

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM COMUNIDADES RURAIS EM ATIBAIA/SP – BRASIL

Prevalence of common mental disorders in rural communities in Atibaia/SP – Brazil

Paulo Junior Paz de Lima¹

Artigo encaminhado: 15/08/2012
Aceito para publicação: 04/12/2014

RESUMO

Os transtornos mentais afetam 25% da população em algum momento da vida, em todo o mundo. **Objetivos:** Avaliar transtornos mentais comuns (TMC) em comunidades rurais, em Atibaia/SP, e analisar associações entre TMC e variáveis sociodemográficas da população de estudo. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal entre abril e dezembro de 2011, com 355 residentes rurais, com idade acima de 18 anos. Foram aplicados um questionário sociodemográfico e o *Self Reporting Questionnaire* – SRQ 20. Foram realizadas análises descritivas das variáveis e de regressão logística múltipla, a partir do programa SAS, versão 9.2 O nível de significância foi 5% e intervalo de confiança de 95%. Foi adotado ponto de corte ≥ 7 no SRQ 20. **Resultados:** Os resultados apontaram uma prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) de 23,36% e de alcoolismo de 19,5%. 40,1% dos participantes relataram ter algum problema de saúde e 40,9% mencionaram uso de algum tipo de medicamento. A média de idade foi 38,3 anos, a maioria do sexo feminino. A escolaridade média foi de 5,8 anos de estudos. As variáveis idade ($p=0,026$), sexo ($p=0,001$), escolaridade ($p=0,0005$), problema de saúde ($p<0,0001$), ter sofrido intoxicação por agrotóxico ($p=0,014$), cor/etnia ($p=0,033$) e carga horaria de trabalho semanal ($p<0,003$) apontaram contribuir significativamente para TMC. **Conclusão:** A prevalência de TMC foi alta. Sexo, escolaridade, cor/etnia, intoxicação por agrotóxico, problema de saúde apontaram associações significativas com TMC entre residentes rurais. Os resultados lançam luz sobre TMC em comunidade rural e podem contribuir para políticas de saúde e futuros estudos no campo.

Palavras-chave: Transtorno mental comum; Saúde mental, SRQ 20; Comunidade rural.

¹ Doutor em Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP
E-mail: puniorpl@usp.br

ABSTRACT

Mental disorders affect 25% of the population at some point in life, all over the world.

Objectives: To assess common mental disorders (CMD) in rural communities, in Atibaia/SP, to analyze association between CMD and social-demographic variables in its population. **Methods:** This is a transverse cut study taking place between April and December of 2011, with 355 rural residents older than 18. A social-demographic questionnaire and the *Self Reporting Questionnaire* – SRQ 20 were applied. A descriptive analysis of the variables and a logistic multiple regression analysis took place, using SAS software, version 9.2. The significance level was 5%, and the confidence interval was 95%. A score of 7 or higher was adopted for SRQ 20. **Results:** The results point to a prevalence of common mental disorders (CMD) in 23.36%, alcoholism in 19.5%. 40.1% of the subjects reported having health problems and 40.9% using some kind of medication. The average age was 38.3 years, and most subjects were female. In average they spent 5.8 years in school. The variables: age ($p=0.026$), gender ($p=0.001$), study ($p=0.0005$), health problems ($p<0.0001$), pesticide poisoning ($p=0.014$), color/ethnicity ($p=0,033$) and weekly workload ($p<0,003$) have been shown to contribute significantly to CMD. **Conclusion:** The prevalence of CMD was high. Age, sex, educational level, race/ethnicity, weekly workload, pesticide poisoning and health problems suggest association with development of CMD among rural residents. Results shed some light on CMD in rural population and may contribute to health politics and future field studies.

Keywords: Common mental disorder; Mental health; SRQ 20; Rural community.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais representam 13% da sobrecarga de doenças no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, sigla em inglês WHO, 2001; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais e comportamentais afetam mais de 25% de todas as pessoas em algum momento durante suas vidas. Tais transtornos são universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos em todas as idades, ricos e pobres, em ambientes urbanos e rurais. Contudo, segundo a WHO (2001; 2008), as doenças mentais não

recebem a mesma atenção dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. Os custos indiretos gerados pela desassistência acabam por superar os custos diretos, tendo em vista o prolongamento dos transtornos e suas incapacitações, além do impacto sobre a sociedade e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias (WHO, 2001; 2008; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A noção de que transtornos mentais são problemas de sociedades industrializadas e ricas é simplesmente errada. Assim como a crença de que as comunidades rurais, pouco afetadas pelo ritmo acelerado da vida moderna, não têm transtornos mentais (WHO, 2001; 2008). Os transtornos mentais envolvem as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente nas classes sociais e nas relações de gênero (LUDERMIR, 2008).

Nakimuli-Mpungu et al. (2012) apontam uma prevalência de 24% de transtorno de depressão entre portadores de HIV em comunidade rural de Uganda. No entanto, Faria et al. (1999) destacam uma prevalência de transtornos psiquiátricos menores de 38% entre agricultores na Serra Gaúcha (Brasil). Para os autores, os resultados superam a maioria dos achados de estudos que utilizam o mesmo instrumento – *Self-Reporting Questionnaire* – SRQ 20, que avalia transtornos mentais comuns (TMC) em populações urbanas e rurais. Devido à ausência de validação do SRQ 20, para população rural no Brasil, os pesquisadores comparam os resultados com o estudo em população Gaúcha urbana, adotando o mesmo escore de corte e metodologia (LIMA et al., 1996).

Os critérios diagnósticos, quadro clínico de sinais e sintomas, para transtornos mentais comuns diferem dos critérios diagnósticos de depressão e de ansiedade, conforme determinados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), embora a sintomatologia presente no indivíduo acometido de TMC possa, também, trazer incapacidade funcional, perda de desempenho nas atividades diárias e necessidades de cuidados médicos (SANTOS, 2002). Goldberg e Huxley (1992) definiram TMC como quadro clínico com queixas difusas, expressas por sintomatologias somáticas, depressivas, estados de ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, dificuldade de concentração e de memória e sensação de inutilidade.

O SRQ 20 tem sido um instrumento bastante utilizado para avaliar transtornos mentais comuns (TMC) entre a população geral. O instrumento foi proposto pela OMS para detectar morbidade psiquiátrica na população geral, com sensibilidade de 85% e especificidade de 80%. O instrumento foi validado no Brasil por Mari e Willian (1986). Este apresenta uma sensibilidade de 83% e especificidade de 80% para rastreamento de

transtorno psicoemocional. A escala é composta de 20 questões com respostas de sim/não. O escore de corte definido para classificação de suspeita de TMC deve ser maior ou igual a oito respostas positivas para ambos os sexos. Contudo, alguns autores têm adotado escores menores e distintos para sexo masculino e feminino, além de população de estudo específica.

O SRQ 20 foi utilizado para avaliar TMC em populações rurais na Uganda (NAKIMULI-MPUNGU et al., 2012), Vietnã (GIANG et al., 2006; 2010), Paquistão (HUSAIN et al., 2006; RAHMAN et al., 2009), China (LEE et al. 2006), Etiópia (HANLON et al. 2008) e África (STEWART et al., 2009; 2010). Os estudos, a partir do SRQ 20, têm demonstrado bom desempenho de sensibilidade e especificidade em população específica. Por exemplo, Costa e Ludermir (2005) apontam uma prevalência de TMC de 36% entre a população rural, em Pernambuco. Os achados não diferem de estudos realizados em Olinda, Pernambuco, com população urbana, onde a prevalência foi 35% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Há diferença quanto ao ponto de corte adotado para detectar TMC nos estudos de diferentes pesquisadores. Costa e Ludermir (2005) e Ludermir e Melo Filho (2002), por exemplo, utilizam o SRQ 20 para identificar TMC entre as populações avaliadas. Contudo, Costa e Ludermir (2005) consideram indivíduos com suspeitas de TMC os que apresentam ponto de corte maior ou igual (\geq) a seis respostas afirmativas. Já Ludermir e Melo Filho (2002) consideram a entrevista psiquiátrica como padrão ouro e definem como melhor ponto de corte $\geq 5/6$ positivos, enquanto Giang et al.(2006; 2010) estudando comunidade rural no Vietnã e Santos et al. (2010), em área urbana no Brasil, adotam um ponto de corte $\geq 6/7$ e Nakimuli-Mpungu et al. (2012), na Uganda, adotam ponto de corte ≥ 6 .

Carlotto et al. (2011) adotam como sugestivos de TMC, escore maior ou igual a 7 para ambos os sexos. Contudo, outros estudos definem pontos de cortes distintos para homens e mulheres. Husain et al.(2006); Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) adotam ponto de corte $\geq 7/8$ para ambos os sexos. Entretanto, Faker (2009) e São Paulo (2011) adotam ponto de corte maior ou igual a 8 para ambos os sexos. Faria et al.(1999) e Lima et al. (2008) definem ≥ 6 para homens e ≥ 8 para mulheres. Scazufca et al.(2009), no entanto, aceitam ponto de corte $\geq 4/5$ para detectar TMC. A explicação para distinção no ponto de corte para homem e mulher é justificada pelo fato do homem, ao contrário da mulher, apresentar maior dificuldade para expressar questões de cujo psicoemocional e de saúde. Daí a opção dos autores definir menor ponto de corte para homem.

Os estudos de Husain et al. (2006) e Hanlon et al. (2008), em comunidade rural, destacam que o SRQ 20 apresentam melhor validade como uma escala dimensional e em seus domínios de avaliação de equivalência cultural com relação a outros instrumentos. Contudo, Lee et al. (2006) e Hanlon et al. (2008) acrescentam que a validade de instrumentos para detectar TMC na zona rural tem sido pouco investigada em países em desenvolvimento.

Para El-Osta (2007), as pesquisas com comunidades rurais devem considerar as variáveis econômicas e políticas, além dos indicadores de bem-estar, uma vez que os resultados podem ajudar no debate político sobre como interferir para melhorar a QV da população local. Gemma (2008) sugere, portanto, que a saúde ocupacional deveria ser integrada nas políticas e estratégias de desenvolvimento e QV rural, com ênfase na prevenção e na consistente proteção ambiental, como desafio atual e futuro.

2 JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

A limitação de estudos brasileiros sobre o tema transtorno mental comum (TMC) em residentes de áreas rurais no Brasil e a hipótese de maior prevalência de TMC entre a população de comunidades rurais, em decorrência da exposição e intoxicação por agrotóxico e das condições de trabalho no campo, instigaram a realização deste estudo.

3 OBJETIVOS

Este artigo visa expor os resultados de uma pesquisa cujos objetivos incluíram avaliar transtornos mentais comuns (TMC) em comunidades rurais do município de Atibaia, Estado de São Paulo e analisar as associações entre TMC e variáveis sociodemográficas dos residentes das áreas de estudo.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com residentes em áreas rurais dos bairros de Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, no município de Atibaia, interior São Paulo/Brasil, com idade acima de 18 anos.

4.1 Caracterização da população de estudo

A área de estudo: bairros de Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, município de Atibaia, interior do Estado de São Paulo (localizada a 65 quilômetros da capital paulista). Atibaia possui, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), uma população de 126.603 habitantes, sendo 62.211 homens, 64.392 mulheres, população urbana de 115.229 habitantes (56.235 homens e 58.994 mulheres) e população rural de 11.374 (5.976 homens e 5.398). Com uma área territorial de 478,448 Km², densidade demográfica de 264,61 habitantes por Km² e um Produto Interno Bruto – PIB de R\$ 1.461.408,00 (em 2005).

4.2 Cálculo Amostral

O cálculo da amostra se baseou nas medidas de média de variância para uma população normal. Considerando um poder de teste de 80%, com um erro alfa de 5%, uma possível perda de informação em 20% dos indivíduos amostrados. O cálculo foi feito com base no trabalho de Berni (2002). Participaram da pesquisa 355 residentes das áreas de estudo, de um universo de 2023 residentes com idade acima de 18 anos.

4.3 Formula

Amostra aleatória simples: $n = (N \times n_o) / (N + n_o)$, onde $n_o = (1/\text{erro}) \times (1/\text{erro})$.

N = Número de residentes com idade acima de 18 anos (2.023 residentes).

4.4 Instrumentos adotados

Foram aplicados um questionário sociodemográfico (semiestruturado) e o *Self Reporting Questionnaire* – SRQ 20, em 355 residentes das áreas rurais de estudo, com idade acima de 18 anos. Os participantes foram selecionados, por conveniência, dentro da região de estudo e de acordo com o interesse dos residentes em participar do estudo voluntariamente.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre abril e dezembro de 2011.

Os questionários foram aplicados pelas agentes e ex-agentes de Saúde do Programa de Saúde da Família de Rio Abaixo – PSF Rural de Rio Abaixo, após receberem treinamento para aplicação. Foi realizado um estudo piloto com 18 participantes das áreas de estudo para testar os instrumentos. Os participantes do teste piloto não foram incluídos no banco de dados do projeto final.

As informações colhidas da aplicação do questionário sociodemográfico e do SRQ 20 foram digitados em planilhas do programa Excel 2010.

4.6 Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas. A análise do SRQ 20 foi processada a partir do programa SAS – Statistical Analysis System, versão 9.2 (SAS, 2008).

Foi aplicado o coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha=0,848$) para medida de consistência interna do SRQ 20. Este coeficiente é utilizado para verificar a homogeneidade dos itens. Como regra geral a acurácia não deve ser menor que 0,80. Porém valores acima de 0,60 já indicam consistência.

Foi adotado como ponto de corte score maior ou igual a sete respostas positivas do SRQ 20, para ambos os sexos, como sendo sugestivos de sofrimento por transtornos mentais comuns.

Foi realizada análise de regressão logística múltipla para identificar fatores que discriminam o transtorno mental comum avaliado pelo SRQ 20. Foram consideradas como dependentes as variáveis do SRQ 20 e as sociodemográficas como independentes.

Foi utilizado o *stepwise*, como critério de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi 5% ($p < 0,05$), com índice de confiabilidade (IC) de 95%.

4.7 Ética na pesquisa

O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP. A participação foi voluntária. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e receberam um Termo de Responsabilidade do Pesquisador. Todos foram informados dos objetivos da pesquisa e que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem que houvesse prejuízo para eles.

5 RESULTADOS

Para efeito deste trabalho foram consideradas as variáveis: sexo, idade, estado civil, ocupação, cor/etnia, renda, escolaridade, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, trabalho rural, uso e exposição a agrotóxico, uso de medicamento, problemas de saúde e variáveis do instrumento de avaliação do SRQ 20, de acordo com o agrupamento dos

sintomas em quatro categorias: sintomas somáticos, humor depressivo/ansioso, diminuição de energia vital e pensamentos depressivos, conforme proposto por Iacoponi e Mari (1989).

A média de idade dos participantes foi de 38,3 anos (DP=14,9). Destes, 61,7% tinham entre 18 e 40 anos de idade. A maioria era do sexo feminino (64,5%) e de cor/etnia branca (57,5%). Quanto à situação conjugal, 70,4% eram casados/amasiados; 38% residiam em propriedade própria (Tabela 1).

A escolaridade média foi de 5,8 anos de estudos (DP=3,6), a maioria (55,8%) não chegou a concluir o ensino fundamental e 7,9% eram analfabetos. Quanto à renda mensal e situação ocupacional dos participantes, 87,2% recebiam até dois salários mínimos e apenas 1,7% recebiam entre três e quatro salários mínimos. A média (em salário mínimo) foi R\$ 619,20 (DP=483,5). Destes, 31% desempenhavam atividades agrícolas e 33,5% estavam desempregados. A média de tempo de trabalho foi 12,7 anos (DP=12,2) e de horas de trabalho semanal é 40,6 (DP=13,8) (Tabelas 1 e 2).

Quanto à exposição aos agrotóxicos, 14% mencionaram fazer uso de agrotóxicos no processo de trabalho e 19,1% afirmaram ter algum tipo de contato com agrotóxicos. Destes, 13,3% relataram já ter sofrido intoxicação por agrotóxicos e 16,6% aludiram a já ter se sentido mal durante aplicação de agrotóxicos (Tabela 1).

A prevalência de tabagismo e alcoolismo entre os participantes foi de 20,8% e 19,5% respectivamente. 40,1% relataram ter algum problema de saúde e 40,9% faziam uso de algum tipo de medicamento (Tabela 1). Quanto ao tempo de existência de problemas de saúde, a média foi de 10,3 anos (DP=10,8) e de uso de medicamento, de 6,8 anos (DP=7,6). A prevalência de TMC foi de 23,36% (Tabela 1 e 2).

Nas análises de regressão logística múltipla foram adotadas como variáveis dependentes as categorias (fatores) do SRQ 20 e as variáveis sociodemográficas, como independentes: idade, sexo, cor/etnia, estado civil, escolaridade, tabagismo, alcoolismo, situação ocupacional, renda mensal, propriedade, trabalhador rural, uso de agrotóxico no processo de trabalho, horas de trabalho semanal, contato com agrotóxicos, intoxicação por agrotóxico, sentiu mal durante aplicação de agrotóxico, problema de saúde e uso de medicamento.

Os valores de *p-valor* e *odds ratio* (OR) foram diferentes dependendo do modelo de regressão. Por exemplo, no modelo de regressão logística múltipla (Tabela 3) as variáveis: idade ($p=0,026$, OR=0,97), sexo ($p=0,0016$, OR=3,07), escolaridade ($p=0,0005$, OR=0,82) e ter problema de saúde ($p<0,0001$, OR=4,63) apontaram associação significativa com TMC. Na Tabela 4, quando excluída do modelo regressão logística

múltipla, as variáveis ter problema de saúde e uso de medicamento, a variável idade deixa de ser significativa, passando a ser significativa para TMC a variável autorreferência a intoxicação por agrotóxico. Os valores de *p-valor* e *OR* das variáveis foram: sexo ($p=0,0008$, $OR=3,17$), escolaridade ($p=0,0013$, $OR=0,96$) e ter sofrido intoxicação ($p=0,0145$, $OR=2,52$). Na estratificação por sexo, as variáveis cor/etnia ($p=0,033$, $OR=4,4$), autorreferência à intoxicação por agrotóxico ($p=0,027$, $OR=5,5$) e carga horaria de trabalho semanal ($p<0,003$, $OR=0,96$) apontaram associações estatisticamente significativas com TMC entre os homens.

Com relação à consistência interna do SRQ 20, o coeficiente Alpha de Cronbach foi satisfatório ($\alpha=0,848$). Quanto à frequência de respostas afirmativas dos fatores do SRQ 20: diminuição de energia: a maior frequência foi dificuldade para tomar decisões, com 31,8%; sintomas somáticos: dores de cabeça frequentes e sensações desagradáveis no estômago, 32,7% e 25,9% respectivamente; sintomas depressivos/ansioso: sente-se nervoso, tenso ou preocupado foi de 47,6% e sentindo-se triste ultimamente, 27,9%; e pensamentos depressivos: perda de interesse pelas coisas, 14,6% (Tabela 5).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e frequências de TMC (SRQ 20) de residentes rurais dos bairros: Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP – Brasil, 2011.

Variáveis	Categorias	n	n	%
Idade (anos)	18 – 20	355	28	7,9
	21 – 30	355	100	28,2
	31 – 40	355	91	25,6
	41 – 50	355	57	16,1
	51 – 60	355	49	13,8
	59 – 70	355	19	5,3
	71 – 81	355	11	3,1
Sexo	Masculino	355	126	35,5
	Feminino	355	229	64,5
Cor/Etnia	Amarela	355	12	3,4
	Branca	355	204	57,5
	Parda	355	113	31,8
	Preta	355	26	7,3
Estado Civil	Casado	354	162	45,6
	Solteiro	354	72	20,3
	Viúvo	354	17	4,8
	Separado/divorciado	354	16	4,5

	Outro: amasiado	354	87	24,5
Escolaridade (anos concluídos)	Analfabeto	355	28	7,9
	1 – 7	355	198	55,8
	8	355	31	8,7
	8 – 10	355	27	7,6
	≥ 11	355	71	20,0
Tabagismo	Sim	355	72	20,3
Alcoolismo	Sim	355	68	19,1
Renda mensal (em R\$)	≤ 1 SM (entre 180,00 e 545,00)	355	162	45,6
	≥ 1 ≤ 2 SM (entre 546,00 e 1.090,00)	355	136	38,3
	≥ 2 ≤ 3 SM (entre 1.091,00 e 1.635,00)	355	33	9,3
	≥ 3 ≤ 4 SM (entre 1.636,00 e 2.180,00)	355	6	1,7
	≥ 4 ≤ 5 SM (entre 2.181,00 e 2.725,00)	355	4	1,1
	≥ 5 ≤ 5,5 SM (entre 2.726,00 e 3.000,00)	355	1	0,3
Ocupação	Desempregado	355	119	33,5
	Empregado com registro	355	148	41,7
	Empregado sem registro	355	88	24,8
Tipo de Moradia	Alvenaria	354	346	97,8
	Madeira	354	8	2,2
Tipo de Propriedade	Alugada	355	81	22,8
	Arrendatário	355	5	1,4
	Cedida	355	134	37,7
	Própria	355	135	38,0
Trabalhador rural	Sim	355	108	30,4
Uso de agrotóxico	Sim	355	48	13,5
Contato com agrotóxico	Sim	355	67	18,9
Sofreu intoxicação	Sim	355	44	12,4
Sentiu-se mal durante aplicação	Sim	355	53	14,9
Tem problema de saúde	Sim	355	142	40,0
Uso de medicamento	Sim	355	143	40,3
SRQ 20 – Escores ≥ 7 (TMC)	Não < 7	351	269	76,64
	Sim ≥ 7	351	82	23,36
TOTAL		355		100,0

Tabela 2 – Características sociodemográficas: idade, escolaridade, tempo de escolaridade, renda, tempo trabalhado, horas trabalho semanal, tempo de problema de saúde e uso de medicamento entre a população de estudo: bairros de Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP – Brasil, 2011.

VARIÁVEIS	Escolaridade		Tempo de escolaridade	Renda mensal	Tempo no trabalho	Horas de trabalho semanal	Quanto tempo usa		
	(em anos concluídos)	Idade					Quanto tempo tem problema	medicamento	
N	355	355	354	342	252	244	138	140	
Média	38,3	5,8	5,9	599,2	12,7	40,6	10,3	6,8	
Mediana	35,0	5,0	5,0	560,00	10,0	44,0	6,0	5,0	
Moda	24	4	4	0,00	10	44	5	5	
Desvio Padrão	14,9	3,6	3,7	483,5	12,2	13,8	10,8	7,6	
Variância	220,9	13,2	13,6	233786,2	147,7	189,7	116,7	57,4	
Range	63	13	14	3.000,0	69	90	69	40	
Mínimo	18	0	0	0,00	0	0	0	0	
Máximo	81	13	14	3.000,00	69	90	69	40	
Percentil	25	25,0	3,0	3,0	400,00	4,0	40,0	3,0	2,0
	50	35,0	5,0	5,0	560,00	10,0	44,0	6,0	5,0
	75	49,0	10,0	9,3	859,00	20,0	45,8	15,0	10,0

Tabela 3 – Modelo de regressão logística múltipla para TMC, avaliado pelo SRQ 20, com ponto de corte ≥ 7 entre os residentes rurais dos bairros: Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP – Brasil, 2011.

Variável	p-valor	OR	IC 95%
Idade	0,0267	0,97 (1,03)	0,94; 0,99 (1,00;1,06)
Sexo (F x M)	0,0016	3,07	1,53; 6,18
Escola (anos concluídos)	0,0005	0,82 (1,22)	0,73; 0,91 (1,08;1,36)
Problema de saúde (Sim x Não)	<0,0001	4,63	2,38; 9,00

Tabela 4 – Modelo de regressão logística múltipla para TMC, avaliado pelo SRQ 20, com ponto de corte ≥ 7 entre os residentes rurais dos bairros: Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP – Brasil, 2011. Excluídas do modelo as variáveis problema de saúde e uso de medicamento.

Variável	p-valor	OR	IC 95%
----------	---------	----	--------

Sexo (F x M)	0,0008	3,17	1,59; 6,24
Escola (anos concluídos)	0,0013	0,86 (1,15)	0,79; 0,94 (1,05;1,26)
Sofreu intoxicação (Sim x Não)	0,0145	2,52	1,20; 5,32

Tabela 5 – Frequência de respostas afirmativas do SRQ 20 dos residentes rurais dos bairros: Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP – Brasil, 2011.

Fatores do SRQ 20	n	n	%
Diminuição da energia			
Cansa com facilidade	355	71	20,0
Dificuldade para tomar decisões	355	113	31,8
Sente-se cansado o tempo todo	355	62	17,5
Dificuldade e insatisfação para realizar tarefas diárias	355	59	16,6
Dificuldade de pensar com clareza	355	99	27,9
Dificuldades no trabalho	355	40	11,3
Sintomas somáticos			
Sensações desagradáveis no estômago	355	92	25,9
Dores de cabeça frequentes	355	116	32,7
Dorme mal	355	88	24,8
Má digestão	355	62	17,5
Tremores nas mãos	355	66	18,6
Falta de apetite	355	72	20,3
Humor depressivo/ansioso			
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	355	169	47,6
Assusta-se com facilidade	355	98	27,6
Sentido triste ultimamente	355	99	27,9
Chorado mais do que de costume	355	54	15,2
Pensamentos depressivos			
Perda de interesse pelas coisas	355	52	14,6
Incapacidade para desempenhar papel	355	32	9,0
Sentimento de inutilidade	355	15	4,2
Ideias de acabar com a vida	355	10	2,8

6 DISCUSSÃO

Considerando-se a limitação de literatura nacional e internacional sobre a temática TMC em contexto rural, a partir do SRQ 20, buscou-se dialogar também com outros estudos realizados com populações urbanas.

A população de estudo era relativamente jovem, tendo a maioria até 40 anos idade. A maioria do sexo feminino, casados/amasiados e pertencente à cor/etnia branca. Lima

(2009) destaca a resistência dos homens a procurar serviços de saúde e a expor seus problemas, como sendo um fator responsável por recusas em participar de pesquisas.

A renda mensal dos participantes era de até dois salários mínimos, com média salarial de R\$ 599,90; segundo Pignatti e Castro (2008) são classificados como sendo de baixa renda. Dados do IBGE (2010a) destacam 32,7% de pessoas ocupadas com rendimento médio de até dois salários mínimos. Para Mammen, Bauer e Lass (2009) famílias de baixa renda e famílias rurais são especialmente vulneráveis à pobreza. Logo, é mais provável encontrar taxas mais elevadas de pobreza persistentes nas comunidades rurais.

A maioria dos participantes não chegou a concluir o ensino fundamental (EF), ou seja, não completou oito anos de estudos. Pignatti e Castro (2008) apontaram 49,4% de residentes em áreas rurais com EF incompleto e Faker (2009) identificou 65,5% entre cortadores de cana. Dal Castel (2007) também destacou um nível de escolaridade baixo entre a população rural (79,7% entre as mulheres e 77,7% entre os homens não tinham o EF completo). Os estudos de Lima (2009), Fernández et al. (2006) e Lima et al. (2010), com comunidades rurais, apontaram 90% dos participantes com apenas o ensino fundamental. Para o IBGE (2010a), houve um aumento no nível de instrução da população brasileira entre 2000 e 2010. O percentual de pessoas com mais de 10 anos sem instrução ou com fundamental incompleto caiu de 65,1% para 50,2% neste período.

As dificuldades econômicas e a falta de cobrança de escolaridade no trabalho rural são responsáveis por retirarem os homens da escola, ainda jovens, com o intuito de reforçar o sustento da família (LIMA, 2009; LIMA; ROSSINI; REIMÃO, 2010). A educação reflete as circunstâncias sociais reproduzidas de uma geração à outra. Portanto, a condição socioeconômica dos pais influencia a permanência dos filhos na escola e a necessidade precoce de trabalhar. O grau de escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas do indivíduo, as aspirações, a autoestima e a aquisição de novos conhecimentos (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

O emprego de novas tecnologias para produção e desenvolvimento da agricultura, principalmente de exportação de alimentos, tem exigido melhor qualificação e maior escolaridade do homem do campo. Peres (2009) destaca que o agronegócio atualmente representa 42% do setor exportador brasileiro, representando 33% do PIB brasileiro. O impacto da mecanização e implementos de insumos químicos na agricultura nacional possibilitou a emergência de novas formas de organização do trabalho na agricultura.

Entre os participantes, 31% eram trabalhadores rurais e 13,3% relataram ter sofrido intoxicação por agrotóxicos. 16,6% referiram ter se sentido mal durante aplicação de

agrotóxicos. A taxa de intoxicação foi superior aos estudos de Faria (2005) e de Soares, Freitas e Coutinho (2005). Percebe-se uma dissociação entre intoxicação e sentir-se mal pela exposição. Também chama atenção o fato de apenas 18,9% relatarem ter tido contato com os agrotóxicos. Porém, quando questionados sobre como se deu o contato, 25,2% mencionaram morar próximo à plantação, sentir o cheiro quando o produto é aplicado, fazer aplicação, puxar a mangueira, permanecer próximo quando estão aplicando e lavar roupas usadas na aplicação.

Em áreas rurais na Índia, as taxas de suicídio são várias vezes maiores do que as relatadas em todo o mundo, especialmente em mulheres jovens. A fácil disponibilidade de pesticidas faz com que, naquele país, o envenenamento seja o método preferido de suicídio. Além do mais, o acesso restrito a uma unidade de saúde bem equipada resulta em altas taxas de mortalidade por intoxicação por agrotóxicos (AARON et al. 2004). Corroborando, Wallace et al. (2006) destacam, nos EUA, piores taxas de tentativa de suicídio e de hospitalização entre veteranos de guerra com depressão, de áreas rurais, em comparação com as urbanas.

Singh e Siahpush (2002) informam que as taxas de suicídio nos Estados Unidos entre 1970 e 1997 são maiores em áreas rurais do que nas urbanas. Para os autores, entre os homens rurais a taxa é quase duas vezes maior do que entre os urbanos. Entre as mulheres jovens e em idade ativa, a taxa é de 85% e 22%, respectivamente, sendo nas zonas rurais superior à taxa em zonas urbanas. Ao contrário da Índia, nos EUA os suicídios por arma de fogo respondem por mais de 75% de todos os suicídios rurais e por cerca de metade nas áreas urbanas.

Com relação a outras variáveis deste estudo, a prevalência de tabagismo foi de 20,8% e de alcoolismo, 19,5%. Vale destacar que no momento das entrevistas alguns participantes estavam ingerindo bebidas alcoólicas e/ou segurando cigarro. A negação destes hábitos foi, por vezes, contestada por pessoas próximas que informavam que o entrevistado ingeria bebidas alcoólicas e fumava. Portanto, acredita-se haver subnotificação tanto de tabagismo como de alcoolismo neste estudo.

O Inquérito de Saúde na Cidade de São Paulo – ISA 2008 (SÃO PAULO, 2011) mostrou uma prevalência de tabagismo na capital Paulista é de 19,3% entre pessoas acima de 12 anos e 55,7% mencionaram ingerir bebida alcoólica. Malta et al.(2010) destacam uma prevalência de tabagismo de 16,1% nos estados brasileiros e Distrito Federal. Segundo estes autores, a frequência de adultos tabagistas varia entre 9,7% e 20,9% nas capitais brasileiras.

Com relação ao alcoolismo, Laranjeira et al. (2007) apontaram que 52% dos brasileiros acima de 18 anos de idade podem ser classificados como bebedores e 12% da população tem algum problema com bebidas alcoólicas. Para os autores, o beber frequente ocorre na mesma proporção que o beber ocasional. A prevalência de alcoolismo parece ser diferente em áreas urbanas e rurais e entre os estados brasileiros (REDE, 2008). Por exemplo, em um estudo na população rural Souza et al. (2011) apontaram consumo de álcool entre 54,4% dos participantes. Marín-León, Oliveira e Botega (2007) informam que a dependência alcoólica no Brasil, em 2002, foi responsável por 0,8% dos óbitos entre os homens e 0,1% entre as mulheres, o que sinaliza um problema de saúde pública.

Além dos achados sobre alcoolismo e tabagismo entre a população de estudo, outros como morbidade, uso de medicamento e TMC também são importantes para entender o contexto rural. Por exemplo, percebe-se uma taxa de morbidade relativamente alta entre os participantes deste estudo. 40,1% dos entrevistados relataram ter algum problema de saúde e 40,9% faziam uso de algum tipo de medicamento.

Com relação aos TMC a prevalência foi de 23,36%, superior aos 12% entre cortadores de cana (FAKER, 2009) e aos 5,4% entre usuários de um serviço de saúde no Vietinã (GIANG et al., 2010). Porém, a prevalência é inferior a outros estudos em área rural (FARIA et al., 1999; COSTA e LUDERMIR, 2005; NAKIMULI-IMPUNGU et al., 2012). Contudo, na capital Paulista, a prevalência de TMC em pessoas acima de 16 anos é de 16,5%, sendo quase três vezes maior entre as mulheres, com maior tendência entre os pardos, separados/desquitados/divorciados e viúvos, com renda per capita menor que meio salário mínimo e entre pessoas que apresentam problemas de saúde (SÃO PAULO, 2011).

Phillips et al. (2009) apontaram, na China, uma prevalência de transtornos mentais de 17,5%. Para os autores, os transtornos de humor e de ansiedade são mais prevalentes entre as mulheres e indivíduos com mais de 40 anos. Acrescentam ainda, que residentes rurais são mais propensos a ter transtornos depressivos e serem dependentes de álcool do que os residentes urbanos. Neste sentido, Patel et al. (2007) destacaram que a prevalência de transtornos convulsivos, psicoses e retardo mental em Moçambique são maiores nas zonas rurais do que nas urbanas. Rohrer, Borders e Blanton (2009) afirmam que os riscos para a saúde mental são encontrados tanto em áreas urbanas como em áreas rurais. Contudo, para estes autores, o acesso a serviço de saúde mental possa ser mais difícil nas áreas rurais, o que torna o tratamento e a prevenção ainda mais difícil.

Vários fatores podem estar associados ou contribuir para desencadeamento de TMC. Por exemplo, nas análises de regressão logística múltipla deste estudo, as variáveis idade, sexo, escolaridade, ter algum problema de saúde e ter sofrido intoxicação por agrotóxicos demonstram contribuir significativamente para TMC, quando correlacionados aos fatores do SRQ 20.

Os resultados deste estudo apontaram idade mais avançada, sexo feminino, menor nível de escolaridade, cor/etnia não branca, menor quantidade de horas de trabalho semanal, autorreferência à intoxicação por agrotóxico no processo de trabalho e queixas de problema de saúde associados à maior chance de desenvolver TMC entre residentes rurais. Darviri et al.(2012) e Poletto (2009) também verificaram maior prevalência de TMC associada ao sexo feminino, idade, estado civil casado e viúvo/separado, uso de agrotóxico no processo de trabalho e nos que tiveram intoxicação por agrotóxico na família.

Outros estudos também têm apontado maior prevalência de TMC, bem como transtorno de humor, depressivos e de ansiedade entre as mulheres tanto em países desenvolvidos como em vários países em desenvolvimento. Outros fatores, como pobreza, baixa escolaridade e renda, desemprego, sexo feminino, idade avançada, ser divorciado/separado/viúvo e cor/etnia preta ou parda, estão associados a maior chance de apresentação de TMC (FARIAS e ARAÚJO, 2011; GUREJE, KOLA e AFOLABI, 2007; MARÍN-LEÓN et al., 2007).

Ao contrario dos estudos aqui apresentados, a variável intoxicação por agrotóxicos revelou-se significativa para TMC na população rural, quando correlacionada a fatores do SRQ 20. Diante disso, considera-se importante maior atenção a esta variável em estudos futuros.

7 CONCLUSÕES

Assim como em estudos com população urbana, constatou-se que variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, sexo, escolaridade e cor/etnia), problemas de saúde e autorreferência à intoxicação por agrotóxico estiveram significativamente associadas aos transtornos mentais comuns em população rural.

A prevalência de TMC foi considerada alta para população do estudo, para um ponto de corte igual ou maior a sete respostas positivas. Os resultados apontaram que fatores como ser mais jovem, sexo masculino, maior nível de escolaridade, não ter sofrido

intoxicação por agrotóxico e não ter problema de saúde podem contribuir para diminuir a chance de desenvolver TMC. Já entre os homens não brancos, com menor quantidade de hora de trabalho semanal e que autoreferiram intoxicação por agrotóxico, as chances para TMC foram maiores.

Embora a variável intoxicação por agrotóxico não tenha sido apontada nos estudos aqui apresentados como contribuindo para TMC em população rural, esta demonstrou associação significativa para TMC quando correlacionados os fatores do SRQ 20. Diante disso, considera-se importante maior atenção à variável intoxicação em estudos futuros.

Os resultados deste estudo não podem ser generalizados para a população rural brasileira. Contudo, estes achados são importantes para nortear novas investigações, podendo ainda, contribuir para elaboração de políticas de saúde voltadas à população no campo.

REFERÊNCIAS

- AARON, R. et al. Suicides in young people in rural southern India. *Lancet*, v. 363, p. 1117–1118, 2004.
- BERNI, D. A. *Técnicas de pesquisa em economia*. São Paulo: Saraiva, 2002.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). *Cidades*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 14 jan 2012.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Censo demográfico 2010. Resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: Censo demográfico, 2010a, p. 1-239.
- CARLOTTO, M. S. et al. Transtornos mentais comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. *Cad. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 172-178, 2011.
- COSTA, A. G; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 73-79, jan/fev. 2005
- DAL CASTEL, V. L. *O silêncio dos silenciados: a desproteção social dos trabalhadores rurais*. 2007. Tese [Doutorado em Serviço Social]. Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- DARVIRI, C. et al. Determinants of self-rated health in a representative sample of a rural population: a cross-sectional study in greece. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 9, p. 943-954, 2012.
- EL-OSTA, H. S. The determinants of a quality of life indicator for farm operator households: application of zero-inflated count-data models. *Applied Research in Quality of Life*, v. 2, p. 145–163, 2007.

FAKER, J. N. *A cana nossa de cada dia: saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar de Mato Grosso do Sul*. 2009. 153 f. Dissertação [Mestrado em psicologia]. Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande/MS, 2009.

FARIA, N. M. X. *A saúde do trabalhador rural*. 2005. 253 f. Tese [Doutorado em Ciências]. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS, 2005.

FARIA, N. M. X. et al. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n. 4, p. 391-400, ago. 1999.

FARIAS, D.; ARAÚJO, T. M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana – BA. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, v. 36, n. 123, p. 25-39, 2011.

FERNÁNDEZ, C. et al. La depresión em el anciao en uma zona rural y su interacción com otros fatores. *Actas Esp Psiquiatr*, v. 34, n. 6, p. 355-59, 2006.

GEMMA, S. F. B. *Complexidade e agricultura: organização e análise ergonômica do trabalho na agricultura orgânica*. 2008. Tese [Doutorado em engenharia agrícola]. Faculdade de Engenharia Agrícola, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

GIANG, K. B. et al. Prevalence of mental distress and use of health services in a rural district in Vietnam. *Global Health Action*, v. 3, p. 2025, 2010.

GIANG, K. B. et al. The Vietnamese version of the self reporting questionnaire 20 (SRQ - 20) in detecting mental disorders in rural Vietnam: a validation study. *Int J Soc Psychiatry*, v. 52, n. 2, p. 175-184, 2006.

GOLDBERG, D.; HUXLEY P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock Routledge, 1992.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do self-reporting questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o structured clinical interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008.

GUREJE, O.; KOLA, L.; AFOLABI, E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. *Lancet*, v. 370, p. 957-964, 2007.

HANLON, C. et al. Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh postnatal depression scale. *Journal of Affective Disorders*, v. 108, n. 3, p. 251-262, 2008.

HUSAIN, N. et al. Comparison of the personal health questionnaire and the self reporting questionnaire in rural Pakistan. *J. Pak Med Assoc*, v. 56, n. 8, p. 366-370, Aug/2006.

IACOPONI, E.; MARI, J. J. Reliability and factor struture of the Portuguese version of self reporting questionnaire. *Int J Soc Psychiatry*, v. 35, n. 3, p. 213-222, 1989.

LARANJEIRA, R. et al. *I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEE, D. T. S. et al. Ethno-psychometric evaluation of the general health questionnaire in rural China. *Psychol. Med*, v. 36, p. 249-255, 2006.

LIMA, J. M. M. *Distúrbios do sono, sintomas de ansiedade e de depressão e qualidade de vida em trabalhadores rurais em períodos de entressafra cafeeira*. 2009. Dissertação [Mestrado em Ciências]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LIMA, J.; ROSSINI, S.; REIMAO, R. Sleep disorders and quality of life of harvesters rural labourers. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 68, n. 3, p. 372-376, 2010.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 717-23, 2008.

LIMA, M. S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*, v. 26, n. 2, p. 211-22, 1996.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008.

LUDERMIR, A. B.; MELO-FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, p. 213-221, 2002.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J Bras Pneumol*, v. 36, n. 1, p. 75-83, 2010.

MAMMEN, S.; BAUER, J. W.; LASS, D. Life satisfaction among rural low-income mothers: the influence of health, human, personal, and social capital. *Applied Research in Quality of Life*, v. 4, p. 365-386, 2009.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARÍN-LEÓN, L. et al. Social inequality and common mental disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr*, v. 29, n. 3, p. 250-253, 2007.

MARÍN-LEÓN, L.; OLIVIERA, H. B.; BOTEAGA, N. J. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998-2002. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 1, p. 115-121, jan/abr. 2007.

NAKIMULI-MPUNGU, E. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the self-reporting questionnaire among HIV+ individuals in a rural ART program in southern Uganda. *HIV/AIDS – Research and Palliative Care*, v. 4, p. 51-60, 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.

PATEL, V. et al. Prevalence of severe mental and neurological disorders in Mozambique: a population-based survey. *Lancet*, v. 370, p. 1055-1060, 2007.

PERES, F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 995-2004, 2009.

PHILLIPS, M. R. et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–05: an epidemiological survey. *Lancet*, v. 373, p. 2041-2053, 2009.

PIGNATTI, M. G.; CASTRO, S. P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 83-94, 2008.

POLETO ÂR. *Processo de trabalho e saúde mental de trabalhadores agrícolas familiares da microrregião de Ituporanga, Santa Catarina*. 2009. Tese [Doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2009.

RAHMAN, A. et al. Young, single and not depressed: prevalence of depressive disorder among young women in rural Pakistan. *Journal of Affective Disorders*, v. 117, n. 1, p. 42-47, 2009.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008; 349 p.

ROHRER, J. E.; BORDERS, T. F.; BLANTON, J. Rural residence is not a risk factor for FMD: a behavioral risk factor surveillance survey. *BMC Public Health*, v. 5, p. 46, 2005.

SANTOS, M.E.S.B. *Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil*. 2002. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ – 20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 34, n. 3, p. 544-560, jul/set. 2010.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – Boletim ISA – Capital 2008. *Transtornos mentais comuns, tabagismo, consumo de bebida alcoólica*. São Paulo: CEInfo, n. 5, 2011, 64 p.

SCAZUFCA, M. et al. Validity of the self reporting questionnaire – 20 in epidemiological studies with older adults: results from São Paulo ageing & health study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 44, n. 3, p. 247-254, 2009.

SINGH, G. K.; SIAHPUSH, M. Increasing rural–urban gradients in US suicide mortality, 1970–1997. *Am J Public Health*, v. 92, n. 7, p. 1159-1167, 2002.

SOARES, W. L.; FREITAS, E. A. V.; COUTINHO, J. A. G. Trabalho rural e saúde: intoxicações por agrotóxicos no município de Teresópolis – RJ. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 685-701, out/dez. 2005.

SOUZA, A. et al. Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural. Vale do Taquari (RS, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 8, p. 3519-3528, 2011.

STEWART, R. C. et al. Validation of a Chichewa version of the self-reporting questionnaire (SRQ) as a brief screening measure for maternal depressive disorder in Malawi, Africa. *Journal of Affective Disorders*, v. 112, n. 1-3, p. 126-134, 2009.

STEWART, R. C. et al. Common mental disorder and associated factors amongst women with young infants in rural Malawi. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, v. 45, n. 5, p. 551-559, 2010.

WALLACE, A. E et al. Rural and urban disparities in health-related quality of life among veterans with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, v. 57, p. 851–856, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva: WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.