. T. de. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 130, n. 2, p. 84–91, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000200003&lng=en&tlng=en.

PAHO, O. P.-A. da S. **Transtornos mentais**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>.

PALAR, K.; KUSHEL, M.; FRONGILLO, E. A.; RILEY, E. D.; GREDE, N.; BANGSBERG, D.; WEISER, S. D. Food Insecurity is Longitudinally Associated with Depressive Symptoms Among Homeless and Marginally-Housed Individuals Living with

HIV. *AIDS and Behavior*, v. 19, n. 8, p. 1527–1534, 29 ago. 2015. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-014-0922-9>.

PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F.; RUIZ, M. T.; MONTEIRO, J. C. dos S.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 4, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000400201&tlng=pt.

PENNER-GOEKE, S.; BINDER, E. B. Epigenetics and depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 21, n. 4, p. 397–405, 31 dez. 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2019.21.4/ebinder>.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1699–1708, maio 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000501699&tlng=pt.

PRASETIO, C. E.; TRIWAHYUNI, A.; PRATHAMA, A. G. Psychometric Properties of Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20) Indonesian Version. *Jurnal Psikologi*, v. 49, n. 1, p. 69, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://jurnal.ugm.ac.id/jpsi/article/view/69782>.

REDE PENSSAN, R. B. de P. em S. e S. A. e N. **Olhe para a fome**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://redepenssan.org/olhe-para-a-fome>.

REIS, J. J.; GOMES, F. dos S. **Liberdade por um fio: História dos quilombos no Brasil**. [s.l.] Companhia das Letras, 1996. 512 p.

REMES, O.; MENDES, J. F.; TEMPLETON, P. Biological, Psychological and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sciences*, v. 11, n. 12, p. 1633, 10 dez. 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3425/11/12/1633>.

RIBEIRO, D. C. Ciência, caridade e redes de sociabilidade: o Hospício de Pedro II em outras perspectivas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n. 4, p. 1153–1167, 10 out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000401153&lng=pt&tlng=pt.

RIBEIRO, K. G.; ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. de H. C.; RAQUEL, S. P.; MUNOZ, T. L.; SANTOS, C. Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem. *Saúde em Debate*, v. 48, n. 140, 2024. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042024000100204&tlng=pt.

RODRÍGUEZ, J. J. Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. *International Review of Psychiatry*, v. 22, n. 4, p. 317–324, 27 ago. 2010. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2010.500863>.

ROSENFELD, S.; SMITH, D. Gender and Mental Health: Do Men and Women Have Different Amounts or Types of Problems? In: **A Handbook for the Study of Mental Health**. [s.l.] Cambridge University Press, 2009. p. 256–267.

SALGADO, M. A.; FORTES, S. L. C. L. Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 9, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000905011&tlng=pt.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000305010&tlng=pt.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: Revisão da literatura. *Psicologia & Sociedade*, v. 30, 14 nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822018000100228&lng=pt&tlng=pt.

SANTOS, É. G. dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238–246, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=pt&tlng=pt

SANTOS, G. de B. V. dos; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20190011305008&tlng=pt

SANTOS, F. A.; FIUZA, A. L. C.; SCHAEFER, C. E. Diálogo com Alberto da Costa e Silva: A participação africana na agricultura brasileira e outros movimentos e contribuições transatlânticas. **Cadernos de Estudos Africanos**, n. 39, p. 189–204, 1 jul. 2020. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cea/5053>

SATO, P. de M.; BRANDÃO, L. Lessons on planetary health from traditional Quilombola communities of the Brazilian Amazon. **BMJ**, p. p2188, 5 out. 2023. Disponível em: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.p2188>.

SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. dos S. **Dicionário da escravidão e liberdade**. [s.l.] Companhia das Letras, 2018. 496 p.

SCHWARTZ, S. B. Mocambos, Quilombos e Palmares: A Resistência Escrava no Brasil Colonial. **Estudos Econômicos**, v. 17, p. 61–88, 1987.

SCHWARTZ, S. B. Mocambos, Quilombos e Palmares: A Resistência Escrava no Brasil Colonial. **Jurnal Ilmu Pendidikan**, v. 7, n. 2, p. 809–820, 2020.

SECCO, A. C.; TESSER, C. D. Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 941–956, out. 2023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042023000400941&tlng=pt.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, n. 2, p. 1–19, 10 fev. 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634782>.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S. de; BARROS, M. B. de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2543–2554, ago. 2018.

SILVA, E. K. B. da; ROSA, L. C. dos S. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 252–260, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200252&lng=pt&tlng=pt.

SILVA, É. N. da. **América Latina em perspectiva: Análise da escalada do autoritarismo e neoliberalismo sobre o agrário no século XXI**. [s.l.] Acervus, 2021. 404 p.

SILVA, J. N. da. A atualidade do campesinato negro no nordeste brasileiro e suas contribuições para a construção do conhecimento agroecológico. **Revista Brasileira de Agroecologia**, v. 14, n. 2, p. 80–96, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbagroecologia/article/view/50122>.

SILVA, J. T. da. **Prevalência e fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em mulheres do Estado de Alagoas**. 2017. Universidade Federal de Alagoas, 2017.

SMOLEN, J. R.; DE ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: Uma revisão sistemática. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 4021–4030, 2017.

SOUSA, S. Q. de; LÔBO, I. K. V.; CARVALHO, A. T. de; VIANNA, R. P. de T. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1925–1934, maio 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501925&tlng=pt.

SOUZA, M. L. A. de. “Ser quilombola”. 2015. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=458483>.

SOUZA FILHO, C. F. M. de; PRIOSTE, F. Quilombos no Brasil e direitos socioambientais na América Latina. **Revista Direito e Práxis**, v. 8, n. 4, p. 2903–2926, dez. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662017000402903&lng=pt&tlng=pt.

SOWIŃSKA, A.; CZACHOWSKI, S. Patients’ experiences of living with medically unexplained symptoms (MUS): a qualitative study. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, p. 23,

2 dez. 2018. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0709-6>.

SPERLING, E. L. et al. Prevalence, characteristics and measurement of somatic symptoms related to mental health in medical students: a scoping review. **Annals of Medicine**, v. 55, n. 2, 12 dez. 2023. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2023.2242781>.

SZASZ, T. **O Mito da Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1961. 223 p.

TOKUMITSU, K. et al. Real-world clinical predictors of manic/hypomanic episodes among outpatients with bipolar disorder. **PLOS ONE**, v. 16, n. 12, p. e0262129, 31 dez. 2021. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0262129>.

VAN DER WESTHUIZEN, C. et al. Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for Use in a Low- and Middle-Income Country Emergency Centre Setting. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 14, n. 1, p. 37–48, fev. 2016. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11469-015-9566-x>.

VENTURA, C. A. A. et al. Diretrizes da Organização Mundial da Saúde relacionadas aos recursos humanos em saúde mental. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 17, n. 3, p. 78–87, 30 set. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/182144>.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224–227, 1 fev. 1997. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/26.1.224>.

WIECZOREK, K. et al. Reproductive Hormones and Female Mental Wellbeing. **Women**, v. 3, n. 3, p. 432–444, 7 set. 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2673-4184/3/3/33>.

WYNGAERDEN, F. et al. The structure of social support: a multilevel analysis of the personal networks of people with severe mental disorders. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 698, 14 nov. 2022. Disponível em: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04278-3>.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS
PESQUISADOS NO DOMICÍLIO**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM COMUNIDADES
QUILOMBOLAS DE DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS: ESTUDO
MULTICÊNTRICO**

UFAL – UNB – FIOCRUZ – UFPE – UFPel – UNICPel – UFRJ – SESAU-AL – UNIT-AL

FORMULÁRIO Nº 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO AL (1) ☐ GO (2) ☐ RJ (3) ☐ RS (4) ☐	MUNICÍPIO _____	QUEST _____ (número de ordem por comunidade)
	COMUNIDADE _____	

1. DATA DA ENTREVISTA _____ / _____ / _____
2. A casa esta situada na zona: (1) Rural ou (0) Urbana
3. Quantas pessoas residem nesta casa? _____
4. Entrevistador:
5. Supervisor de campo:

PONTO DE REFERÊNCIA

RECIBO DO TCLE

Tendo eu, entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, conforme consta no TCLE que me foi fornecido e encontra-se sob meu poder, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

_____, _____ de _____ de 2016

Assinatura ou digitais do voluntário

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DE CADASTRO FAMILIAR

Nº de Ordem	1. NOME	2. RELACAO	3. SEXO M F	4. ELEGIVEL	5. IDADE	6. RAÇA / COR (REFERIDA)	7. CONDIÇÃO DO TRABALHO	8. RENDA MENSAL* (Pensão, BF, Benefício)	9. ESTIMATIVA DA RENDA	VARIÁVEIS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL						
										10. Peso (kg)	11. Altura (cm)	12. Bioimpedância (% Gordura)	Circunferências (cm)			16. Hemoglobina
													13. Cabeça	14. Cintura	15. Quadril	
01		Chefe														
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																

9. ESTIMATIVA DA RENDA (salário mínimo; R\$): Até ½: 440,00 |1| Mais de ½ a 1: 441,00 a 880,00 |2| Mais de 1 a 2: 881,00 a 1.760,00 |3| Mais de 2: 1.761,00 |4|
 * incluir renda do Programa Bolsa Família ou quaisquer outros programas/fontes.

2. RELAÇÃO COM O CHEFE DA FAMÍLIA	4. ELEGÍVEL	6. RAÇA/COR (autorreferida)	8. CONDIÇÃO DO TRABALHO	9. ANTROPOMETRIA
1. Pessoa referida como chefe 2. Cônjuge 3. Filho(a) 4. Filho Adotivo 5. Outro Parente: _____ 6. Agregado/Pensionista 7. Empregado Doméstico	(G) = Gestante; (C2) = Criança < 2 anos. (C5) = Criança 2-5 anos (E) = Escolar (5,1 a 10 anos) (A) Adolescente (>10 a 19 anos) (M) = Mulheres (20 a < 60) (I) Idoso (≥ 60 anos)	1- Cor Branca 2- Cor Preta 3- Cor Parda (morena) 4- Cor Amarela 5- Raça/etnia Indígena	0. Não trabalha 1. Empregado com carteira 2. Funcionário público 3. Empregado sem carteira 4. Desempregado 5. Biscateiro 6. Autônomo 7. Aposentado/ pensionista 8. Criança/estudante 9. Bolsa família 10. Agricultor familiar	Peso e altura: Todos elegíveis BIA: M e A Circunferências (todas): M Circunferência da cabeça: C2, C5 e M.

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E AMBIENTAL

1. Tipo de moradia (material predominante): (1) Alvenaria (2) Taipa (3) Madeira (4) Palha/Papelão/Lona/Plástico	CASA __
2. Regime de ocupação: (1) Própria (2) Financiada (3) Cedida (4) Alugada (5) Ocupada/Invasão	OCUP __
3. Número TOTAL de cômodos na casa? _____ cômodos	CMDTOTAL __
4. De onde vem a ÁGUA usada para BEBER, HOJE, em sua casa? (1) Rede geral de distribuição (2) Poço, cacimba ou nascente (3) Mineral (4) Outro Qual? _____	AGUABEBE __
5. Onde é colocado o lixo de sua casa? (1) Coleta pública (2) Outro meio	LIXO __
6. Alguém da família é beneficiário de algum programa do governo (Programa do leite, Bolsa Família, Projovem, PETI, PRONATEC)? (1) Sim: _____ (2) Não	COMPLEM __

Agora, irei fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade...

PERGUNTA: A senhora tem <item listado abaixo> aqui, em sua casa? (Se SIM, quantos?)

ITENS DE CONFORTO	Quantidade que possui					Códigos
	0	1	2	3	4+	
7. Quantidade de AUTOMÓVEIS de passeio, exclusivamente , para uso particular	0	3	5	8	11	CARRO __
8. Quantidade de EMPREGADOS mensalistas (trabalham, pelo menos, 5 dias/semana)	0	3	7	10	13	EMPREGAD __
9. Quantidade de MÁQUINAS DE LAVAR ROUPA , excluindo tanquinho	0	2	4	6	6	MAQLAV __
10. Quantidade de banheiros	0	3	7	10	14	BANHEIRO __
11. DVD , incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de carro	0	1	3	4	6	DVD __
12. Quantidade de GELADEIRAS	0	2	3	5	5	GELAD __
13. Quantidade de FREEZERS , independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6	FREEZER __
14. Quantidade de MICROCOMPUTADORES , considerando PC de mesa, <i>laptops</i> , <i>netbooks</i> e desconsiderando tablets, palms ou <i>smartphones</i>	0	3	6	8	11	MICROCMP __
15. Quantidade de LAVADORA DE LOUÇAS	0	3	6	6	6	LAVALOU __
16. Quantidade de FORNOS DE MICRO-ONDAS	0	2	4	4	4	MICROON __
17. Quantidade de MOTOCICLETAS , desconsiderando as usadas, exclusivamente , para uso profissional	0	1	3	3	3	MOTOC __
18. Quantidade de MÁQUINAS SECADORAS DE ROUPAS , considerando lava e seca	0	2	2	2	2	SECROUPA __

19. A água utilizada aqui em sua casa é proveniente da: (4) Rede geral de distribuição (0) Poço ou nascente ou outro meio	AGUACASA __ __
20. O trecho da rua onde fica o domicílio é: (2) Asfaltada/Pavimentada (0) Terra/Cascalho	RUA __ __

Códigos	21. Até que série <chefe da família> completou os estudos?										*ESCOLACHEFE __ __				
											**ESCOLACHEFEABEP __ __				
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
	0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99
**	0	1			2			4			7			99	

APÊNDICE D – ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

Agora, vou ler para a senhora algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora responda todas elas.						
As perguntas 1, 2 e 3 deverão ser feitas em TODOS os domicílios						
1	Nos últimos 3 meses, a senhora teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	PREOCCOM ____				
2	Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	COMIACAB ____				
3	Nos últimos 3 meses, a senhora ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	SDINALIM ____				
Esta pergunta (4) só será aplicada se houver menor de 18 anos						
4	Nos últimos 3 meses, a senhora teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar sua(s) criança(s)/adolescente(s) porque o dinheiro acabou? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	POUCALIM ____				
INFORMAÇÃO: Se em todas as perguntas anteriores, for assinalada a resposta NÃO e/ou NÃO SABE , ENCERRE O FORMULÁRIO. Havendo, pelo menos, um SIM , vá para a próxima pergunta.						
5	Nos últimos 3 meses, a senhora ou algum adulto em sua casa diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeição, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	DIMQUANT ____				
6	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	COMMENOS ____				
7	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	SENTFOME ____				
8	Nos últimos 3 meses, a senhora perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	PERDPESO ____				
9	Nos últimos 3 meses, a senhora ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	DIASALIM ____				
Os quesitos abaixo devem ser perguntados apenas em domicílios que têm moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes) se não houver, encerre este formulário.						
10	Nos últimos 3 meses, a senhora não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	NALIMSAU ____				
11	Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s)/adolescente(s) não comeu(comeram) quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	NQUANSUF ____				
12	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s)/adolescente(s), porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	DIMQUANC ____				
13	Nos últimos 3 meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	NFEZREF ____				
14	Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve(tiveram) fome, mas a senhora simplesmente não podia comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	CRIAFOME ____				
15	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (88) N.A. (99) Não sabe ou recusa responder	UMAREF ____				
CONDICÃO	Total de SIM	Classificação (códigos)				CLASSE_EBIA
		SAN (0)	INSAN LEVE (1)	INSAN MOD (2)	INSAN GRAVE (3)	
Família TEM criança/adolescente		0	1-5	6-10	11 - 15	
Família NAO TEM criança/adolescente		0	1-3	4-6	7-9	

APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE SAÚDE DA MULHER

INFORMAÇÃO: Aplicar este formulário SOMENTE para AS MAES DE CRIANÇAS entre 0 a 5 anos

1. Nome da mulher: _____		NOMEMLHR
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)		NCADPESS __
3. A senhora já ficou grávida alguma vez ou está grávida agora? (1) Sim (2) Está grávida, atualmente (0) Não		MAENATCR __
AVISO: Se 0 (NÃO), pule para a questão 12 (preencha de 4 a 11 com 8 ou 88).		
4. Com que idade ficou grávida pela primeira vez ainda que a criança não tenha conseguido nascer? _____ anos (88) N.S.A.		IDIGRAV1 __
5. Quantos filhos a senhora tem? _____ filhos (88) NSA		FILHOS __
6. A senhora tem algum filho com menos de 5 anos? (0) Não (1) Sim		ID1FILC __
7. Quantos filhos a senhora já teve? _____ filhos (88) NSA		NFILHOC __
8. A senhora já perdeu algum filho por aborto? (1) Sim (0) Não (88) NSA		ABORTO __
9. Se sim, quantos foram? _____ filhos (88) NSA		NABORTO __
10. A senhora já perdeu algum filho por falecimento? (1) Sim (0) Não (88) NSA		FALECIM __
11. Se sim, quantos foram? _____ filhos (88) NSA		NFALECIM __
12. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos		MENARCAC __
13. A senhora teve algum problema de saúde, nos últimos 15 dias? (1) Sim (0) Não		PROB15SA __
AVISO: Se NÃO, pule para a questão 15		
14. Qual foi o problema? (1) Gripe / resfriado / Virose / Infecção respiratória (2) Diarreia (3) Infecção do Trato Urinário (4) D.S.T. (5) Outra, qual? _____ (88) NSA.		QUALPROB __
15. Quando a senhora está doente e precisa de atendimento, para onde vai? (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Rezeadeira (4) Não vai (5) Nunca precisou (6) Outro (99) IGN		SERVUSO __
16. De ontem para cá, a senhora bebeu alguma bebida alcoólica? (1) Sim (0) Não (88) NSA		BEBEUSO __
17. Atualmente, a senhora está tomando algum tipo de medicamento? (1) Sim (0) Não		REMEUSO __
18. Qual(is) o(s) medicamento(s)? (solicitar vê-los para anotar o nome da medicação abaixo).		
REMEUSO1 _____		
REMEUSO2 _____		
REMEUSO3 _____		
REMEUSO4 _____		
REMEUSO5 _____		
19. Pressão arterial (Pressão Arterial Sistólica x Pressão Arterial Diastólica)		
1ª MEDIDA	PAS 1	PAD 1
2ª MEDIDA	PAS 2	PAD 2
3ª MEDIDA	PAS 3	PAD 3

INFORMAÇÃO: Aplicar SOMENTE se SIM para a questão 5 (tem filho < 5 anos)

Entrevistador, atente-se: se mais de uma criança menor de 5 anos, use folha(s) avulsa(s).

20. Nome da mãe: _____		NOMEMAE
21. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)		NCADPESM __
22. Nome da criança: _____		NOMECS
23. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)		NCADPESC5 __
24. Data de Nascimento da criança		DATANASC __ / __ / __
25. A data de nascimento foi: (1) Informada pela mãe (2) Verificada em documento (Ex.: Certidão de Nascimento, Cartão da Criança, Documento da maternidade; Batistério)		INFODN __
26. Sexo (1) Masculino (2) Feminino		SEXOC __

27. A senhora fez o pré-natal quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não	PRENC __ __
28. Com quantos meses iniciou as consultas? ____meses (88) N.S.A.	IGCONST __ __
29. Fez quantas consultas em todo pré-natal <C>? ____consultas (88) NSA (99) IGN	QCONS __ __
30. Nas consultas de pré-natal de <C>, recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe (88) N.S.A	ORIENTAM __ __
31. A senhora fumou ou fumava antes da gravidez de <C>? (1) Sim, fumei antes (2) Sim, fumava antes e fumei durante a gravidez (3) Não fumei na gravidez, mas fumava antes (4) Nunca fumei nem antes nem durante a gravidez	FUMOGES __ __
32. A senhora tomava bebidas alcoólicas antes da gravidez de <C> ou bebeu quando estava grávida de <C>? (1) Sim, bebia antes (2) Sim, bebia antes e bebi durante a gravidez (3) Não bebi na gravidez, mas bebia antes (4) Nunca bebi nem antes nem durante a gravidez	BEBEGES __ __
AVISO: Nesse momento da entrevista, solicite os Cartões da Gestante e da Criança	
33. Quanto a senhora pesava antes de ficar grávida de <C>? ____, __ kg	PESOPRE __ __ __ , __
34. Como foi verificado esse peso? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato	CONFPPRE __
35. Ao final da gestação, a senhora estava pesando quanto (é o último peso registrado, pelo menos, duas semanas antes do parto)? ____, __ kg	PESOFIM __ __ __ , __
36. Como foi verificado esse peso final? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato	CONFPPFINAL __
37. O peso de início e/ou do final da gestação foram confirmados no Cartão da Gestante? (1) Sim, ambos foram confirmados no Cartão da Gestante (2) Apenas o peso inicial (3) Apenas o peso final (4) Ambos os pesos foram autorrelatados.	CONFPEOS __
38. <C> tem cartão de vacinas? (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, perdeu (4) Nunca teve	CARTVAC __
39. O cartão de vacina está atualizado? (1) Sim (2) Não (88) NSA	CARTATUAL __ __
40. Quantas vezes foi realizada a antropometria em <C>? ____vezes (88) NSA	ANTROPOM __
41. Verificar no cartão da criança peso e comprimento aos 6 meses Peso: ____ kg Comprimento: ____ cm (88) NSA (criança < 6m)	VERIFICRIA __ __
42. Peso ao nascer ____gramas	PNC __ __ __ , __
43. Esse peso foi verificado no Cartão da Criança? (1) Sim (2) Não	VERIFICPN __
44. <C> nasceu: (1) Antes do tempo / Prematuro (≤ 37 semanas) (2) No tempo certo (> 37 a 42 semanas) (3) Depois do tempo (≤ 42 semanas) (9) Não sabe	CONDNASC __
45. Qual foi o tipo de parto de <C>? (1) Vaginal Hospitalar (2) Vaginal Domiciliar (3) Cesárea (4) Outro (8) Não lembra (9) Não sabe	TIPPARTO __

APÊNDICE F – SELF REPORT QUESTIONNAIRE – SRQ 20

INFORMAÇÃO 1: Esse formulário deve ser aplicado SOMENTE em MULHERES > 18 anos e ≤ 60 anos

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos **últimos 30 dias**. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda SIM, mas se achar que não corresponde, responda NÃO. Por favor, **não discuta** as perguntas enquanto estiver respondendo. Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda SIM ou NÃO como lhe parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

1. Nome _____	NOMPSRQ
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2) _____	NCADPSRQ ____

CÓDIGOS → MARQUE UM "X" NO ESPAÇO CORRESPONDENTE	NÃO	SIM	ING
1. A senhora tem dores de cabeça frequentemente?	0	1	99
2. Tem falta de apetite?	0	1	99
3. Dorme mal?	0	1	99
4. Assusta-se com facilidade?	0	1	99
5. Tem tremores nas mãos?	0	1	99
6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	0	1	99
7. Tem má digestão?	0	1	99
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1	99
9. Tem se sentido triste ultimamente?	0	1	99
10. Tem chorado mais do que de costume?	0	1	99
11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?	0	1	99
12. Tem dificuldade em tomar decisões?	0	1	99
13. Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	0	1	99
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	1	99
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1	99
16. A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1	99
17. Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?	0	1	99
18. Sente-se cansada o tempo todo?	0	1	99
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1	99
20. A senhora se cansa com facilidade?	0	1	99
SOMATÓRIO (TOTAL DE RESPOSTAS POSITIVAS)			
SOMATÓRIO DO SUPERVISOR			

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Resolução CNS nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, assim como os menores de idade sob minha
responsabilidade, _____,

tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS: ESTUDO MULTICÊNTRICO**, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo, a ser realizado durante o ano de 2016, se destina a avaliar a disponibilidade e utilização de serviços de saúde, bem como as condições de saúde e a qualidade de vida de mulheres, crianças, adolescentes e de idosos de comunidades quilombolas em diferentes regiões do Brasil;
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Conhecer o estado nutricional da população; Saber quais as principais doenças que acometem essas pessoas; Investigar se as mães sofrem de pressão alta; Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação, se tem água tratada em casa e qual o destino do lixo e dejetos; Conhecer a população quanto à utilização de serviços de saúde (atenção pré e perinatal, posse e utilização do cartão da criança, atualização do calendário de vacinas, assistência médica), se estão recebendo remédio para tratar a anemia e a hipovitaminose A, bem como a participação em programas de segurança alimentar;
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia; Adicionalmente, as mulheres serão pesquisadas em relação à quantidade de gordura que tem no corpo. Isto será feito utilizando-se um equipamento chamado de bioimpedância. Para isso, basta que a pessoa examinada o segure o equipamento com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização; Portanto, existe o risco de que eu venha a sentir medo da furada e de me sentir envergonhada por estar sendo examinada por pessoas estranhas;
- Que a pesquisa será acompanhada por membros da equipe do PSF. Os casos de hipertensão, desnutrição (déficit ponderal e/ou estatural), obesidade, distúrbios psicológicos e anemia serão cadastrados para acompanhamento pela referida equipe. Os casos mais graves serão comunicados ao gestor de saúde municipal para as providências necessárias.
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo. Essas informações serão registradas em formulários de papel para posterior digitação em um computador de uso exclusivo da pesquisa. Todo esse material ficará arquivado durante 5 anos no Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, sob guarda e responsabilidade do Prof. Haroldo Ferreira. Caso esse compromisso não seja cumprido e, de alguma forma, eu me sinta prejudicado, terei a garantia de que, na forma da