

**FUNDAÇÃO SÃO JOÃO BATISTA  
FACULDADES INTEGRADAS DE ARACRUZ  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LORRAN COUTINHO PEREIRA**

**IMPACTOS DO DESASTRE AMBIENTAL DO RIO DOCE NA SAÚDE MENTAL E  
ESPIRITUAL DOS INDÍGENAS TUPINIQUIM: ESTUDO PILOTO.**

**ARACRUZ – ES**

**2023**

**FUNDAÇÃO SÃO JOÃO BATISTA  
FACULDADES INTEGRADAS DE ARACRUZ  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**LORRAN COUTINHO PEREIRA**

**IMPACTOS DO DESASTRE AMBIENTAL DO RIO DOCE NA SAÚDE MENTAL E  
ESPIRITUAL DOS INDÍGENAS TUPINIQUIM: ESTUDO PILOTO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Aracruz - FAACZ, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Alan Diniz Ferreira.

**ARACRUZ – ES**

**2023**

**LORRAN COUTINHO PEREIRA**

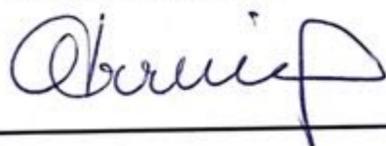
**IMPACTOS DO DESASTRE AMBIENTAL DO RIO DOCE NA SAÚDE MENTAL E  
ESPIRITUAL DOS INDÍGENAS TUPINIQUIM: ESTUDO PILOTO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
ao Curso de Enfermagem das Faculdades  
Integradas de Aracruz - FAACZ, como  
requisito para obtenção do grau de Bacharel  
em Enfermagem.

Orientador: Prof. MSc. Alan Diniz Ferreira.

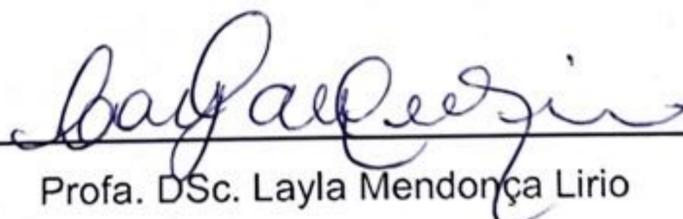
Aracruz – ES, 12 de dezembro de 2023

**BANCA EXAMINADORA**



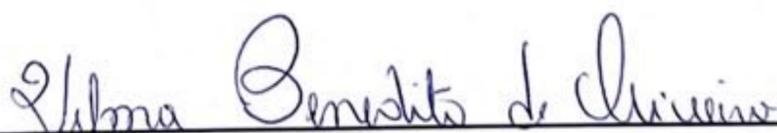
---

Prof. MSc, Alan Diniz Ferreira  
Faculdades Integradas de Aracruz  
Orientador



---

Profa. DSc. Layla Mendonça Lirio  
Faculdades Integradas de Aracruz  
Avaliador Interno



---

Enfa. Vilma Benedito de Oliveira  
DSEI MG-ES  
Avaliador Externo

***“Quando o último peixe estiver nas águas e a última árvore for removida da terra, só então o homem perceberá que ele não é capaz de comer seu dinheiro.”***

***Aílton Krenak***

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela força e sabedoria que me concedeu durante toda a jornada acadêmica, guiando-me e fortalecendo minha fé.

Quero expressar minha profunda gratidão ao meu orientador Alan Diniz Ferreira, por sua orientação perspicaz, insights valiosos e dedicação incansável. Seu apoio foi crucial para o desenvolvimento e conclusão bem-sucedida deste trabalho. Sua expertise e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento deste projeto, e sou imensamente grato por sua influência positiva em minha jornada acadêmica.

Agradeço sinceramente à professora Layla Mendonça pela dedicação, orientação e inspiração ao longo do meu trabalho de conclusão. Sou grato por ter tido a oportunidade de aprender sob sua orientação.

Agradeço aos meus amigos por compartilharem risos, desafios e apoio ao longo dessa jornada acadêmica, tornando-a mais significativa e memorável.

Agradeço de coração à minha mãe, pai e irmãos pelo amor incondicional, apoio constante e incentivo ao longo desta jornada acadêmica. Vocês são minha base sólida.

Agradeço profundamente à minha esposa Laisa e filha Layla pelo amor inabalável, paciência incansável e constante apoio durante este desafio acadêmico. A presença de vocês foi meu maior suporte.

Expresso minha sincera gratidão à Faculdade Integradas de Aracruz FAACZ por proporcionar um ambiente acadêmico inspirador e recursos que foram essenciais para a realização deste trabalho. Agradeço pela oportunidade de aprendizado e crescimento ao longo desta jornada.

Agradeço à minha comunidade indígena pelo apoio contínuo, inspiração e contribuições significativas que enriqueceram este projeto. Juntos, alcançamos mais do que eu poderia ter imaginado sozinho.

Agradeço à força da ancestralidade que permeia cada passo deste percurso acadêmico, honrando as raízes que me sustentam e me conectam a uma rica herança de sabedoria e perseverança.

## RESUMO

**Introdução:** O desastre do Rio Doce em Mariana, Minas Gerais, em 2015, causou uma das piores poluições hídricas do Brasil, afetando gravemente comunidades, biodiversidade e a saúde mental das populações indígenas. Esse evento ressalta a vulnerabilidade dessas comunidades diante de desastres ambientais e a necessidade de proteger seus direitos e territórios, além de adotar medidas rigorosas de prevenção e responsabilização por parte das empresas envolvidas. **Objetivo:** avaliar os possíveis danos à saúde mental e espiritual do povo indígena Tupiniquim após o rompimento da barragem de Fundão em Mariana/MG. **Metodologia:** Estudo epidemiológico com desenho descritivo de corte transversal. Foram coletados dados demográficos, socioeconômicos e de saúde, além da aplicação do questionário SF-36 e da análise do Coping Religioso e Espiritual (CRE). **Resultados:** Os dados revelaram disparidades de gênero na saúde, mostrando diferenças na autopercepção de saúde e no acesso a recursos médicos entre homens e mulheres indígenas. A análise do SF-36 evidenciou nuances na saúde física e emocional, destacando a importância de abordagens sensíveis ao gênero na avaliação da saúde indígena. Além disso, o estudo do CRE mostrou associações entre o coping religioso/espiritual negativo e uma redução na funcionalidade e bem-estar, apontando para a influência desses aspectos na saúde mental e física dos indivíduos. **Conclusão:** A pesquisa demonstra a complexidade das experiências de saúde das comunidades indígenas pós-desastre ambiental, ressaltando a necessidade de políticas de saúde sensíveis ao gênero e à espiritualidade. Além disso, enfatiza a importância de considerar o CRE na promoção do bem-estar físico e emocional dessas populações, respeitando suas particularidades culturais e sociais.

**Palavras-chave:** Saúde Indígena, Espiritualidade, Desastre Ambiental

## ABSTRACT

**Introduction:** The Rio Doce disaster in Mariana, Minas Gerais, in 2015, caused one of Brazil's worst water pollutions, severely affecting communities, biodiversity, and the mental health of indigenous populations. This event underscores the vulnerability of these communities to environmental disasters and the need to protect their rights and territories, in addition to adopting rigorous preventive measures and holding the involved companies accountable. **Objective:** To assess the potential damage to the mental and spiritual health of the Tupiniquim indigenous people after the rupture of the Fundão dam in Mariana/MG. **Methodology:** An epidemiological study with a descriptive cross-sectional design. Demographic, socioeconomic, and health data were collected, along with the application of the SF-36 questionnaire and analysis of Religious and Spiritual Coping (RSC). **Results:** The data revealed gender disparities in health, showing differences in self-perceived health and access to medical resources among indigenous men and women. The SF-36 analysis highlighted nuances in physical and emotional health, emphasizing the importance of gender-sensitive approaches in evaluating indigenous health. Moreover, the RSC study demonstrated associations between negative religious/spiritual coping and a reduction in functionality and well-being, indicating the influence of these aspects on the mental and physical health of individuals. **Conclusion:** The research demonstrates the complexity of health experiences among indigenous communities post-environmental disaster, emphasizing the need for gender-sensitive and spiritually inclined health policies. Additionally, it underscores the importance of considering RSC in promoting the physical and emotional well-being of these populations, while respecting their cultural and social particularities.

**Keywords:** Indigenous Health, Spirituality, Environmental Disaster

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
2.1 Objetivo Geral .....	13
2.1 Objetivos Específicos .....	13
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>31</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>32</b>

## 1. INTRODUÇÃO:

O desastre do Rio Doce, a tragédia de Mariana, Minas Gerais, ocorreu em novembro de 2015, quando a barragem de Fundão, operada pela Samarco, uma joint-venture entre a Vale e a BHP Billiton, rompe-se, liberando milhões de metros cúbicos de lama de rejeitos da mineração de ferro. Essa catástrofe ambiental resultou em uma das piores poluições hídricas da história do Brasil, com a lama tóxica sendo despejada no Rio Doce (Lopes, 2016). O desastre causou a destruição de comunidades inteiras, a morte de 19 pessoas, danos ambientais significativos e teve um impacto devastador na vida das pessoas e na biodiversidade ao longo do rio, afetando ecossistemas aquáticos e a economia regional (Vieira, 2018; Azevedo et al., 2022).

É inegável o impacto causado na vida das comunidades indígenas que dependem do ecossistema fluvial ao longo do Rio Doce, afetando diretamente suas atividades tradicionais, como a pesca e a agricultura (Costa; Silva, 2020), que constituíam em muitos casos a base de sua alimentação e economia. Para além disso, a perda de biodiversidade e a degradação dos ecossistemas (Souza, 2018) também prejudicaram sua relação espiritual e cultural (Silva; Carvalho, 2022) com a região.

A tragédia de Mariana ressalta a vulnerabilidade das comunidades indígenas em face dos desastres ambientais provocados pela indústria e destaca a necessidade urgente de proteger seus direitos e territórios, bem como de adotar medidas mais rigorosas de prevenção e responsabilização por parte das empresas envolvidas, como é apresentado pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional de Minas Gerais, no Relatório: avaliação dos efeitos e desdobramentos do rompimento da Barragem de Fundão em Mariana-MG.

O desastre ambiental ao longo do Rio Doce impactou negativamente na saúde mental das comunidades indígenas que dependiam do rio Doce como parte vital de sua cultura e identidade (Vasconcelos Pascoal; Zhouri, 2021), gerando estresse, ansiedade, incerteza sobre o futuro (Costa; Silva, 2020), depressão, traumas psicológicos e outros problemas de saúde mental (Freitas et al., 2019). Essas comunidades, privadas de acesso a água limpa e recursos naturais confiáveis, enfrentaram uma constante preocupação devido à deterioração das condições de vida

e à perda de sua ligação espiritual com o Rio Doce, resultando em uma sensação de perda de identidade cultural e deslocamento (FGV, 2020; Urquiza; Rocha, 2019).

Dados apresentados na Avaliação dos impactos e valoração dos danos socioeconômicos causados para as comunidades atingidas pelo rompimento da barragem de Fundão, apresentados pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), apresentam os danos aos ecossistemas fluviais em decorrência do rompimento da barragem de Fundão. De acordo com a avaliação, as terras indígenas (TI) dos povos Tupiniquim e Guarani abrangem englobam parte do sistema fluvial e estuarino, incluindo os rios Comboios, Riacho, Piraquê-Açu, Piraquê-Mirim e Macacos, além dos córregos do Sauê, Guaxindiba e Sahy, juntamente com numerosos pequenos cursos d'água e seus afluentes.

Ao longo de séculos, o povo Tupiniquim ocupou uma vasta faixa costeira que se estendia do Nordeste ao Sul do Brasil. Entretanto, com a chegada dos colonizadores portugueses a partir de 1500, os Tupiniquim enfrentaram uma série de conflitos e massacres, levando ao genocídio dessa população. Na década de 1960, apenas alguns remanescentes da população original dos Tupiniquim permaneciam, sendo confinados a um território restrito no município de Aracruz, no norte do Espírito Santo, situado em uma área de Mata Atlântica. Nesse local, eles passaram a compartilhar suas aldeias com os Guarani, em condições extremamente limitadas. (Pereira; Fonseca, 2021)

Tanto o povo Tupiniquim quanto o povo Guarani, ao longo do processo de colonização e vasto histórico de contato com não indígenas, resistiram e permaneceram com as práticas e rituais da sua cultura, exceto a língua própria (Silva; Carvalho, 2022). Embora toda essa trajetória de lutas possui fatores que marcaram diretamente a saúde mental e espiritual dessa população como o genocídio e a imposição de uma nova língua e aculturação ao modo de vida.

Desde a colonização, os povos indígenas eram frequentemente marginalizados e afetados por doenças trazidas pelos colonizadores. Não havia políticas de saúde específicas para eles. Com o crescimento do Estado brasileiro, surgiram as primeiras iniciativas de assistência aos indígenas, geralmente focadas na cristianização e assimilação. Com relação à saúde mental de povos indígenas, o tema começa a ter

destaque após 2005, quando ocorre a publicação da “Carta de Brasília sobre Saúde Mental” (Brasil, 2005) que estabelece princípios e diretrizes para a saúde mental no Brasil, enfatizando a desinstitucionalização, a inclusão social e o respeito aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Esses princípios também estão em consonância com a luta por uma atenção integral e humanizada às diversas populações, incluindo as populações indígenas, visto que em 2007 ocorre a publicação da Portaria Nº 2.759, de 25 de outubro, a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental Indígena, promovida pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), estabelecendo diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Brasil, 2007).

A saúde mental nas populações indígenas está cada vez mais demonstrando estatísticas preocupantes no que se refere a questões psicossociais. Isso pode estar vinculado a fatores como dependência química, racismo, preconceito étnico, violência, suicídio e as transformações abruptas no modo de vida e sustento, assim como a conexão com o sentimento de pertencimento territorial (Pontes et al., 2021). Mesmo com o aparato político-assistencial criado ao longo dos anos para subsidiar acesso a saúde e saúde mental, populações indígenas continuam sendo afetadas. O suicídio, por exemplo, configura um importante problema de saúde nesta população. A dimensão do efeito dessa adversidade nas condições de vida das comunidades indígenas é manifestada não somente através da sua alta ocorrência, mas também pela sua concentração especialmente em indivíduos jovens com idades entre 15 e 29 anos (Brasil, 2020).

A espiritualidade desempenha um papel crucial na qualidade de vida, influenciando diretamente em saúde mental (Oliveira; Junges, 2012) e não ocorre de maneira diferente nas comunidades indígenas. Estudos etnográficos e pesquisas epidemiológicas têm demonstrado que a espiritualidade é um componente central da cosmovisão indígena, proporcionando um sentido de identidade, pertencimento e propósito (Aguar; Cazella; Costa, 2017; Afonso; Moser; Afonso, 2015). Além disso, a espiritualidade frequentemente atua como um mecanismo de apoio social, fortalecendo os laços comunitários e promovendo uma rede de suporte emocional, o que contribui positivamente para a saúde mental (Monteiro et al, 2020; Falkenberg; Shimizu; Bermudez, 2017).

O coping religioso e espiritual (CRE) é um constructo psicológico que descreve estratégias adaptativas utilizadas por indivíduos para lidar com estresse, adversidades ou situações desafiadoras, fundamentadas em crenças, práticas e valores religiosos ou espirituais. Essas estratégias compreendem uma gama diversificada de comportamentos, como busca por suporte social em comunidades religiosas, engajamento em práticas espirituais como meditação e oração, atribuição de significado e propósito a eventos estressantes, e utilização de princípios éticos e morais advindos de suas convicções religiosas para enfrentar situações difíceis (Panzini & Bandeira, 2005).

O CRE muitas vezes está ligado a resiliência psicológica e pode influenciar positivamente a saúde mental, proporcionando um senso de esperança, conforto emocional e um arcabouço de recursos psicológicos para enfrentar desafios. A avaliação do CRE compreende diferentes abordagens, sendo frequentemente realizada para medir a frequência e a intensidade com que as pessoas utilizam estratégias religiosas ou espirituais para lidar com estresse ou adversidades. Essas medidas oferecem uma compreensão mais aprofundada do papel do CRE na adaptação psicológica dos indivíduos em contextos diversos.

A ligação entre o meio ambiente e a saúde mental é direta, pois a deterioração do ambiente pode resultar em estresse, ansiedade e impactos psicossociais nas comunidades indígenas. Faz-se necessário, portanto, uma abordagem sobre saúde mental e espiritual dos povos indígenas que sofreram com desastres ambientais como o derramamento de minério no Rio Doce, em 2015. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho visa contextualizar a atual situação de qualidade de vida, saúde mental e a espiritualidade indígena dos Tupiniquim na perspectiva do pós rompimento da barragem de Mariana.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Avaliar possíveis danos à saúde mental e espiritual do povo indígena Tupiniquim após rompimento da barragem de Fundão (Mariana / MG).

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Avaliar perfil clínico-epidemiológico dos indígenas Tupiniquins afetados pelo rompimento da barragem de Fundão (Mariana / MG).
- Avaliar perfil sociodemográfico dos indígenas Tupiniquins afetados pelo rompimento da barragem de Fundão (Mariana / MG).
- Analisar a qualidade de vida dos indígenas Tupiniquins afetados pelo rompimento da barragem de Fundão (Mariana / MG).
- Avaliar enfrentamento espiritual-religioso em indígenas Tupiniquins afetados pelo rompimento da barragem de Fundão (Mariana / MG).
- Associar a qualidade de vida dos indígenas Tupiniquins afetados pelo rompimento da barragem de Fundão (Mariana / MG) à saúde mental.

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza epidemiológica e adota um desenho descritivo de corte transversal para avaliar os possíveis danos à saúde mental e espiritual do povo indígena Tupiniquim após o rompimento da barragem de Fundão em Mariana/MG. A população-alvo consiste nos indígenas Tupiniquins residentes em Aracruz-ES que foram diretamente afetados pelo rompimento da barragem de Fundão.

Como critérios de inclusão, foram estabelecidos: Ser membro da comunidade indígena Tupiniquim e residir na área afetada pelo rompimento da barragem de Fundão em Mariana/MG durante o período do desastre ou após o evento e ter idade igual ou superior a 18 anos. Como critério de exclusão, excluiu-se indígenas com doença mental diagnosticada/tratada antes do rompimento da barragem de Fundão (Mariana-MG), ocorrido em novembro de 2015.

A Escala de Coping Religioso-Espiritual versão abreviada, foi aplicada para avaliar como os participantes utilizam recursos espirituais e religiosos para enfrentar as consequências do desastre. Esta escala é composta por 49 itens que medem a frequência e a eficácia de estratégias de enfrentamento religioso-espiritual (Panzini; Bandeira, 2005).

O Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 foi utilizado para avaliar a qualidade de vida dos participantes. Ele abrange oito domínios relacionados à saúde, fornecendo uma visão abrangente do bem-estar físico e emocional dos indivíduos (Ciconelli et al., 1999). A coleta de dados foi realizada por meio de questionário online e compreendeu: Aplicação da Escala de Coping Religioso-Espiritual, versão abreviada, aplicação do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36, questionário clínico-epidemiológico e sociodemográfico para avaliação do perfil dos indígenas avaliados.

O estudo foi submetido à apreciação ética por um comitê de ética em pesquisa, em conformidade com as normas éticas e legais, em conformidade com a Resolução CNS 466-2012. Foi obtido o consentimento livre, esclarecido e voluntário de todos os participantes do estudo, respeitando sua autonomia. Obteve-se ainda a autorização da Associação Indígena Tupinikim e Guarani – AITG.

Os dados coletados foram submetidos a análises estatísticas, utilizando o software Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão 22.0. A análise descritiva foi realizada por meio de médias, medianas, frequências e desvios padrão. Para verificação da normalidade da distribuição dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a diferença de médias entre variáveis contínuas, quando couber, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney e teste T para dois grupos. A análise de correlações entre duas variáveis foi realizada aplicando-se a correlação de Spearman, adotando a significância de duas vias. Para todas as análises, foi adotado um nível de confiança de 95% ( $p < 0,05$ ).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a distribuição de diferentes variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde entre os sexos masculino e feminino. Cada variável é descrita em termos de número (N) e porcentagem (%). Os dados fornecem uma visão detalhada das características demográficas, socioeconômicas e de saúde dessa população.

Dos indivíduos do sexo masculino, 54,5% (n=6) são solteiros, enquanto 45,5% (n=5) são mulheres. Já em relação aos que são casados, vivem com companheiro(a) ou em união estável, 34,8% (n=8) são homens e 65,2% (n=15) são mulheres.

Entre os indivíduos do sexo masculino, 41,7% (n=5) possuem renda inferior a 1 salário-mínimo, e 58,3% (n=7) possuem renda entre 1 e 3 salários-mínimos. Um indivíduo (100,0%, n=1) do sexo masculino possui renda entre 3 e 5 salários-mínimos. Não há mulheres com renda entre 3 e 5 salários-mínimos nesta amostra. Nenhum homem declarou fazer parte de programas sociais de transferência de renda, enquanto 100,0% (n=5) das mulheres relataram participação nesses programas. Entre os que não participam, 48,3% (n=14) são homens e 51,7% (n=15) são mulheres.

No que diz respeito à posse de plano de saúde, 23,5% (n=4) dos homens têm plano de saúde, enquanto 76,5% (n=13) das mulheres têm acesso a esse serviço. Entre aqueles que não possuem plano de saúde, 58,8% (n=10) são homens e 41,2% (n=7) são mulheres.

Os resultados apresentam diferenças entre homens e mulheres na autopercepção de problemas de saúde dentro da população indígena em Aracruz, ES, em 2023. A análise revela que, entre aqueles que declaram não ter nenhum problema de saúde, há uma proporção maior de mulheres, representando 65,2% (n=15), em comparação com 34,8% (n=8) dos homens. Contrariamente, no autorrelato de obesidade, uma proporção maior de homens, atingindo 66,7% (n=2), é observada em comparação com 33,3% (n=1) de mulheres. Além disso, a declaração de doença respiratória também apresenta uma discrepância, com 60,0% (n=3) dos homens e 40,0% (n=2) das mulheres. Em relação a condições específicas, apenas uma mulher declara ser diabética, enquanto tanto 50,0% (n=1) dos homens quanto das mulheres declaram ser hipertensos.

No que se refere a estratificação social avaliada através do critério Brasil, foram identificadas as classes: B2, C1, C2 e DE. Na Classe B2: 33,3% (n=1) são do sexo masculino e 66,7% (n=2) são do sexo feminino. Na Classe C1 47,4% (n=9) são homens e 52,6% (n=10) são mulheres. Na Classe C2, 22,2% (n=2) são homens e 77,8% (n=7) são mulheres. Por fim, na Classe DE 66,7% (n=2) dos indivíduos são do sexo masculino e 33,3% (n=1) são do sexo feminino.

A análise do risco familiar, uma medida de vulnerabilidade, revela diferenças entre homens e mulheres dentro da população indígena em Aracruz, ES. O grupo com risco menor engloba uma proporção maior de mulheres, representando 64,3% (n=18), enquanto apenas 35,7% (n=10) são homens. Contrariamente, o risco médio apresenta uma inversão nessa tendência, onde 66,7% (n=4) dos homens se encontram nessa categoria em comparação com 33,3% (n=2) das mulheres.

A análise das comorbidades domiciliares revela uma disparidade na presença e na quantidade de comorbidades domiciliares informada por homens e mulheres. Nota-se que um percentual maior de mulheres, representando 57,9% (n=11), relatam não apresentar nenhuma comorbidade no domicílio, isto é, entre os moradores do domicílio, enquanto esse número é de 42,1% (n=8) entre os homens. No entanto, quando se trata de uma única comorbidade, há uma expressiva prevalência entre as mulheres informantes, com 77,8% (n=7), comparado a apenas 22,2% (n=2) dos homens. Para além disso, a informação da presença de duas ou mais comorbidades é maior entre os homens, com 66,7% (n=4), em comparação com 33,3% (n=2) das mulheres.

As diferenças de gênero na saúde são uma área de estudo complexa e crucial para compreender as disparidades entre homens e mulheres em termos de morbidade, utilização de serviços de saúde e acesso a recursos médicos. Embora as mulheres geralmente vivam mais do que os homens em muitas partes do mundo, essa longevidade pode vir acompanhada de uma maior prevalência de doenças e um uso mais frequente de serviços de saúde (Barata, 2009).

É comum encontrar estudos que apontam para a maior morbidade entre as mulheres, indicando uma maior incidência de certas condições de saúde, como doenças crônicas, distúrbios mentais, dores crônicas e condições autoimunes. Essas

diferenças podem ser atribuídas a uma combinação de fatores biológicos, sociais e comportamentais específicos de cada gênero, incluindo diferenças hormonais, papéis de gênero, acesso desigual aos recursos de saúde e cuidado com a saúde (Pinheiro, et al. 2002; Gomes; Nascimento; Araújo, 2007).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e de saúde por sexo em indígenas, Aracruz – ES, 2023.

	Variáveis	Sexo			
		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	6	54,5%	5	45,5%
	Casado (a) / Vive com companheiro (a) / União Estável	8	34,8%	15	65,2%
<b>Renda</b>	Menos que 1 salário-mínimo	5	41,7%	7	58,3%
	Entre 1 e 3 Salários-Mínimos	8	38,1%	13	61,9%
	Entre 3 e 5 Salários-Mínimos	1	100,0%	0	0,0%
<b>Plano de Saúde</b>	Sim	4	23,5%	13	76,5%
	Não	10	58,8%	7	41,2%
<b>Programa Social (Transferência de Renda)</b>	Sim	0	0,0%	5	100,0%
	Não	14	48,3%	15	51,7%
<b>Problema de Saúde</b>	Nenhum	8	34,8%	15	65,2%
	Obesidade	2	66,7%	1	33,3%
	Hipertensão	1	50,0%	1	50,0%
	Doença Respiratória	3	60,0%	2	40,0%
	Diabetes	0	0,0%	1	100,0%
<b>Estratificação Social (Critério Brasil)</b>	Classe C1	9	47,4%	10	52,6%
	Classe C2	2	22,2%	7	77,8%
	Classe B2	1	33,3%	2	66,7%
	Classe DE	2	66,7%	1	33,3%
<b>Risco Familiar (Vulnerabilidade)</b>	Risco Menor	10	35,7%	18	64,3%
	Risco Médio	4	66,7%	2	33,3%
<b>Comorbidades Domicílio (Número)</b>	Nenhuma Comorbidade	8	42,1%	11	57,9%
	Uma Comorbidade	2	22,2%	7	77,8%
	Duas ou mais comorbidades	4	66,7%	2	33,3%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Um aspecto importante é a maior frequência com que as mulheres tendem a buscar atendimento médico em comparação com os homens (Gomes; Nascimento;

Araújo, 2007). Conforme estudos de Pinheiro, et al. (2002) e Courtenay (2000), isso pode ser influenciado por diversos fatores, como a maior conscientização sobre a saúde, a procura por cuidados preventivos, a busca por diagnósticos mais precoces e a atenção a questões de saúde específicas, como saúde reprodutiva e materna

Além disso, a posse de plano de saúde também se mostra desigual entre os sexos, com uma tendência de ser mais prevalente entre as mulheres. Essa disparidade, conforme estudos de Souza et al. (2021) e Pinto & Soranz (2004), pode estar ligada a fatores socioeconômicos, onde as mulheres buscam garantir cobertura de saúde para si e suas famílias, talvez devido a uma maior responsabilidade pelo cuidado da saúde familiar ou à maior consciência sobre a importância do acesso a serviços médicos.

Esses padrões de busca por cuidados médicos mais frequentes por parte das mulheres podem ser benéficos, pois favorecem a detecção precoce de doenças e a promoção de intervenções preventivas. No entanto, também podem refletir desigualdades no acesso à saúde, destacando a importância de políticas de saúde que busquem mitigar essas disparidades de gênero, garantindo um acesso equitativo aos serviços de saúde para ambos os sexos.

Os estudos sobre diferenças de gênero na saúde enfatizam não apenas as diferenças na longevidade entre homens e mulheres, mas também as disparidades na morbidade, utilização de serviços de saúde e acesso a recursos médicos (Barata, 2009). Essas descobertas são fundamentais para orientar políticas de saúde mais inclusivas e direcionadas, buscando garantir uma melhor saúde para todos, independentemente do gênero.

Em relação à saúde da mulher indígena, a interseccionalidade entre gênero e etnia revela complexidades significativas nas experiências, frequentemente marcadas por múltiplas formas de discriminação. Esta interação de identidades implica em desafios que transcendem as fronteiras das questões de gênero e etnia individualmente consideradas, influenciando diretamente a qualidade de vida, as taxas de morbidade e mortalidade, bem como o acesso aos serviços de saúde (Ferreira, 2013; Abritta; Torres; Freitas, 2021).

As mulheres indígenas, de acordo com Ferreira (2013), enfrentam não apenas barreiras estruturais e institucionais, mas também uma série de estigmas e preconceitos arraigados na sociedade. Esses fatores contribuem para uma desigualdade sistêmica que impacta suas vidas, limitando o acesso a cuidados de saúde adequados, perpetuando disparidades nos indicadores de saúde e dificultando a busca por assistência médica preventiva e curativa. A conjunção desses elementos evidencia a necessidade premente de políticas públicas sensíveis à interseccionalidade de gênero e etnia, visando não apenas a equidade no acesso aos serviços de saúde, mas também ações que confrontem e desarticulem as estruturas discriminatórias arraigadas na sociedade, promovendo, assim, uma saúde mais igualitária e inclusiva (Silva & Silva, 2022).

A estratificação social, avaliada pelo critério Brasil, revelou disparidades significativas na distribuição por gênero entre as classes identificadas na população indígena estudada. Essas discrepâncias apontam para dinâmicas sociais e econômicas distintas entre os gêneros dentro da comunidade indígena, evidenciando possíveis diferenças nos níveis de renda, acesso a recursos e oportunidades socioeconômicas (Kamakura; Mazzon, 2016; Ribeiro; Carvalhaes, 2020; Goiris, 2020). Além disso, a análise do risco familiar como medida de vulnerabilidade revelou padrões contrastantes entre homens e mulheres. Essa divergência sugere variações distintas nas dinâmicas familiares e nas condições de vulnerabilidade entre os gêneros na comunidade indígena, indicando a necessidade de abordagens diferenciadas e sensíveis ao gênero ao desenvolver estratégias de intervenção e políticas públicas voltadas para a redução da vulnerabilidade social e promoção do bem-estar dessas populações específicas (Ferreira, 2013; Abritta; Torres; Freitas, 2021).

A tabela 2 apresenta uma comparação entre variáveis associadas à saúde, segmentadas por sexo (masculino e feminino) coletadas a partir da análise do questionário SF-36, Critério Brasil de Estratificação Econômica e Escala de Coelho e Savassi para estratificação do risco e vulnerabilidade familiar. Os resultados destacam medidas descritivas, como valores médios com desvios padrão ou medianas com valores mínimos e máximos para cada variável, juntamente com os valores de p-valor

obtidos dos testes estatísticos realizados para determinar diferenças significativas entre os sexos.

O teste U de Mann-Whitney foi empregado para comparar amostras independentes nos casos cuja distribuição dos casos não é normal, enquanto o teste T para amostras independentes foi utilizado nos casos cuja distribuição é normal.

**Tabela 2.** Variáveis associadas à qualidade de vida e bem-estar de indígenas, por sexo, Aracruz – ES, 2023.

Variáveis	Sexo		p-valor
	Masculino	Feminino	
Idade	32 (20 - 47)	28 (18-77)	0,569*
Capacidade Funcional	93 (65 - 100)	87,5 (30-100)	0,169*
Limitação por Aspectos Físicos	50 (0 - 100)	37,5 (0 - 100)	0,569*
Dor	70,43 ± 23,76	61,3 ± 28,12	0,323**
Estado Geral de Saúde	52,43 ± 16,45	59,55 ± 15,32	0,205**
Aspectos Sociais	88 (37,5 - 100)	75 (38-100)	0,743*
Vitalidade	62,86 ± 17,40	51,5 ± 19,80	0,094**
Limitação por Aspectos Emocionais	50 (0 - 100)	50 (0-100)	0,931*
Saúde Mental	56 (36 - 88)	60 (32-92)	0,849*
Critério Brasil	23,43 ± 3,79	23,65 ± 4,57	0,883**
Escala Coelho & Savassi (Pontuação)	6 (4-8)	5 (5-8)	0,641*

\* Teste U de Mann-Whitney para Amostras Independentes. \*\* Teste T para Amostras Independentes.  
Fonte: Elaborado pelos autores.

Não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na idade entre homens (com mediana de 32 anos e intervalo de 20 a 47 anos) e mulheres (com mediana de 28 anos e intervalo de 18 a 77 anos), como indicado pelo p-valor de 0,569.

Os valores de capacidade funcional e limitação por aspectos físicos não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos masculino e feminino, conforme indicado pelos p-valores de 0,169 e 0,569 respectivamente. Com relação à avaliação de dor pelo questionário SF-36, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ( $p = 0,323$ ). Os homens apresentaram uma média de 70,43 (com desvio padrão de 23,76), enquanto as mulheres tiveram uma média de 61,3 (com desvio padrão de 28,12).

Semelhante a dimensão de dor, as dimensões de Estado Geral de Saúde, Aspectos Sociais, Vitalidade, Limitação por Aspectos Emocionais e Saúde Mental não

revelaram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, com resultados descritos a seguir:

- Estado Geral de Saúde: Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,205$ ) entre homens e mulheres. Homens reportaram uma média de 52,43 (com desvio padrão de 16,45), enquanto as mulheres registraram uma média de 59,55 (com desvio padrão de 15,32).

- Aspectos Sociais: Homens apresentaram uma mediana de 88 (variando entre 37,5 e 100), enquanto mulheres registraram uma mediana de 75 (variando entre 38 e 100). A diferença não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,743$ ).

- Vitalidade: Embora não tenha alcançado significância estatística ( $p = 0,094$ ), os homens apresentaram uma média de 62,86 (com desvio padrão de 17,40), enquanto as mulheres tiveram uma média de 51,5 (com desvio padrão de 19,80).

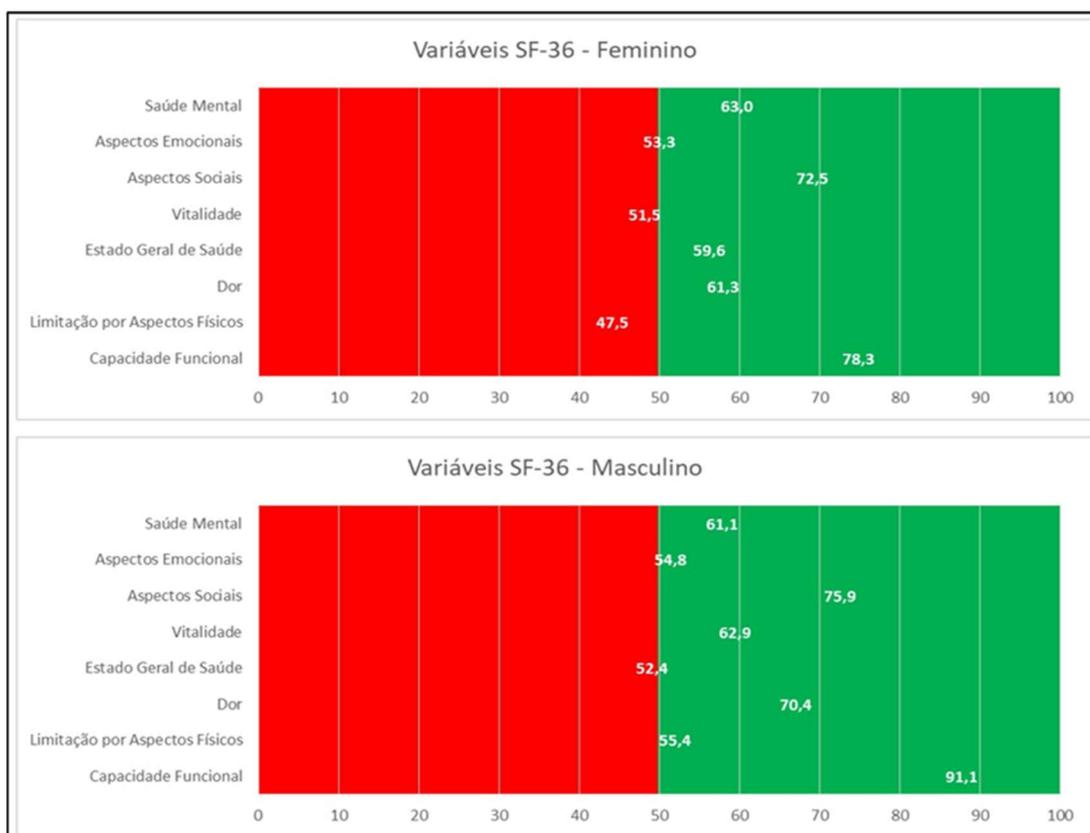
- Limitação por Aspectos Emocionais: Ambos os sexos apresentaram uma mediana de 50 (variação de 0 a 100). Não houve diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,931$ ).

Em relação às métricas que compõem o Critério Brasil de estratificação de classe social / renda, não houve diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,883$ ) entre os grupos. Homens registraram uma média de 23,43 (com desvio padrão de 3,79), enquanto mulheres tiveram uma média de 23,65 (com desvio padrão de 4,57). De forma similar, a avaliação da vulnerabilidade e risco familiar pela pontuação da Escala Coelho & Savassi não denota diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,641$ ) entre os grupos, visto que os homens apresentaram uma mediana de 6 (variando entre 4 e 8), enquanto mulheres registraram uma mediana de 5 (variando entre 5 e 8).

A avaliação da qualidade de vida e bem-estar dos indígenas por meio do instrumento SF-36 revelou nuances relevantes em diferentes dimensões. Os resultados destacam um quadro complexo, onde, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em algumas áreas entre os sexos, há nuances distintas a considerar. Aspectos como capacidade funcional, limitação por aspectos físicos e avaliação de dor não demonstraram disparidades significativas entre homens e mulheres. No entanto, a análise revelou discrepâncias

na autopercepção de problemas de saúde, onde mulheres relataram uma proporção maior de ausência de problemas de saúde, enquanto homens declararam um autorrelato superior de obesidade e doenças respiratórias. Este panorama sugere a necessidade de abordagens mais abrangentes e sensíveis às especificidades de gênero e contexto social ao considerar a saúde e o bem-estar dos indígenas, especialmente ao interpretar os resultados do SF-36, que podem ser influenciados por fatores culturais e socioeconômicos específicos dessa população.

A figura 1 ilustra a distribuição das variáveis analisadas pelo SF-36 divididas por sexo. As pontuações de cada subescala são transformadas em uma escala de 0 a 100, em que valores mais altos (próximos de 100) indicam melhor capacidade funcional, menor limitação, maior dor, melhor percepção de saúde, maior vitalidade e menos fadiga, melhor funcionamento social, menor limitação por aspectos emocionais e melhor saúde mental enquanto valores menores (próximos de 0) indicam o inverso.



**Figura 1.** Avaliação de Qualidade de Vida e Bem-estar pelo Questionário SF-36. Fonte: Elaborado pelos autores.

O estudo conduziu uma análise minuciosa e abrangente das relações entre as variáveis de Coping Religioso e Espiritual (CRE) e diversos aspectos da saúde e

funcionamento humano. A Tabela 3 apresenta uma visão detalhada das correlações entre essas variáveis, representadas pelos coeficientes de correlação de Spearman ( $\rho$ ) e os valores de  $p$  ( $p$ -valor) associados a cada correlação. Os resultados são essenciais para compreender a natureza e a força das associações entre o CRE e medidas de saúde, bem como para identificar a significância estatística dessas relações. Ao fornecer essas correlações, o estudo permite uma avaliação mais precisa das inter-relações entre o coping religioso e espiritual e os aspectos de saúde e funcionamento humano.

**Tabela 3.** Correlações entre Coping Religioso e Espiritual (CRE) e Medidas de Saúde e Funcionalidade em Indígenas, Aracruz - ES, 2023.

Variáveis	Coping Religioso e Espiritual	
	CRE Negativo	
	$\rho$	$p$ -valor
Capacidade Funcional	-0,445	0,008
Estado Geral de Saúde	-0,447	0,008
Limitação por Aspectos Sociais	-0,384	0,025
Limitação por Aspectos Emocionais	-0,334	0,054
Pontuação Critério Brasil	-0,381	0,031
	CRE Positivo	
	$\rho$	$p$ -valor
	Idade	0,369
	% CRE Negativo	
	$\rho$	$p$ -valor
	Vitalidade	-0,365
Estado Geral de Saúde	-0,499	0,003
Saúde Mental	-0,46	0,006

CRE: Coping religioso e espiritual. Fonte: Elaborado pelos autores.

Na seção referente ao CRE negativo, observamos correlações significativas e negativas com diversas medidas de saúde e funcionalidade. A capacidade funcional apresentou uma correlação negativa significativa de -0,445 ( $p=0,008$ ), indicando uma associação inversa entre o CRE negativo e a capacidade funcional, sugerindo que níveis mais altos de CRE negativo estão associados a uma menor capacidade funcional. Tal achado alinha-se com a literatura existente que enfatiza a influência dos estados psicológicos e emocionais na funcionalidade física. A possível explicação reside na influência do CRE negativo na percepção subjetiva de bem-estar, que pode afetar diretamente a motivação para manter ou buscar melhorias na capacidade

funcional. Esses resultados salientam a importância de considerar não apenas os aspectos físicos, mas também os fatores psicossociais, como o CRE, ao avaliar e abordar a funcionalidade e o bem-estar geral dos indivíduos. Mais estudos são necessários para elucidar completamente os mecanismos subjacentes a essa associação e para desenvolver intervenções direcionadas que considerem a dimensão religiosa e espiritual no contexto da saúde e da funcionalidade. (Pereira, et al. 2020).

Além da associação entre o Coping Religioso e Espiritual (CRE) negativo e a capacidade funcional, é fundamental destacar as correlações significativas com outras medidas de saúde e bem-estar. Os resultados revelam correlações negativas notáveis entre o CRE negativo e o estado geral de saúde, bem como com a limitação por aspectos sociais e emocionais. Os valores de correlação de  $-0,447$  ( $p=0,008$ ),  $-0,384$  ( $p=0,025$ ) e  $-0,334$  ( $p=0,054$ ), respectivamente, apontam para uma forte associação entre níveis mais elevados de CRE negativo e um estado de saúde geral mais precário, juntamente com uma maior limitação nos domínios sociais e emocionais da vida dos indivíduos. Esses resultados enfatizam a influência abrangente do CRE negativo não apenas na funcionalidade física, mas também no bem-estar global e na interação social e emocional dos indivíduos (Pereira, et al. 2020; Panzini et al., 2011).

Por outro lado, no que diz respeito ao CRE positivo, destaca-se a correlação positiva significativa de  $0,369$  ( $p=0,032$ ) com a idade. Esse resultado sugere que níveis mais elevados de CRE positivo estão associados a uma faixa etária mais avançada. Essa associação entre CRE positivo e idade pode refletir uma possível evolução ou maturação no desenvolvimento do coping religioso e espiritual ao longo da vida. É plausível que, com o envelhecimento, as pessoas possam desenvolver estratégias mais maduras e elaboradas de enfrentamento baseadas na religiosidade e espiritualidade, influenciando positivamente sua perspectiva de vida e bem-estar geral (Santos, et al. 2020).

A tabela 4 apresenta os resultados da investigação da ocorrência de problemas de saúde físicos ou mentais para o entrevistado ou algum membro da família, após o rompimento da barragem de Fundão. Os resultados foram dicotomizados em categorias: "Sim" para a presença de problemas de saúde e "Não" para a ausência deles relacionando-os ao CREP, CREN e Razão CREN/CREP. Foi aplicado o teste U

de Mann-Whitney para amostras independentes, com a indicação do p-valor associado a cada comparação.

**Tabela 4.** Coping Religioso e Espiritual (CRE) e Problemas de saúde (física ou mental) após o rompimento da barragem de Fundão (Mariana- MG), Aracruz - ES, 2023.

CRE	Problemas de saúde (física ou mental) após o rompimento da barragem de Fundão (Mariana- MG)		
	Sim	Não	p-valor
<b>Positivo</b>	3,29 ± 0,42	2,82 ± 0,51	0,019
<b>Negativo</b>	1,91 ± 0,38	1,80 ± 0,61	0,442
<b>Razão CREN/CREP</b>	0,59 ± 0,13	0,65 ± 0,23	0,565

\* Teste U de Mann-Whitney para Amostras Independentes. CRE: Coping Religioso-Espiritual. Fonte: Elaborado pelos autores.

Ao analisar os resultados da tabela, observa-se que as médias dos índices CRE Positivo foram de  $3,29 \pm 0,42$  para a categoria "Sim" (indicando surgimento de problemas de saúde) e  $2,82 \pm 0,51$  para a categoria "Não" (sem problemas de saúde). Este resultado revelou uma diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,019$ ) entre as médias, sugerindo que indivíduos que relataram problemas de saúde após o rompimento da barragem apresentaram uma média significativamente maior no uso de CREP em comparação aos que não apresentaram tais problemas.

Analogamente, as médias dos índices CRE Negativo para as categorias "Sim" e "Não" foram de  $1,91 \pm 0,38$  e  $1,80 \pm 0,61$ , respectivamente, sem evidência estatisticamente significativa ( $p = 0,442$ ) entre as médias dessas categorias. Isso sugere que, individualmente, o CREN não apresentou uma diferença significativa entre os grupos que relataram ou não problemas de saúde.

A Razão CREN/CREP representa um indicador crucial na compreensão do uso de estratégias de CRE em contextos de eventos traumáticos. Esta métrica estabelece uma relação proporcional entre o uso de CREN em comparação com o CREP, determinada através da simples divisão desses índices. A expectativa subjacente a essa relação é que o índice referente ao CRE Positivo se apresente em um patamar superior ao índice do CRE Negativo, refletindo, desse modo, as diferentes implicações e desdobramentos positivos e negativos associados a cada estratégia de coping. Conseqüentemente, quanto menor o valor resultante da Razão CREN/CREP, maior será a predominância do uso do CREP em relação ao CREN, e vice-versa. Essa

medida torna-se fundamental para avaliar não apenas a prevalência, mas também a direção do emprego das estratégias de coping religioso-espiritual diante de situações adversas, possibilitando uma compreensão mais abrangente da dinâmica adaptativa dos indivíduos em face de eventos traumáticos, como é o caso do rompimento da barragem de resíduos de Fundão (Mariana – MG) (Pargament; Koenig; Perez, 2000; Pereira, et al. 2020; Panzini et al., 2011)

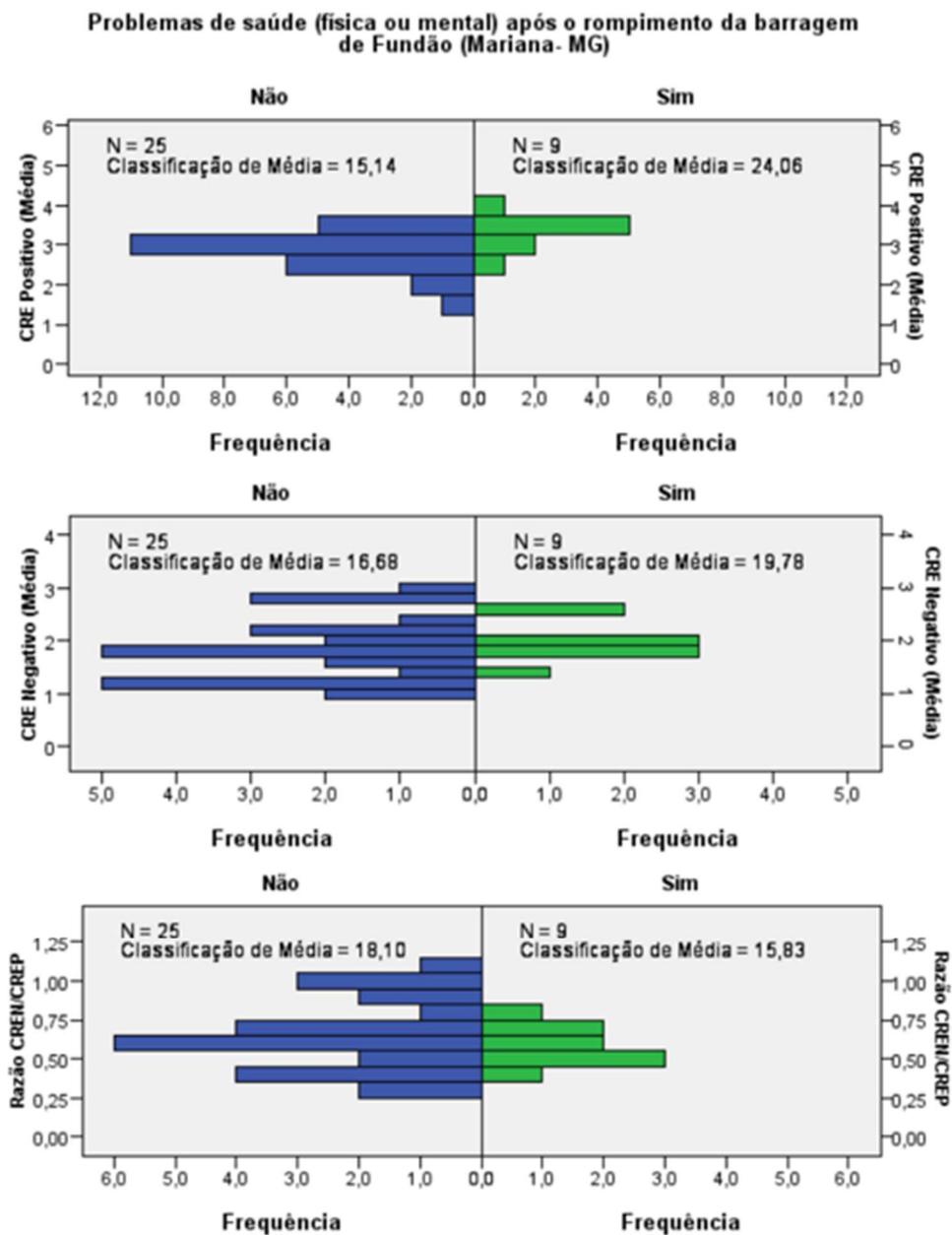
A análise da Razão CREN/CREP mostrou médias de  $0,59 \pm 0,13$  para a categoria "Sim" e  $0,65 \pm 0,23$  para a categoria "Não", não demonstrando diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,565$ ) entre os grupos. Isso sugere que a relação entre o percentual de uso de CREN e CREP não variou de forma significativa entre os grupos que relataram surgimento de problemas de saúde e aqueles que não relataram.

Os resultados sugerem uma diferença significativa no uso de Coping Religioso-Espiritual Positivo entre os grupos que relataram problemas de saúde e aqueles que não os relataram após o rompimento da barragem. Contudo, não houve uma diferença estatisticamente significativa no uso de Coping Religioso-Espiritual Negativo entre esses grupos. A Razão CREN/CREP, apesar de apresentar diferenças nas médias entre os grupos, não mostrou significância estatística, indicando que a relação proporcional entre o uso de CRE Negativo e CRE Positivo não variou significativamente entre os indivíduos afetados pelos problemas de saúde e aqueles que não foram afetados. Esses resultados podem indicar uma resposta diferenciada no uso de estratégias de Coping Religioso-Espiritual, especialmente na utilização de mecanismos positivos, entre indivíduos afetados e não afetados pelos problemas de saúde decorrentes do evento traumático. No entanto, a relação entre os tipos de coping não variou significativamente entre esses grupos, sugerindo uma uniformidade na relação entre os índices positivos e negativos utilizados. Novos estudos podem aprofundar essa análise considerando outras variáveis e fatores contextuais que podem influenciar as estratégias de enfrentamento religioso-espiritual após eventos traumáticos.

Esses achados podem sugerir a existência de fatores complexos e multifacetados que influenciam a percepção e a manifestação de problemas de saúde após um evento traumático, como o rompimento de uma barragem. Futuros estudos

podem se beneficiar de uma análise mais aprofundada para compreender melhor esses fatores, considerando variáveis como a proximidade do local do evento, o suporte social e os fatores individuais que podem influenciar a percepção e a manifestação de problemas de saúde em situações similares (Lima & Assunção, 2011; Sbardelloto, et al. 2011)

A figura 2 mostra a representação gráfica dos dados apresentados na tabela 3.



**Figura 2:** Coping Religioso e Espiritual (CRE) e Problemas de saúde (física ou mental) após o rompimento da barragem de Fundão (Mariana- MG), Aracruz - ES, 2023. Fonte: Elaborado pelos autores.

As análises voltadas para a porcentagem do Coping Religioso e Espiritual (CRE) negativo em relação a medidas específicas de bem-estar revelam associações significativas e negativas. Observou-se que um aumento na porcentagem de CRE negativo está associado a uma diminuição na vitalidade, estado geral de saúde e saúde mental. Esses resultados são indicados por correlações negativas significativas de -0,365 ( $p=0,034$ ) com a vitalidade, -0,499 ( $p=0,003$ ) com o estado geral de saúde e -0,460 ( $p=0,006$ ) com a saúde mental.

Essas descobertas sugerem que níveis mais elevados de CRE negativo estão ligados a uma redução na vitalidade percebida pelos indivíduos, bem como a um estado geral de saúde precário e a uma saúde mental comprometida. A associação entre CRE negativo e uma visão desfavorável do estado geral de saúde e da saúde mental aponta para a influência significativa da espiritualidade e religiosidade na percepção subjetiva do bem-estar físico e emocional. Estes resultados ressaltam a importância de considerar não apenas os fatores físicos, mas também os aspectos psicossociais, como o CRE, ao avaliar e promover o bem-estar holístico dos indivíduos (Forti; Serbena; Scaduto, 2020; Panzini et al., 2011). Ainda, é crucial continuar investigando as nuances dessa relação para desenvolver estratégias mais eficazes de intervenção e suporte, considerando a dimensão espiritual no contexto da saúde mental e física.

Estudos afirmam que a espiritualidade é um elemento essencial na qualidade de vida e saúde mental, especialmente nas comunidades indígenas. A espiritualidade é um componente central na visão de mundo dessas comunidades, fornecendo senso de identidade, pertencimento e propósito (Aguilar; Cazella; Costa, 2017; Afonso; Moser; Afonso, 2015). Além disso, ela atua como um suporte social, fortalecendo os laços comunitários e oferecendo apoio emocional, o que tem impactos positivos na saúde mental (Monteiro et al, 2020; Falkenberg; Shimizu; Bermudez, 2017; Oliveira; Junges, 2012).

Estudos de neuroimagem funcional apontam que práticas espirituais e rituais podem ativar áreas cerebrais ligadas à regulação emocional e ao bem-estar (Peres; Newberg, 2013). Evidências científicas sustentam a importância da espiritualidade na saúde mental indígena, fortalecendo a identidade cultural, oferecendo apoio social e ativando sistemas cerebrais de regulação emocional (Lima, 2016; Sandes, 2017). No

entanto, o deslocamento cultural e a discriminação ressaltam a necessidade de abordagens de saúde mental que valorizem as tradições espirituais indígenas, enquanto lidam com os desafios socioeconômicos e estruturais dessas comunidades.

A diversidade das práticas de saúde emerge como uma consideração essencial diante das complexidades relacionadas à espiritualidade, especialmente em cenários onde fundamentalismos religiosos podem distorcer e capturar sua natureza emancipatória e decolonizadora. Este contexto resalta a necessidade de abordagens sensíveis e inclusivas, capazes de reconhecer e respeitar a pluralidade de expressões espirituais, desvinculando-as das amarras de construções coloniais. É crucial buscar estratégias que não apenas reconheçam, mas também valorizem a espiritualidade como uma dimensão intrínseca da experiência humana, promovendo um espaço para o diálogo interdisciplinar que respeite e apoie a diversidade cultural e espiritual, enquanto busca ativamente enfrentar e desafiar os sistemas de opressão que historicamente têm comprometido essa relação fundamental entre espiritualidade e bem-estar psicológico (Ferreira, et al., 2023).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desastre da barragem de Fundão em Mariana, Minas Gerais, deixou um legado de devastação ambiental e impactos severos nas comunidades indígenas ao longo do Rio Doce. A análise das métricas demográficas, socioeconômicas e de saúde revelou diferenças entre homens e mulheres, indicando disparidades na autopercepção de problemas de saúde e na distribuição de condições específicas. Esses resultados ressaltam a importância de considerar as nuances de gênero ao abordar a saúde e o bem-estar das comunidades indígenas afetadas por tal desastre ambiental.

A correlação entre o Coping Religioso e Espiritual (CRE) e a saúde mental demonstrou associações significativas. O CRE negativo revelou uma ligação com menor capacidade funcional, pior estado geral de saúde e maior limitação em aspectos sociais e emocionais. Além disso, o CRE positivo mostrou uma correlação positiva com a idade, indicando uma possível relação entre o amadurecimento do coping religioso e espiritual ao longo da vida. É importante ressaltar que não se afirma neste estudo relação de causalidade, haja vista a avaliação ser realizada apenas posterior ao desastre ambiental.

Este estudo enfrenta limitações que devem ser consideradas. Trata-se de um estudo preliminar de amostra reduzida, dessa forma, a amostra pode não representar integralmente a diversidade das comunidades indígenas afetadas, limitando a generalização dos resultados. Além disso, a avaliação das métricas de saúde pode ser influenciada por fatores culturais e contextuais específicos, exigindo uma abordagem sensível e adaptativa.

Como perspectivas futuras sugere-se ampliar a amostragem e diversificar a representatividade das comunidades indígenas afetadas por desastres ambientais, a fim de capturar nuances específicas de diferentes grupos étnicos, explorar mais a fundo as dinâmicas de gênero e etnia na interseccionalidade das experiências de saúde e bem-estar, considerando as especificidades culturais e socioeconômicas e investigar os mecanismos subjacentes à relação entre o CRE e a saúde mental, permitindo desenvolver intervenções mais direcionadas e eficazes para promover o bem-estar holístico das comunidades indígenas.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abritta, M. L. R.; Torres, S. R.; Freitas, D. A. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 9, n. 1, p. 164-177, 2021.

AFONSO, G. B.; MOSER, A.; AFONSO, Y. B. Cosmovisão Guarani e sustentabilidade. *Revista Meio Ambiente e Sustentabilidade*, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 180–193, 2015. DOI: 10.22292/mas.v8i4.431. Disponível em: <<https://www.revistasuninter.com/revistameioambiente/index.php/meioAmbiente/artic le/view/431>>. Acesso em: 22 set. 2023.

AGUIAR, P. R.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R.. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 2, p. 310–319, abr. 2017.

AZEVEDO, Roberta Guio; VIANA, Luciene Silva; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. Desastre de Mariana (MG, Brasil): uma perspectiva referente ao impacto ambiental, bioética e direitos humanos. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 114–126, 2022. DOI: 10.47456/rbps.v24i1.23384. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/23384>. Acesso em: 19 set. 2023.

BARATA, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books .

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA No 2.759, DE 25 DE OUTUBRO DE 2007 Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. Brasília, 2007. Disponível em: <https://bit.ly/3PMughY>. Acesso em 20 Set. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde; OPAS, Organização Panamericana de Saúde; OMS, OMS, Organização Mundial de Saúde. *Princípios Orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas américas*. Brasília: Brasil, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3rdnRTL>. Acesso em 20 Set. 2023.

BRASIL; Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. *Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde*, n.l., v. 51, p. 1–12, 2020.

COSTA, H. A. da .; SILVA, M. M. P. da . Environmental impacts from the national media perspective of the Barragem de Fundão in Mariana, Minas Gerais, Brazil. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 9, n. 10, p. e6869108863, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8863.

COURTENAY W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* n.50 p.1385-401, 2000.

FALKENBERG, M. B.; SHIMIZU, H. E.; BERMUDEZ, X. P. D. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, n. 28, p. 1-9, 2017.

Ferreira, A. L.; Silva, S. C. R.; Cunha, D. P.; Bezerra, M. A. Notas para decolonizar os estudos transpessoais no Brasil: contribuições do pluriperspectivismo participativo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.43, e253624, 2023.

FERREIRA, L. O.. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1151–1159, abr. 2013.

FGV, Fundação Getulio Vargas. Parâmetros e Subsídios para a Reparação dos Danos Socioeconômicos dos Povos Tupiniquim e Guarani em Aracruz (ES) / Fundação Getulio Vargas. – Rio de Janeiro: São Paulo: FGV, 2020. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/grandes-casos/caso-samarco/documentos/fgv/tupiniquim-e-guarani\\_parte-1.pdf](https://www.mpf.mp.br/grandes-casos/caso-samarco/documentos/fgv/tupiniquim-e-guarani_parte-1.pdf). Acesso em 19 Set. 2023.

FGV, Fundação Getulio Vargas. Parâmetros e Subsídios para a Reparação dos Danos Socioeconômicos dos Povos Tupiniquim e Guarani em Aracruz (ES) / Fundação Getulio Vargas. – Rio de Janeiro: São Paulo: FGV, 2020. Disponível em: [https://www.mpf.mp.br/grandes-casos/caso-samarco/documentos/fgv/tupiniquim-e-guarani\\_parte-1.pdf](https://www.mpf.mp.br/grandes-casos/caso-samarco/documentos/fgv/tupiniquim-e-guarani_parte-1.pdf). Acesso em 19 Set. 2023.

Forti, S.; Serbena, C. A.; Scaduto, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.), v. 25, n.4, p.1463-1474, 2020.

FREITAS, C. M. DE . et al. Da Samarco em Mariana à Vale em Brumadinho: desastres em barragens de mineração e Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 5, p. e00052519, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00052519>. Acesso em 19 Set. 2023.

Goiris, F. A. Progresso, desenvolvimento e classes sociais:. *Revista Espaço Acadêmico*, v. 20, n. 225, p. 174-184, 2020.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. DO .; ARAÚJO, F. C. DE . Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 565–574, mar. 2007.

Kamakura, W.; Mazzon, J. A.. Critérios de estratificação e comparação de classificadores socioeconômicos no Brasil. *Revista de Administração de Empresas*, v. 56, n. 1, p. 55–70, jan. 2016.

LIMA, M. R. A. et al. Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet], v. 69, n. 5, p. 840-846, set.-out. 2016.

Lima, E.P.; Assunção, A. A. Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão

sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n. 2, p. 217–230, 2011.

LOPES, Luciano Motta Nunes. O rompimento da barragem de Mariana e seus impactos socioambientais. *Sinapse Múltipla*. Betim: PUC Minas, v. 5, n. 1, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional, Política Urbana e Gestão Metropolitana. Relatório: avaliação dos efeitos e desdobramentos do rompimento da Barragem de Fundão em Mariana-MG. Belo Horizonte: Sedru; 2016. 289 p.

MONTEIRO, Daiane Daitx et al. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020.

OLIVEIRA, M. R. de; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 17, n. 3, p. 469–476, set. 2012.

Panzini, R. G., et al. Brazilian validation of the Quality of Life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Rev. saúde pública*, v. 45 n.1, 153-165, 2011.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005. DOI: 10.1590/S1413-73722005000300019.

Pargament, K. I; Koenig, H. G; Perez, L. M.. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519–543. 2000.

Pereira, A. S., et al. Descrição do coping religioso/espiritual de pacientes neurológicos e sua correlação com a capacidade funcional e depressão. *Fisioter. Bras*, v. 21 n.3, p.244-252, 2020.

PEREIRA, Flávio de Leão Bastos; FONSECA, Talitha Camargo da. Aspectos relacionais sobre o genocídio dos povos nativos – um olhar preventivo para o futuro In: Brasil. Ministério Público Federal. Câmara de Coordenação e Revisão, 6. Povos indígenas : prevenção de genocídio e de outras atrocidades. – Brasília : MPF, p. 153-180, 2021.

PERES, J. F. P.; NEWBERG, A. Neuroimagem e mediunidade: uma promissora linha de pesquisa. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 40, n. 6, p. 225–232, 2013.

PINHEIRO, R. S. et al.. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 687–707, 2002.

Pinto, LP; Soranz, DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p.85-98, 2004.

PONTES, A.L.M., CARDOSO, A.M., BASTOS, L.S., and SANTOS, R.V. Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online].

Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 123- 136. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0.

Ribeiro, CA; Carvalhaes, F. Estratificação e mobilidade social no Brasil: uma revisão da literatura na sociologia de 2000 a 2018. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, 2020. DOI 10.17666/bib9207/2020 Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, 2020. DOI 10.17666/bib9207/2020

SANDES, Luiza Fernandes Fonseca et al. Influência da espiritualidade e religiosidade para a prática da atenção primária à saúde indígena: uma revisão literária. In: 11º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão., 2017, Montes Claros. Anais Online - ISSN: 1806-549x. Montes Claros: UNIMONTES, 2017. v. 1. p. 0-0.

Santos, L. D. et al. Religiosidade e enfrentamento religioso e espiritual de idosos participantes de um centro de convivência. *Ciênc. Cuid. Saúde*, v.19, e45723, 2020.

Sbardelloto, G. et al.. Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, v. 16, n. 1, p. 67–73, jan. 2011.

SILVA , Valdemir de Almeida; CARVALHO , José Jorge de. Saberes antropológicos: memória, ancestralidade e identidade em território indígena Tupinikim no estado do Espírito Santo/Brasil. *JNT- Facit Business and Technology Journal*. n. 38. v. 1. p. 332-344, 2022. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1731>. Acesso em 19 Set. 2023.

Silva, A.C.Z; Silva, A. L.C. Saúde da mulher indígena no Brasil: uma revisão integrativa In: *Amazônia: tópicos atuais em ambiente, saúde e educação*. Editora Científica, 2022. Digital, 2022 - ISBN 978-65-5360-221-2 - Vol. 1, 2022. 2022.

Souza, P. R. B. et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 26, n.1,pp. 2529-2541, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43532020>>.

SOUZA, Talles Jhonattan Elias de. Os impactos ambientais decorrentes do rompimento da barragem em Mariana. *Revista do CNMP*. n.7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.36662/revistadocnmp.i7.106>. Acesso em 19 Set. 2023.

URQUIZA, Antônio Hilário Aguilera; ROCHA, Adriana de Oliveira. O desastre ambiental de Mariana e os Krenak do Rio Doce. *Veredas do Direito*. n.35, v.16, p.191-218, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18623/rvd.v16i35.1507> . Acesso em: 19 Set. 2023.

VASCONCELOS PASCOAL, W.; ZHOURI, A. Os Krenak e o desastre da mineração no Rio Doce. *AMBIENTES: Revista de Geografia e Ecologia Política*, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 360–394, 2021. DOI: 10.48075/amb.v3i2.28271. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/ambientes/article/view/28271>. Acesso em: 19 set. 2023.

VIEIRA, Diovana Renoldi. Diálogos de um desastre: discursos e lógicas de poder no processo de reparação dos danos gerados pelo rompimento da barragem da Samarco. Anais do Seminário de Ciências Sociais PGCS-UFES. v.3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/scs/article/view/21717/14415>. Acesso em 19 Set. 2023