



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA- UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

JENNY ROSE SMOLEN

**Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da
interseccionalidade**

FEIRA DE SANTANA, BA
2016

JENNY ROSE SMOLEN

Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Edna Maria de Araujo

Co-orientador: Prof Dr Nelson Fernandes de Oliveira

FEIRA DE SANTANA – BA

2016

Smolen, Jenny Rose
S645R Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na
perspectiva de interseccionalidade / Jenny Rose Smolen. -
Feira de
Santana, 2016.
121 f. : il.

Orientadora: Edna Maria de Araujo.

Coorientador: Nelson Fernandes de Oliveira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a minha família pelo apoio que ela sempre me deu no tempo que morei no Brasil e estudei na UEFS, e por sempre me apoiar em alcançar os meus sonhos. Dan, a força de nossa parceria me sustentou nos momentos que eu mais precisava. Obrigada a minha “família cubana”, Taimy e Soltan, que me adotou no Brasil, que entendeu como as vezes é difícil morar em outro país, mas que sempre achou um jeito de me fazer sorrir.

Gostaria de agradecer a minha orientadora, Professora Edna Maria de Araújo, que me deu apoio desde o início com a minha idéia de vir ao Brasil estudar na UEFS, que me convenceu a participar da seleção do mestrado, que me inspira com a sua carreira de luta para a população negra, e que é uma pessoa maravilhosa e generosa.

À minha turma—vocês me aceitaram, me abraçaram, e por isso sempre sou grata. Juntos, nós alcançamos sucesso. Tenho vocês no meu coração todo dia, e nossa amizade é uma coisa especial. Tenho uma foto de todos nós ao lado do meu computador para me inspirar no meu trabalho. Se quiserem visitar os Estados Unidos, serão bem-vindos na minha casa!

Obrigada ao Fulbright por aceitar a minha proposta de vir à UEFS e por financiar o meu tempo no Brasil.

Obrigada ao Professor Nelson por compartilhar o seu conhecimento de estatística, e por ler tudo que mandei (mesmo quando era um monte de artigos...).

Obrigada à minha banca, Professora Tânia e Professora Vijaya, por suas sugestões e comentários valiosos.

Obrigada a todos os professores na UEFS, ao Mestrado em Saúde Coletiva, ao Jorge e Goreth... espero que isso seja só o início de mais experiências de intercâmbios para o programa porque foi uma experiência tão rica para mim que quero isso para outros também.

RESUMO

Transtornos mentais causam a maior carga de incapacidade mundialmente, e Transtornos Mentais Comuns (TMC) causam uma carga significativa na comunidade. O Brasil está priorizando a saúde da população negra e a identificação de desigualdades raciais em saúde, mas existem poucos estudos sobre saúde mental no Brasil que incluíram a variável raça/cor da pele como uma variável de análise. Através de uma revisão sistemática, esses estudos foram identificados para entender a relação entre raça/cor da pele e saúde mental. Nenhum estudo realizou análises sobre a interseccionalidade de gênero e raça com saúde mental. O objetivo desse estudo é avaliar a interação entre raça/cor da pele, gênero, e TMC em Feira de Santana, BA. Esse estudo transversal utilizou uma amostra representativa da população de 15 anos ou mais de idade na área urbana de Feira de Santana. Todas as pessoas que se auto classificaram como branca, parda, ou preta foram incluídas na análise. O *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) determinou a presença de TMC. A prevalência de TMC segundo os quatro grupos de raça/gênero (homens brancos, homens negros, mulheres brancas, mulheres negras) foram analisados através de razões de prevalência, calculados por regressão de Poisson. Uma análise de interação foi realizada para examinar a contribuição de interseccionalidade. Os resultados estão apresentados na forma de artigo científico. A revisão sistemática tem o título “Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil”, e o artigo analítico tem o título “A perspectiva de interseccionalidade na pesquisa quantitativa em saúde: uma análise da associação entre as intersecções de raça e gênero e Transtornos Mentais Comuns”. A revisão sistemática mostrou que estudos sobre saúde mental que avaliaram raça/cor da pele muitas vezes usaram instrumentos diferentes e tiveram números pequenos de pessoas negras; mesmo assim, no geral, esses estudos mostraram associação positiva entre a raça/cor da pele negra e transtornos mentais, como depressão. Os resultados do artigo analítico mostraram que mulheres negras tiveram a prevalência mais alta de TMC de todos os quatro grupos de raça/gênero, e quando ajustadas para covariáveis essa prevalência foi significativamente maior: 2,43 vezes maior que em homens brancos. A análise de interação mostrou o valor de utilizar a perspectiva interseccional. A prevalência nas mulheres negras foi maior do que era esperado em uma análise tradicional que trata de raça e gênero como fatores separados e independentes. Entender a prevalência de TMC segundo raça/cor da pele e gênero, e entender a associação entre essas variáveis é essencial para compreender as desigualdades raciais nos TMC e para o Brasil cumprir o direito constitucional à saúde para todos.

Palavras-Chave: raça, cor da pele, gênero, desigualdades raciais, saúde mental, transtornos mentais comuns, interseccionalidade

ABSTRACT

Mental disorders cause the largest burden of disability worldwide, and Common Mental Disorders (CMD) cause a significant burden to the community. Brazil has prioritized the health of Black population and the identification of racial disparities in health, yet few studies on mental health exist in Brazil that use race as a variable of analysis. Through a systematic review of the literature, these studies were identified to understand the association between race and mental health. No studies conducted an intersectional analysis of race and gender. The objective of this study is to examine the interaction between race, gender, and CMD in Feira de Santana, BA. This cross-sectional study used a representative sample of the urban population of 15 years or older in Feira de Santana. All those who self-identified as *branco*, *preto*, or *pardo* were included in the analysis. The Self-Report Questionnaire (SRQ-20) was used to determine the presence of CMD. Prevalence ratios for the four race/gender groups (white men, black men, white women, black women) were calculated using a Poisson regression, and an interaction analysis was performed to assess the contribution of the perspective of intersectionality. The results are presented in the form of journal articles. The systematic review is titled “Race/skin color and mental health disorders in Brazil: a systematic review”, and the analytic article is entitled “The perspective of intersectionality in quantitative health research: an analysis of the association between the intersections of race and gender, and Common Mental Disorders.” The systematic review showed that studies on mental health that assessed race often used different screening tools to identify the mental disorder and had small sample sizes of Afro-Brazilians; despite these problems, the overall trend shows a positive association between race and anxiety and/or depression. The results of the analytic article show that Black women had the highest prevalence of CMD of all the four race/gender groups, and even controlling for potential confounders Black women had a significantly higher prevalence of CMD, 2.43 times that of White men. The analysis of interaction shows the value of the intersectional perspective—that the prevalence seen in Black women is greater than would have been expected if examining race and gender separately. Determining the prevalence of TMC according to race *and* gender, and the association between these is essential to truly understand the racial disparities in CMD and for Brazil to fulfill its constitutional right of health for all.

Keywords: Race, gender, racial disparity, mental health, common mental disorders, intersectionality

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- O Marco Teórico da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde	11
Figura 2 - Os impactos do racismo na saúde	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CSDH	Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde
DALYs	Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAD	Transtorno de ansiedade geral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEPI	Núcleo de Epidemiologia
NCS	Estudo Nacional sobre Co-morbidade
OMC	Organização Mundial da Saúde
PHQ	Patient Health Questionnaire
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SAD	Transtorno de Ansiedade Social
SRQ	Self Report Questionnaire
TMC	Transtornos Mentais Comuns
YLD	Anos de Vida Vividos com Incapacidade
YPLL	Anos Potenciais de Vida Perdidos

SÚMARIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	10
2.1	OBJETIVO GERAL	10
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICOS	10
3	REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1	DESIGUALDADES EM SAÚDE	11
3.1.1	Marco Teórico de Determinantes Sociais da Saúde	11
3.1.2	A perspectiva interseccional	14
3.1.3	Raça/cor da pele nas pesquisas em saúde	16
3.1.4	Categorização racial	17
3.1.5	Raça/cor da pele e posição socioeconômica	19
3.1.6	Racismo e discriminação	21
3.1.7	Gênero e saúde	22
3.1.8	Raça/cor da pele e desigualdades em saúde no Brasil	24
3.2	RAÇA/COR DA PELE, GÊNERO E SAÚDE MENTAL	27
3.2.1	A carga dos transtornos mentais	27
3.2.2	Desigualdades raciais em transtornos mentais	28
3.2.3	Raça/cor da pele, condições socioeconômicas e saúde mental	29
3.2.4	A perspectiva de interseccionalidade—raça/cor da pele, gênero e saúde mental	32
3.3	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS	35
3.3.1	Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns	36
4	METODOLOGIA	38
4.1	REVISÃO SISTEMÁTICA	38
4.1.1	Estratégia de busca	38
4.1.2	Critérios de inclusão e exclusão	39
4.1.3	Avaliação de qualidade	40
4.2	ESTUDO TRANSVERSAL	41
4.2.1	População de estudo	41

4.2.2	Universo de estudo	41
4.2.3	Instrumento de Coleta de Dados	42
4.2.4	Definição das Variáveis	42
4.2.5	Análise dos Dados	45
4.2.6	Considerações Éticas	46
5	RESULTADOS	47
5.1	Artigo 1	47
5.2	Artigo 2	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95
	APENDICES	
	INSTRUMENTO DE PESQUISA	105
	TCLE	116
	APROVAÇÃO DO USO DE BANCO DE DADOS	117
	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	118

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é fundamental escrito na Constituição Brasileira. O Artigo 196 da Constituição de 1988 garante que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Mesmo com essa garantia, é evidente que as desigualdades sociais em saúde persistem no Brasil. Existe uma longa tradição da pesquisa sobre desigualdades sociais no Brasil (ALMEIDA-FILHO et al, 2003), mas só recentemente é que têm sido realizadas pesquisas sobre desigualdades em saúde segundo raça/cor da pele. As evidências mostram que existem no Brasil desigualdades em saúde segundo a raça (PAIXÃO et al, 2010).

Um dos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), elaborada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, é identificar as necessidades da saúde da população negra e utilizar essa informação como critério de planejamento e definição de prioridades. No entanto, relativamente, pouca pesquisa existe no Brasil com dados sobre raça/cor da pele, então, relativamente pouco é sabido sobre as necessidades de saúde dessa população. De fato, outro objetivo dessa política é fomentar a realização de estudos sobre o racismo e saúde da população negra (BRASIL, 2007). As pesquisas existentes sobre a saúde da população negra ou sobre desigualdades raciais tendem a focar na saúde física, mas é a saúde mental quem cria a maior carga de incapacidade e morbidade no mundo. Globalmente, transtornos da saúde mental e abuso de drogas e álcool contribuem para a proporção maior de Anos de Vida Vividos com Incapacidade (YLD) (WHITEFORD et al, 2013), e no Brasil doenças neuropsiquiátricas contribuem para a maior proporção de YLD e também Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALYs) (SCHRAMM et al, 2004). Transtornos Mentais Comuns (TMC), que consistem de sintomas de depressão ou ansiedade e sintomas psicossociais, são importantes porque causam uma carga de sofrimento, custo à sociedade, mas nem sempre estão identificados (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Para implementar a PNSIPN e melhorar as condições da saúde da população negra, pesquisas deveriam ser feitas sobre o seu estado da saúde e fatores contribuintes associados com a raça/cor da pele. Raça/cor da pele não deveria ser

considerada uma variável biológica com efeitos biológicos na saúde—a categorização racial é um processo social e histórico (COOPER; DAVID, 1986; WINANT, 2000), e essa categorização pode sim afetar a saúde. De acordo com o marco teórico dos “Determinantes Sociais de Saúde,” raça/cor da pele influencia a saúde pela posição socioeconômica—um padrão visto no Brasil, pela existência de marcadas desigualdades na educação, analfabetismo, pobreza e taxas de mortalidade segundo a raça/cor (BRASIL, 2007). Raça/cor da pele também pode afetar a saúde pelas experiências de discriminação (WILLIAMS, 1999; KRIEGER, 2003b). Ambos os caminhos—baixa posição socioeconômica e experiências de discriminação—podem causar estresse, levando, assim, a uma maior prevalência de transtornos mentais (TURNER; AVISON, 2003). A perspectiva de interseccionalidade aprofunda essa questão com a ênfase que identidades sociais não são independentes, então a intersecção de raça com gênero pode levar a um efeito diferente do que cada uma dessas características separadamente, um efeito não necessariamente aditivo—uma pessoa pode sofrer desvantagem por causa da presença de mais de um fator ao mesmo tempo. Por exemplo, uma análise que meramente ajuste um para examinar o outro iria perder esse efeito (BOWLEG, 2012). Os resultados de um estudo feito no Brasil já apontou a necessidade de testar a interação de gênero com raça nos estudos sobre saúde mental—já que não se observou associação entre raça e transtornos depressivos no global, mas essa associação existiu nas mulheres (ALMEIDA-FILHO et al, 2004).

A maioria das pesquisas feitas sobre raça e saúde mental foi realizada nos Estados Unidos, e mostrou resultados conflitantes (WARHEIT et al 1975; VEGA; RUMBAUT, 1991; KESSLER et al, 1994; ASNAANI et al, 2010). Cabe destacar que por causa da natureza cultural e contextual específica da categorização racial e os relacionamentos entre raça/cor da pele e a saúde, não pode ser assumido que os padrões achados nos Estados Unidos e no Reino Unido podem ser aplicados ao contexto brasileiro. Diferenças importantes já foram achadas nas interações entre condições socioeconômicas e saúde mental nos países em desenvolvimento em comparação com países desenvolvidos (LUDERMIR; LEWIS, 2001; ARAYA et al, 2003). Na literatura internacional, existem poucas pesquisas que examinam

rigorosamente o relacionamento entre raça/cor da pele e gênero para entender como essas variáveis interagem e produzem efeitos sobre a saúde mental. Existem menos pesquisas ainda que utilizam a perspectiva de interseccionalidade no contexto brasileiro.

Para alcançar os objetivos da PNSIPN, primeiro é necessário identificar a carga de TMC na população negra. Mas, pesquisas cuidadosas devem ultrapassar a mera identificação de desigualdades fazendo uso de análises aprofundadas para entender as nuances e interações dessas desigualdades e as suas implicações para o planejamento e políticas da saúde (JONES, 2001; KILBOURNE et al, 2006). Tendo em vista a escassez de estudos nessa direção, as seguintes perguntas de investigação conformam o escopo deste estudo.

1. O que a literatura diz sobre a relação entre raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil?
2. Qual é a prevalência de TMC nos quatro grupos de raça/cor da pele e gênero (as intersecções)?
3. Existe interação entre raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns?

O objetivo desse estudo é avaliar a interação entre raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns (TMC) na perspectiva de interseccionalidade.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a interação entre raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns (TMC) na perspectiva de interseccionalidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar revisão sistemática da literatura sobre estudos de raça/cor da pele e transtornos mentais (ansiedade, depressão, sintomas depressivos) no Brasil
- Comparar a prevalência de TMC segundo a intersecção de raça e gênero

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DESIGUALDADES EM SAÚDE

Segundo Kilbourne et al (2006), existem três diferentes fases da pesquisa sobre o entendimento de desigualdades em saúde:

1. Detecção
2. Entendimento
3. Redução/Eliminação

Na fase da detecção, os pesquisadores definem as desigualdades em saúde por mostrarem as diferenças significativas no estado da saúde em populações vulneráveis, medir essas desigualdades e considerar possíveis fatores de confundimento. Essa fase é fundamental para mostrar a existência das desigualdades, antes que os pesquisadores possam avançar para as entender e eliminar. Esse trabalho tem o objetivo de alcançar as duas primeiras fases. Sem elas, o terceiro não pode nem ser tentado.

Embora a pesquisa internacional, a maioria dos Estados Unidos, mostrou evidência de desigualdades em saúde segundo raça/etnia, a literatura brasileira que examina desigualdades segundo a raça/cor da pele é ainda incipiente—raça/cor da pele não foi incluída nos Sistemas de Informação sobre Mortalidade e Nascimentos até 1995/1996 (CHOR; LIMA, 2005). Apesar das evidências mostrando desigualdades em mortalidade e esperança de vida segundo raça/cor da pele, dentre outras situações em saúde, a maioria das pesquisas de desigualdades em saúde no Brasil, na fase um (1), ainda não foi explorada (CHOR; LIMA, 2005). Existe poucos estudos avaliando as desigualdades raciais em saúde mental no Brasil.

3.1.1 O MARCO TEÓRICO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Há muito tempo, as desigualdade em saúde têm sido um foco da pesquisa, sejam desigualdades segundo a situação socioeconômica, a classe social, ou gênero. Entender os fatores que causam ou contribuem para essas desigualdades é complexo, e recentemente o interesse dos pesquisadores se virou para o marco teórico de

determinantes sociais de saúde para decifrar os fatores que contribuem para as desigualdades em saúde.

A Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (CSDH) da Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que “desigualdades em saúde provêm de padrões de estratificação social...da distribuição sistematicamente desigual do poder, prestígio, e recursos entre grupos da sociedade” (SOLAR; IRWIN, 2010, tradução nossa). O marco teórico dos determinantes sociais de saúde pretende elucidar os processos causais dessa estratificação social em níveis diferentes (do indivíduo, da sociedade) e nas várias dimensões (econômica, social, política) (SOLAR; IRWIN, 2010, p.23).

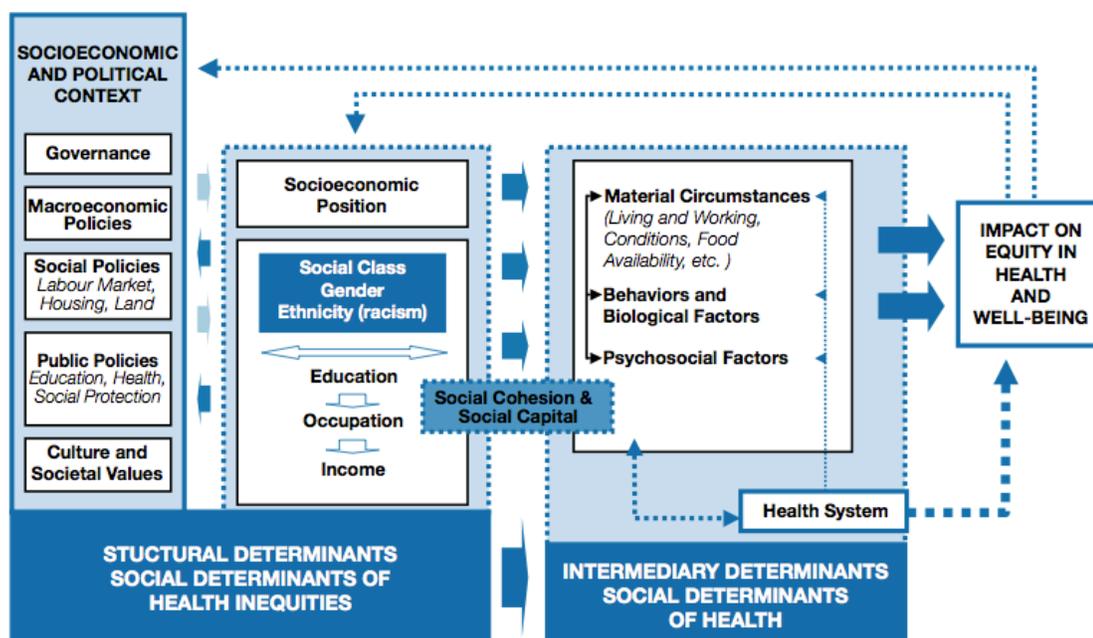


Figura 1. Marco Teórico da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde, 2010

Fonte: SOLAR; IRWIN, 2010

Os determinantes estruturais incluem o contexto socioeconômico e político. Embora seja difícil operacionalizar essas variáveis para pesquisa, é conhecido que o contexto da sociedade tem um profundo efeito nos padrões da estratificação social, e, portanto, para as oportunidades de saúde disponíveis. A outra categoria entre os determinantes estruturais é a posição socioeconômica, e essa é o determinante social

de saúde de destaque entre os pesquisadores; por esse motivo é marcadamente usado na pesquisa sobre desigualdades em saúde.

A posição socioeconômica não é constituída apenas por uma variável, mas inclui os indicadores de educação, ocupação, e renda; o marco teórico sugere o uso desses três indicadores em conjunção, porque cada um se relaciona com a saúde de maneira separada, mesmo que de forma relacionada (SOLAR; IRWIN, 2010). Renda refere-se às circunstâncias materiais, e o poder de se pagar para meios que promovem ou mantêm a saúde. Ocupação é relacionada à renda, mas também tem implicações sobre status social e poder; educação é relacionada a ambas, renda e ocupação, mas também refere-se ao conhecimento—inclusive o conhecimento de cuidar do corpo e manter um estilo de vida saudável (SOLAR; IRWIN, 2010). No contexto desse trabalho, o termo “condições socioeconômicas” vai ser usado como uma aproximação desses três fatores. A posição socioeconômica nesse marco teórico abrange a classe social, o gênero, e a raça/cor da pele/etnia como fatores que influenciam as condições socioeconômicas. Como raça/cor da pele é uma variável de interesse desse estudo, será detalhado mais adiante como essa variável se relaciona com os outros determinantes da posição socioeconômica.

Os determinantes intermediários do marco teórico referem-se aos caminhos que são afetados pelos determinantes estruturais em saúde, e influencia fatores no nível individual como comportamento relacionado à saúde e fatores psicológicos. É possível chegar a conclusão que essas comportamentos e escolhas do indivíduo afetam a saúde, então para melhorar a saúde o mais importante é educar o indivíduo—mas esse marco teórico mostra como esses comportamentos e escolhas, na verdade, não estão completamente dentro do controle do indivíduo porque são influenciados pelos determinantes estruturais. Enquanto renda/educação/ocupação, de modo geral, tocam na idéia da posição socioeconômica, as circunstâncias materiais aplicam-se aos determinantes intermediários como moradia, condições de comprar comida, roupas, e o ambiente físico—coisas que estão mais proximamente relacionados à saúde. Similarmente, a posição socioeconômica pode afetar a saúde por fatores psicossociais como o tabagismo, a dieta, e o consumo de álcool (SOLAR; IRWIN, 2010).

3.1.2 A PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

A maioria das pesquisas sobre desigualdades em saúde foca em um dos fatores da posição socioeconômica mencionado no modelo de determinantes sociais de saúde. Pesquisadores estudaram saúde segundo gênero, renda, escolaridade, raça/cor da pele—mas essas análises, no geral, focam em um só fator de desvantagem de cada vez, separado e independente dos outros fatores. A perspectiva de interseccionalidade argumenta que identidades sociais não são mutuamente exclusivas, então estudá-las como se fossem independentes implica perda da complexidade e as nuances das intersecções entre identidades (BOWLEG, 2012).

O termo “interseccionalidade” apareceu pela primeira vez no trabalho do jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw, mas o conceito já existia há muitos anos (BOWLEG, 2012). A idéia de interseccionalidade originou-se com a intersecção de raça e gênero. Na fala de Sojourner Truth no Congresso de Mulheres de 1851, intitulado “Não sou uma mulher?” (*Ain't I a woman?*), ela chamou atenção ao fato de que as discussões de direitos das mulheres e as normas de como tratar mulheres não incluíram mulheres negras como mulheres. Crenshaw (1991) tomou o assunto de novo, mostrando como os movimentos feministas e anti-racistas lidaram com as diferenças entre grupos, mas não davam conta das diferenças dentro de um grupo; a experiência interseccional de uma mulher negra não foi considerada.

Embora interseccionalidade foi concebida no movimento do Feminismo Negro (*Black Feminism*), com a intersecção específica de raça e gênero, agora o conceito se ampliou para incluir várias outras categorias de desvantagem social, como classe social, status de imigrantes e sexualidade (HANKIVSKEY et al, 2010; BOWLEG, 2012; WALBY, 2012; HIRATA, 2014). A perspectiva foi aplicada, inicialmente, nas ciências sociais, estudos sobre mulheres, e estudos de direito—com metodologia qualitativa—mas desde então tem crescido em popularidade e tem sido aplicado na psicologia e saúde pública (KELLY, 2009; BOWLEG, 2012). Interseccionalidade continua sendo utilizada como uma perspectiva para pesquisa qualitativa, inclusive de pesquisa baseada na comunidade, embora pesquisadores na área de saúde começaram a tentar captar intersecções pelo uso de análise quantitativa (MCCALL, 2005; KELLY, 2009; HANKIVSKY et al, 2010).

Dentro dos princípios da interseccionalidade é que identidades sociais não são nem independentes, nem hierarquizadas. Nenhuma identidade social, seja de raça, gênero, classe social, etc., é mais importante do que outra. Essa perspectiva procura examinar as intersecções de varias identidades sociais em vez de examinar cada uma separadamente com a suposição que elas funcionam de uma maneira aditiva—a intersecção de raça, gênero, e posição socioeconômica, por exemplo, de uma mulher negra de baixa renda, não é a mesma coisa que adicionar separadamente os efeitos de ser mulher, ser negra e ser de baixa renda (HANKIVSKY et al, 2010; BOWLEG, 2012).

Apesar de a literatura sobre interseccionalidade usar termos como "aditivo", "efeito" e "interação", a perspectiva vem das Ciências Sociais e esses termos são usados no senso teórico e não devem ser interpretadas no senso estatístico (BAUER, 2014). A perspectiva de interseccionalidade aponta uma das fraquezas de análise quantitativa multivariável que examina a associação principal (por exemplo, raça e hipertensão) ajustado para as covariáveis (renda, gênero, etc.)—esse tipo de análise, por natureza, não pode captar o que acontece nas intersecções (mulheres negras, homens de baixa renda). Um desafio atual da interseccionalidade refere-se a realizar a análise quantitativa interseccional, especialmente quando trata de analisar mais de dois eixos ao mesmo tempo (MCCALL, 2005; BOWLEG, 2008).

Essa perspectiva é necessária para reduzir/eliminar desigualdades em saúde, já que métodos analíticos atuais não são suficientes para realmente entender as causas das desigualdades em saúde (KELLY, 2009). A maioria das análises quantitativas não examina as diferenças de desvantagem dentro dos grupos, ou como desigualdades podem ser ampliadas (ou potencialmente reduzidas) nas intersecções de identidades sociais.

3.1.3 RAÇA/COR DA PELE NAS PESQUISAS EM SAÚDE

De acordo com a perspectiva de interseccionalidade, nenhuma identidade social é privilegiada sobre as outras. Mas ainda existe muita confusão sobre a relação entre raça e saúde, que necessita explicações de vários conceitos relacionados com raça na pesquisa em saúde.

Raça pode ser definida como “um conceito que significa e simboliza os conflitos e interesses sociopolíticos na referencia de diferentes tipos de corpos humanos” (WINANT, 2000, tradução nossa). Raça não é biológico, embora é obvio que têm características baseados em biologia (fenótipos) que seres humanos usam para categorizar a raça dos outros (COOPER; DAVID, 1986; GOODMAN, 2000). Mas, a determinação das categorias diferentes da raça, e os fenótipos que determinam cada categoria são “sempre e necessariamente um processo social e histórico” (WINANT, 2000, tradução nossa). Muntaner (1996) argumenta contra o determinismo biológico como a explanação para diferenças no estado da saúde segundo a raça quando aponta que as experiências vividas pelos grupos raciais ou etnias são diferentes. Embora existem *expressões racializadas da biologia*, que Krieger refere “como traços arbitrários biológicos são incorretamente interpretados como marcas de distinções inatas ‘raciais’”, as pesquisas sobre raça/cor da pele e saúde mental tratam das *expressões biológicas de relações entre as raças*. Esse termo refere-se as “exposições nocivas, físicas e psicossociais, por causa do racismo [que] afetam nossa biologia de uma maneira adversa” (KRIEGER, 2003b, p.192, tradução nossa).

Raça não é um construto biológico, mas a raça, ou seja, como uma pessoa é tratada por causa do seu pertencimento étnico racial, pode afetar o estado da saúde por meio das relações raciais dentro da sociedade em que uma pessoa está inserida (KRIEGER, 2003b). Tanto gênero quanto raça/etnia são determinantes sociais de saúde, e, assim, podem contribuir significativamente à posição socioeconômica. Nos países onde existem discriminação individual e sistemática por raça ou gênero, o gênero ou a raça da pessoa pode ter um efeito nas oportunidades e status dessa pessoa (SOLAR; IRWIN, 2010). Jones (2001) argumenta que raça, como uma variável da pesquisa, é mais do que somente uma *proxy* para a classe social, a cultura, e os genes. Raça está associada com todos esses fatores, mas a raça pode predizer o

estado da saúde porque é uma classificação predominantemente social. Raça é determinada culturalmente: a classificação da raça de uma pessoa pela sociedade pode ser feito diferentemente nos Estados Unidos e no Brasil (como será explorado mais profundamente adiante), e nas culturas, as classificações das raças podem mudar com o tempo. Raça é contextual, mas confere diferenças verdadeiras na vida; raça “governa a distribuição dos riscos e das oportunidades na nossa sociedade” (JONES, 2001, p. 300, tradução nossa). Jones está se referindo aqui a sociedade nos Estados Unidos, mas o argumento pode ser trazido para o Brasil, já que este é muito mais consciente da raça do que parece. Raça é, conseqüentemente, importante como uma variável da pesquisa na busca do entendimento sobre o estado da saúde porque serve como *proxy* para a exposição ao racismo.

3.1.4 CATEGORIZAÇÃO RACIAL

Embora a literatura internacional sobre desigualdades raciais em saúde é comparável no senso que esses estudos tendem a mostrar desigualdades segundo posição socioeconômica, experiências de discriminação e racismo, etc., não pode ser ignorado que raça é um construto social, histórico, e cultural—então os resultados de um estudo sobre raça num país não podem ser generalizados a outro. Não se pode extrapolar os resultados de um estudo sobre Afro-Americanos nos Estados Unidos para os Afro-Brasileiros—mas podem dar idéia aos pesquisadores, a estudarem se também existe desigualdade em saúde no Brasil. Além da possibilidade de que a discriminação e a conexão entre raça e posição socioeconômica tenha efeito na saúde, no Brasil, diferente dos Estados Unidos, a variável de interesse não é comparável—raça é categorizada diferentemente nos Estados Unidos e no Brasil. O conceito de raça no Brasil é mais relacionado com a cor da pele e traços faciais do que ancestralidade (HERINGER, 2002). Por exemplo, nos estudos feitos nos Estados Unidos, raça é geralmente referida como “raça/etnia”, e como foi definido pelo Departamento de Gestão e Orçamento em 1997, existem cinco categorias raciais (Índio Americano ou Nativo de Alaska; Asiático; Preto ou Africano-Americano; Nativo Havaiano ou outro das Ilhas do Pacífico; Branca) e duas categorias de etnia (Hispânico ou Latino; Não-Hispânico ou Não-Latino). No censo dos Estados Unidos, pode-se selecionar mais de

uma categoria para que pessoas de várias etnias possam selecionar todas as categorias a que pertencem (TRAVASSO; WILLIAMS, 2004).

No Brasil, estudos que usam raça como uma variável não avaliam raça/etnia, mas raça/cor da pele. O Censo sempre usou cor da pele na seção de perguntas referentes à raça (TRAVASSOS; WILLIAMS, 2004). A história de miscigenação no Brasil resultou em uma grande porção da população multirracial, então tem uma categoria própria—diferente dos Estados Unidos. A categorização correntemente usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é Preta, Branca, Amarela, Parda e Indígena. Indígena é a única categoria que aproxima etnia, e segundo Travassos e Williams (2004) essa categoria pode representar traços físicos, ancestralidade ou etnia, uma identidade do grupo, ou uma combinação desses fatores. No Censo de 2010, 47,7% da população classificou-se como branca, 7,6% como preta, 1,1% como amarela, 43,1% como parda, e 0,4% como indígena (IBGE, 2014a). Na Bahia, uma proporção menor classificou-se como branca (22,2%), enquanto uma proporção maior classificou-se como preta (17,1%) ou parda (59,2%) (IBGE, 2014b).

Em função da ambigüidade na classificação da raça/cor da pele no Brasil, pesquisadores como Nelson do Valle Silva e Carlos Hasenbalg, usando o sistema de cinco categorias do IBGE, agrupam pretas e pardas juntos para criar o grupo de “negra” (HERINGER, 2002). Essa classificação sustenta-se no fato de que uma binária de negro/branco é necessária porque a “emancipação dos Afro-Brasileiros precisa uma polarização maior do que existe no Brasil”, mas Travassos e Williams (2004) também argumentam que é inapropriado incluir o grupo de parda com preta na pesquisa em saúde coletiva, se não for por razões de homogeneidade dos dados. Mas no estudo de Maio et al (2005) que comparou auto-classificação (uma pergunta aberta) com as respostas de uma pergunta fechada (usando a classificação do IBGE), juntar as categorias preta e parda capturará grande maioria das pessoas que classificaram-se como negras.

3.1.5 RAÇA/COR DA PELE E POSIÇÃO SOCIOECONÔMICA

O que complica o entendimento do relacionamento entre raça e saúde é a sobreposição entre raça e situação socioeconômica. Em diferentes países, inclusive os Estados Unidos, que produz significativa literatura nesse assunto, e o Brasil, onde os dados desse estudo foram coletados, existe uma forte associação entre raça e condições socioeconômicas. Algumas desigualdades em saúde, depois do ajuste estatístico para condições socioeconômicas, desaparecem ou perdem a significância estatística. Mas isso não significa que não é necessário usar a variável raça/cor da pele. Se, em um estudo ou numa população, as condições socioeconômicas deram conta da diferença em saúde segundo raça/cor da pele, é possível que raça seja um mero confundidor e não precisaria mais análise ou estudos. Mas, como visto no marco teórico de CSDH, raça é um determinante social de saúde porque é consistente que raça determina posição socioeconômica. Portanto, não é um estudo só, ou uma população só, que mostra que a população negra tem condições socioeconômicas piores. É um padrão persistente visto dentro e através dos países.

Nos Estados Unidos, Afro-americanos têm, em média, um menor nível de escolaridade—e por esse baixo nível de escolaridade, eles ganham um salário menor do que os americanos brancos. Uma proporção maior dos Afro-americanos vive na pobreza, ou próximo da linha da pobreza (LILLIE-BLANTON; LAVEIST, 1996). No Brasil, a taxa de analfabetismo nos adultos maiores de 15 anos em 2008 foi 118,4% maior nas pretas/pardas do que nas brancas (PAIXÃO et al, 2010). Uma revisão da literatura sobre o Brasil mostrou desigualdades na infra-estrutura urbana segundo raça/cor da pele: morar numa residência sem coleta de lixo, eletricidade, ou drenagem de esgoto era predominante entre pessoas negras; também o estudo mostrou desigualdades no índice de desenvolvimento humano calculado, renda, desemprego e acesso à educação—uma desigualdade que persistiu mesmo que o nível de escolaridade no Brasil tendo aumentado (HERINGER, 2002).

Em vez de considerar ou raça ou condições socioeconômicas (ou considerar uma como *proxy* para a outra), os estudos devem considerar ambas. Isso é especialmente necessário quando a relação entre as duas variáveis contém nuances. Estudos mostram que a associação entre raça/cor da pele e condições

socioeconômicas pode variar dependendo do nível da situação socioeconômica—Krieger et al (1993) mostraram que as diferenças entre as raças aumentaram quando o nível de status socioeconômico aumentou. Essa tendência também existe no Brasil, onde a diferença da renda entre as raças aumenta nos níveis superiores de educação (HERINGER, 2002). Smith (2000) aponta que as variáveis de condições socioeconômicas podem ter significados diferentes a depender do grupo racial ou etnia. Por exemplo, nos Estados Unidos, o nível de escolaridade tem um diferente retorno em termos de renda e situação ocupacional a depender do grupo racial. Renda também traduz os níveis de poder de compras a depender do grupo racial. No Brasil, como a categorização racial ocorre com base na cor da pele, diferenças nas condições socioeconômicas por raça podem ser causadas, em parte, porque a posição social pode influenciar a forma como uma pessoa classifica a sua raça. A expressão “dinheiro embranquece” descreve o fenômeno que brasileiros com uma renda maior e com fenótipos de preto tendem a se classificar (e ser classificado pelos outros) nas categorias mais claras (TELLES; LIM, 1998; MAIO et al, 2005). Travassos e Williams (2004) alertam que isso é a maior relevância para estudos transversais que analisam raça e posição socioeconômica no mesmo ponto do tempo.

Como o marco teórico da CSDH aponta, variáveis sobre condições socioeconômicas têm importância porque referem-se aos determinantes intermediários da saúde—então, os pesquisadores devem levar em consideração que as mesmas variáveis podem resultar em níveis diferentes dos determinantes intermediários da saúde de um grupo para o outro. Quando desigualdades em saúde segundo raça/cor da pele são mostradas, ajustar por condições socioeconômicas tende a reduzir, mas não necessariamente eliminar, a diferença. Algumas desigualdades raciais em saúde podem ser causadas inteiramente pela distribuição diferencial dos fatores sociais e econômicos—mas explorar outros fatores potenciais que podem contribuir para a diferença restante é um foco importante e necessário.

3.1.6 RACISMO E DISCRIMINAÇÃO

Se raça é um construto social, e ainda existem diferenças significantes no estado da saúde, o que está causando essas diferenças? Se não é por causa da classe socioeconômica, e raça não é biológica, então porque ainda existem essas desigualdades? Muitos autores iriam responder: racismo. Uma vez que raça em si é um construto social, pode afetar a saúde no meio de experiências de discriminação ou racismo, chamado *expressões biológicas de relações entre as raças* (KRIEGER, 2003b).

Jones (2000) categoriza racismo em três níveis: O institucionalizado, o mediado pessoalmente e o internalizado. *Racismo institucionalizado* é definido como “acesso diferenciado aos produtos, serviços, e oportunidades na sociedade segundo raça” (JONES, 2000, p. 1213, tradução nossa). Embora condições socioeconômicas são freqüentemente apontadas como um fator confundidor no link entre raça e saúde, raça também faz parte do processo causal desse caminho (COOPER; DAVID, 1986). Não é por acaso que uma proporção maior dos grupos vulneráveis raciais ou étnicas tem um menor nível de escolaridade, em média (NAZROO, 2003). Raça, por racismo—seja individual, como no processo de contratar, ou institucional, como nas políticas discriminatórias—é um “antecedente e determinante” de classe socioeconômica (WILLIAMS, 1999).

O *racismo mediado pessoalmente* é definido como preconceito e discriminação nas interações interpessoais, em que a pessoa reconhece que a outra está tratando-a diferentemente por causa da sua raça/cor. Essa é a experiência cotidiana de racismo que é mais reconhecida. O *racismo internalizado* é definido como a “aceitação pelos membros de raças estigmatizadas de mensagens negativos sobre as próprias habilidades e o valor intrínseco deles” (JONES, 2000, p. 1213, tradução nossa). Figura Todos esses três níveis podem afetar a saúde, e principalmente a saúde mental (WILLIAMS, 1999). Figura 2 mostra possíveis caminhos entre esses três níveis e a saúde: o racismo mediado pessoalmente pode afetar comportamento relacionado à saúde; o racismo institucionalizado pode afetar a posição socioeconômica e o acesso a sistema de saúde; e o racismo mediado pessoalmente pode afetar o nível de estresse e tratamento diferenciado (JONES, 2001).



FIGURE 2 The impacts of racism on health, illustrating the relation between institutionalized racism, personally mediated racism, and internalized racism and various factors that contribute to race-associated differences in health outcomes. SES, socioeconomic status.

Figura 2. Os impactos do racismo na saúde

Fonte: JONES, 2001

3.1.7 GÊNERO E SAÚDE

Quando trata de saúde, existem dois possíveis mecanismos que podem causar efeitos diferenciados entre mulheres e homens—o biológico e o social. As características que são inerentemente biológicas são relacionadas ao “sexo”, enquanto as que são associadas às normas social e culturalmente definidas são relacionadas ao “gênero” (KRIEGER, 2003a). Historicamente, a perspectiva prevalente era que todas as diferenças em desfechos de saúde entre homens e mulheres poderiam ser explicados por diferenças biológicas. Essa perspectiva diz que mulheres eram biologicamente determinadas a cumprir certos papéis sociais, que elas eram inerentemente mais “domesticas” e menos agressivas que homens, e isso contribuiu para as diferenças em saúde.

Hoje em dia, reconhecemos os erros dessa perspectiva, e destacamos entre diferenças verdadeiramente biológicas—como o fato que mortalidade perinatal é menor em infantes femininas que infantes masculinos—e diferenças socialmente construídas (KRIEGER et al; 1993). Para clarificar a terminologia, pesquisa sobre problemas de saúde causados pelas diferenças biológicas deve usar o termo “sexo”, e pesquisa sobre problemas de saúde causados ou influenciados pelas normas, comportamentos, ou papéis sociais deve usar o termo “gênero”. Mesmo assim, traços biológicos podem ser

expressados diferencialmente por causa das relações sociais de gênero: Krieger (2003a) dá o exemplo que mulheres que sofrem uma maior privação econômica durante a vida podem entrar na perimenopausa mais cedo. As relações sociais de gênero determinam vulnerabilidade—mulheres ganham menos que homens, pelo geral—e isso influencia a expressão da biologia de menopausa.

Existem desigualdades de gênero em saúde—mulheres, no geral, têm um pior estado de saúde em comparação com homens. Elas têm uma taxa menor de mortalidade (WALDRON, 1967) mas, elas tem uma maior prevalência de doenças que homens—inclusive de doenças crônicas e transtornos mentais (DENTON; PRUS; WALTERS; 2004; PICCINELLI; WILKINSON, 2000). Esse padrão existe em muitos países do mundo, desenvolvidos e em desenvolvimento (OSTLIN; GEORGE; SEN, 2001) e foi mostrado no Brasil por Barreto e Figueiredo (2009). Segundo Denton, Prus, e Walters (2004), o padrão de doença por gênero tem vários fatores contribuintes: a estrutura social e determinantes psicossociais contribuem mais para a padrão de doença nas mulheres, enquanto determinantes comportamentais (como comportamentos de risco à saúde) contribuem mais para o padrão de doença nos homens.

Ostlin, George e Sen (2001) explica que as desigualdades em saúde por gênero têm duas dimensões—as necessidades biologicamente específicas que são atendidos de maneira desigual (como as necessidades de parto que leva a mortalidade materna) e as relações sociais de gênero desiguais que levam a desigualdades em saúde e atenção à saúde. Como apontado no marco teórico de CSDH, gênero (como raça/etnia) é um determinante social e determina posição socioeconômica: as desigualdades de relações sociais têm o resultado que existem diferenças em renda e recursos por mulheres em comparação com homens (SOLAR; IRWIN, 2010). A divisão do trabalho contribui para a saúde segundo o efeito sobre renda, mas também contribui em si para o estado de saúde—tradicionalmente, as mulheres foram responsáveis pela família e as cargas domésticas e os homens por trabalhar fora da casa. Hoje as mulheres também trabalham fora de casa, mas no geral ainda tem o papel de cuidar da família e da casa—a mulher precisa conciliar esses papéis e esses trabalhos (HIRATA; KERGOAT; 2007). As Mulheres estão mais prováveis a terem experiência de violência física ou

emocional que homens (SILVA, 2014) e também podem enfrentar discriminação de gênero nos níveis individual e institucional (SOLAR; IRWIN, 2010). Tomando em consideração que a perspectiva interseccional trata de identidades sociais, desvantagem e desigualdade, o mais apropriado é usar o termo gênero.

Mesmo que existam estudos sobre discriminação de gênero e o efeito sobre saúde, é difícil medir discriminação de uma perspectiva interseccional porque na vida cotidiana nem sempre é possível determinar a causa de discriminação. Bowleg (2008) descreve um estudo qualitativo sobre mulheres negras que são lésbicas. Quando foram questionadas sobre discriminação, as participantes falaram sobre experiências de discriminação, mas nem todas sabiam se a discriminação foi por causa da raça, gênero, ou sexualidade.

3.1.8 RAÇA/COR DA PELE E DESIGUALDADES EM SAÚDE NO BRASIL

Jones (2001) descreve a prática de epidemiologistas na abordagem de raça/cor da pele na pesquisa. O primeiro passo no caminho é decidir se coleta ou não dados sobre raça/cor da pele—e é nesse passo que muitos pesquisadores brasileiros saem do caminho. Relativamente poucas pesquisas foram realizadas no Brasil sobre desigualdades em saúde segundo a raça/cor da pele, principalmente porque pesquisadores não incluem uma pergunta sobre raça/cor da pele nos instrumentos de coleta de dados. Chor e Lima (2005) atribuem isso a três potenciais hipóteses: aceitação do “mito de democracia racial”; dificuldades em classificar raça/cor da pele e a oposição entre classe social e raça/cor da pele.

Mesmo que o Brasil nunca tenha tido uma política legal ou formal de segregação racial, raça teve (e tem) influência na sociedade brasileira—existem desigualdades claras (HERINGER, 2002; LOPES, 2005). A população negra e indígena tem os piores indicadores de mortalidade, mesmo em termos de distribuição por idade e em termos de magnitude de óbitos por causas evitáveis (CHOR; LIMA, 2005). Batista et al (2004), examinando a mortalidade em São Paulo de 1999-2002, categorizaram causas de óbito como “óbitos por doença” e “óbitos por não doença.” Óbitos por não doença foram devidos a causas externas, e óbitos por doença foram aqueles devidos a causas que não deveriam levar pessoas à óbito—como transtornos mentais, transtornos

nutricionais, óbitos relacionados a gravidez e parto, etc. Examinando o perfil de mortalidade das brancas em comparação com pretas e pardas, Batista et al (2004) acharam uma clara distinção entre a “morte branca” que é causada por doença, e a “morte negra” que é causada por infortúnios. A curva de Nelson-Moraes para pretas e pardas é parecida com a de brancas e amarelas, mas houve uma diferença marcante— a mortalidade dos jovens e jovens-adultos (20-49 anos de idade) foi cerca de duas vezes maior dentre as pretas e pardas (CHOR; LIMA, 2005). Em Salvador, a capital da Bahia, foi evidenciado que negros morrem mais cedo, e perdem 12,2 vezes mais Anos Potenciais de Vida Perdidos (YPLL) por causa de homicídio do que brancos (ARAÚJO et al, 2009). Analisando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, negros tiveram uma maior incidência de quase todos os agravos de notificação, inclusive de dengue, leishmaniose, esquistossomose e hanseníase (PAIXÃO et al, 2010). Esses indicadores de saúde foram provenientes dos sistemas nacionais de informação, portanto, não foram ajustados estatisticamente para fatores socioeconômicos, mas existem evidências que fatores socioeconômicos não explicam completamente as desigualdades raciais em saúde no Brasil. Um estudo sobre saúde dos recém-nascidos mostrou que crianças negras tem uma prevalência maior de piores resultados em saúde ao nascer, mais problemas de saúde no primeiro ano da vida, e maior taxa de mortalidade neonatal precoce e mortalidade infantil. Depois do ajuste para variáveis de condições socioeconômicas, as diferenças diminuíram, mas ainda mostraram uma tendência de resultados piores para crianças negras (BARROS et al, 2001). Mesmo quando foi estratificada por renda, uma percentagem menor da população negra auto-avaliou o estado de saúde como “bom” ou “muito bom” em comparação com a população branca—e isso acontece em todos os níveis de renda (PAIXÃO et al, 2010). Durante o período de 1990-2001, a taxa de mortalidade infantil no Brasil diminuiu. Essa diminuição ocorreu na população negra e branca, mas a desigualdade racial na taxa de mortalidade infantil na verdade cresceu. Essa desigualdade persistiu depois do ajuste para condições socioeconômicas (CUNHA, 2001).

Enquanto essa pesquisa de “fase um” sobre desigualdades em saúde é um passo importante no processo de reconhecer que a “democracia racial” realmente é um

mito—que no olhar geral pretos e pardos realmente vivenciam uma experiência diferente das brancas em termos da posição socioeconômica e saúde—coletar meramente dados sobre raça/cor da pele não é suficiente. Jones (2001) observa que muitos dos pesquisadores nos Estados Unidos coletam dados sobre raça, porque é a norma acadêmica, e depois ajustam para raça nas análises sem tentar entender as diferenças associadas com a raça nas suas pesquisas. Já que a pesquisa no Brasil sobre raça e saúde ainda está na fase emergente, essa é também uma oportunidade para criar o precedente de como usar raça/cor da pele na pesquisa. Quando dados sobre raça/cor da pele forem coletados, deveriam ser para análises mais significativas do que meramente ajustar para raça. Como diferenças ligadas a raça e gênero não são biológicas, elas não são fixas. Podem ser reduzidas e até eliminadas, mas para se alcançar progresso na equidade em saúde esse assunto complexo deve ser analisado e entendido através de pesquisa cuidadosa que explora intersecções.

3.2 RAÇA/COR DA PELE, GÊNERO E SAÚDE MENTAL

3.2.1 A CARGA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Atenção internacional costumava focar na carga da mortalidade, mas recentemente a carga de doenças (morbidade) está incluída nas avaliações internacionais da saúde. Saúde mental contribui muito na carga de incapacidades. No Estudo Global de Carga de Doença de 2010 (*Global Disease Burden Study 2010*), os transtornos mentais e o uso de substâncias contribuíram como a quinta maior proporção (7,4%) de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (DALYs), e a maior proporção (22,9%) de Anos de Vida Vividos com Incapacidade (YLD). Na categoria de transtornos mentais e de uso de substâncias, transtornos depressivos contribuíram com a maior proporção de DALYs, seguido pelo uso de drogas e álcool. Esse mesmo padrão foi mantido para YLD, observando-se, contudo, que a esquizofrenia substituiu o uso de drogas e álcool (WHITEFORD et al, 2013).

Com base em dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do DATASUS, Schramm et al (2004) calcularam a carga de morbidade no Brasil, encontrando que as doenças não-transmissíveis contribuíram com 66,3% de DALYs no Brasil, e 62,4% de DALYs no Nordeste. Doenças neuropsiquiátricas foram a causa que contribuiu para a maior proporção de DALYS de qualquer causa única: 28,6% do Brasil inteiro, e 16,5% do Nordeste. Doenças neuropsiquiátricas também mostram a maior proporção de YLD, no Brasil como um todo (34%) e no Nordeste (32,9%) (SCHRAMM et al, 2004). Em estudo multicêntrico sobre morbidade psiquiátrica, a prevalência na vida (*lifetime prevalence*) ajustada por idade para transtornos depressivos variou de 1,9 a 10,2%, para transtornos de ansiedade de 9,6 a 17,6%, e para os transtornos em geral de 31 a 50,5% nas três cidades estudadas: Porto Alegre, São Paulo, e Brasília (ALMEIDA-FILHO et al, 1997). Há poucos estudos epidemiológicos no Brasil sobre a saúde mental, e a maioria das pesquisas sobre a prevalência de transtornos mentais foi feita no Sul ou Sudeste do país (LIMA et al, 2004; MEDEIROS et al, 2006). Um estudo realizado em uma cidade grande no Nordeste do Brasil achou prevalência de TMC de 29,9% em adultos (ROCHA et al; 2010).

3.2.2 DESIGUALDADES RACIAIS EM TRANSTORNOS MENTAIS

Desigualdades raciais em saúde mental não foram estudados tanto quanto a mortalidade ou a desigualdades em saúde física (BRESLAU et al, 2005). A literatura internacional sobre desigualdades raciais na prevalência de transtornos mentais encontrou resultados conflitantes—alguns estudos acharam uma prevalência maior entre os grupos vulneráveis (WARHEIT et al, 1975; WILLIAMS et al, 1997) enquanto outros acharam uma prevalência menor (KESSLER et al, 1994; RIOLO et al, 2005; HARRIS et al, 2005; BRESLAU et al, 2005).

Mas os dados mais recentes dos grandes estudos epidemiológicos nacionais nos Estados Unidos concluíram que Afro-Americanos têm uma prevalência menor de transtornos depressivos e transtornos de ansiedade em comparação com os brancos. Dados do Estudo Nacional sobre Co-morbidade (NCS) mostraram que, mesmo ajustando para renda e educação, negros tiveram uma menor prevalência de transtornos mentais do que brancos (KESSLER et al, 1994). Esse achado foi mostrado também nos dados de Estudo Nacional de Avaliação de Saúde e Nutrição (NHANES) sobre transtorno depressivo maior—o Odds Ratio para negros em comparação com brancos foi 0,51 depois de ajuste para gênero, renda e situação conjugal (RIOLO et al, 2005). Com dados provenientes de vários estudos epidemiológicos nacionais sobre saúde mental, Afro-Americanos tiveram menor chance do que brancos de relatar sintomas para transtorno de ansiedade geral (GAD), transtorno de pânico, e transtorno de ansiedade social (SAD) mesmo depois do ajuste para idade, gênero e condições socioeconômicas (ASNAANI et al, 2010). Mas, em outro estudo, negros e brancos tiveram a mesma prevalência de transtornos de pânico (KESSLER et al, 1994).

Esses estudos incluíram dados sobre raça, mas raça não foi o foco e não foi usada como a unidade de análise—então eles não elaboraram análises detalhadas sobre as interações entre raça, gênero, e condições socioeconômicas como outros possíveis fatores de investigação. Uma análise mais detalhada dos dados de NCS achou que para a prevalência de 12 meses de casos na vida (*lifetime cases*), negros não-hispânicos tiveram uma prevalência maior de “qualquer transtorno de humor ou de ansiedade” do que brancos (26,4% vs. 20,6%; 53,2% vs. 36,4%), e essa diferença foi estatisticamente significativa. Essa análise separou prevalência e persistência, e achou

que mesmo quando negros tiveram chance menor de desenvolver um transtorno mental durante a vida, os que desenvolveram tiveram transtornos mais persistentes—uma tendência significativa ainda depois do ajuste para condições socioeconômicas (BRESLAU et al, 2005). Uma crítica dos dados de NCS é que a variável de condições socioeconômicas foi operacionalizada pelo variável “anos de escola completados”, e pode ser que escolaridade não seja a variável mais apropriada para estudos sobre saúde mental nos Estados Unidos (HUNTER; SCHMIDT, 2010). Numa amostra da população em geral no Reino Unido, a prevalência de um mês (*weighted one-month prevalence*) de transtornos de ansiedade foi menor nos Afro-Caribenhos do que nos Europeu-brancos, mas a prevalência de depressão foi maior nas mulheres Afro-Caribenhas do que nas mulheres Européias-brancas (SHAW et al, 1999). Em uma análise de dados dos Estados Unidos que estratificou a população preta entre Afro-Americanos e pretos Caribenhos, com ajuste para fatores sociodemográficos, Afro-Americanos tiveram chance menor de ter transtornos de pânico, GAD, e SAD do que os brancos, e Afro-Americanos e pretos Caribenhos tiveram chance similar (HIMLE et al, 2009). Mesmo que essas pesquisas internacionais não possam ser extrapoladas ao Brasil, é importante reconhecer o estado da pesquisa nessa área. Nos EUA, pode ser que outros fatores, como coesão social, senso de identidade racial, e religiosidade nas comunidades Afro-Americanas, que não existem nas comunidades brancas, contribuam para que Afro-Americanos tenham prevalência menor de transtornos mentais (BRESLAU et al, 2006). A associação entre raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil pode ser diferente, e a literatura brasileira foi explorada nesse trabalho.

3.2.3 RAÇA/COR DA PELE, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E SAÚDE MENTAL

A relação entre raça e saúde mental ainda não está completamente clara, mas ao analisar as condições socioeconômicas (renda, escolaridade, classe social) um padrão distinto é visível. Baixa renda foi associada com todos os transtornos mentais no NCS, com significância estatística, e condições socioeconômicas foram associadas com idade de início e também curso dos transtornos (KESSLER et al, 1994). Em uma revisão de teorias e literatura sobre desigualdades sociais e saúde mental, Muntaner et al (2000) acharam uma forte associação entre classe social e transtornos mentais

também. Um estudo do Chile sobre TMC achou uma forte associação inversa da prevalência de TMC e escolaridade, mas não com a renda—enquanto a literatura internacional tende a mostrar o padrão oposto (ARAYA et al, 2003). Existe evidência de que nos Estados Unidos e na Inglaterra, a renda é melhor preditora para transtornos mentais do que escolaridade, mas o oposto é verdadeiro nos países da América Latina (LUDERMIR; LEWIS, 2001; ARAYA et al, 2003).

Existem teorias diferentes para descrever quem vem primeiro—raça/condições socioeconômicas ou transtornos mentais. Seleção Social descreve a hipótese que a presença de transtornos mentais pode afetar oportunidades de emprego e então causar movimento na posição socioeconômica para baixas condições socioeconômicas. Causação Social descreve a hipótese que baixas condições socioeconômicas podem ser fatores causais para transtornos mentais. Estudos longitudinais apóiam a teoria de que Causação Social pode baixar posição socioeconômica, causar estresse psicológico e maior prevalência de transtornos mentais (HUDSON, 2005).

Um marco teórico corrente para explicar a associação entre raça, condições socioeconômicas e transtornos mentais também apóia essa idéia de exposição ao estresse como um mecanismo causal (TURNER; AVISON, 2003). Fatores que causam estresse que são imprevisíveis e incontroláveis em particular são nocivos para a saúde, como o estresse cotidiano associado com a pobreza ou com a discriminação (PASCOE; RICHMAN, 2009). Segundo Williams et al (1997), raça pode influenciar a exposição ao estresse por dois caminhos: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais—i.e. o estresse causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo. É necessário destacar que a teoria de estresse e saúde mental trata de grupos populacionais e não no nível individual; a teoria diz que o grupo que sofre desvantagem e, portanto, mais estresse, terá uma prevalência de transtornos mentais maior que o grupo privilegiado (SCHWARTZ; MEYER, 2010). Criando um link com a teoria de Williams com os determinantes sociais de saúde, raça como um determinante estrutural de saúde influencia posição socioeconômica e também a exposição à discriminação, enquanto estresse é o determinante intermediário de saúde como é relacionado mais proximamente aos transtornos mentais.

Uma meta-análise recente sobre discriminação e saúde mostrou que discriminação percebida foi relacionada diretamente com pior saúde mental, e estudos experimentais mostraram que experiências de discriminação podem produzir uma reação negativa de estresse psicológico e uma reação aumentada ao estresse fisiológico. Mas os autores não acharam diferenças segundo gênero ou raça—níveis maiores de discriminação foram associados com saúde mental pior em todos os gêneros e raças (PASCOE; RICHMAN, 2009). Enquanto essa meta-análise não achou que negros são afetados mais pela discriminação, em estudos sobre discriminação percebida, negros não-hispânicos relataram níveis mais altos de discriminação do dia-dia e discriminação maior, e quase 90% atribuíram essa discriminação à sua raça/etnia (KESSLER et al, 1999). Em um outro estudo, Afro-Americanos tiveram uma chance cinco vezes maior de relatar experiências de discriminação do que brancos não-hispânicos (SOTO et al, 2011). Então, o efeito da discriminação à saúde é igual entre negros e brancos, só que negros são muito mais prováveis de ter experiências de discriminação, e em particular discriminação racial.

Assim, a forte associação entre saúde mental e condições socioeconômicas, e saúde mental e discriminação torna os resultados sobre raça e transtornos mentais nos Estados Unidos surpreendentes. Considerando que os grupos vulneráveis nos Estados Unidos têm uma maior chance de ter condições socioeconômicas mais baixas, e uma maior chance de ter experiência de discriminação e ambos fatores estão associados com pior saúde mental, a expectativa seria que a prevalência bruta de transtornos mentais seria maior nos grupos vulneráveis. Pesquisadores especularam varias hipóteses para explicar esse achado; teorias incluem maior nível de apoio social, fatores culturais protetores e “*self-salience*”, para citar alguns (VEGA; RUMBAUT, 1991; ALEGRIA et al, 2007; ROSENFELD, 2012).

3.2.4 A PERSPECTIVA DE INTERSECCIONALIDADE—RAÇA/COR DA PELE, GÊNERO E SAÚDE MENTAL

Qualquer estudo sobre transtornos mentais deve reconhecer o consenso científico claro sobre diferenças de gênero: pesquisas consistentemente mostram uma prevalência maior de transtornos mentais para mulheres comparado aos homens, com a exceção de transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos de uso de substâncias (WARHEIT et al, 1975; KESSLER et al, 1994; ALMEIDA-FILHO et al, 1997; PICCINELLI; WILKINSON, 2000; KESSLER et al, 2003; LUDERMIR, 2008; MCLEAN et al, 2011). A prevalência de episódios depressivos maiores nas mulheres é quase duas vezes maior do que a de homens (21,3 vs. 12,7), e para transtorno de ansiedade geral (GAD) (KESSLER et al, 1994) e Transtornos Mentais Comuns (LUDERMIR, 2008). Esse padrão de gênero em saúde mental persiste através de grupos étnicos (SHAW et al, 1999; RIOLO et al, 2005), e existe no Brasil (ALMEIDA-FILHO et al, 1997; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2007).

Não existe uma única explicação aceita pela comunidade científica para a diferença por gênero na prevalência de transtornos mentais, mas uma revisão crítica da literatura mostra pouco apoio para teorias sobre fatores genéticos ou biológicos relacionadas ao sexo que contribuam para essa diferença. Obviamente, têm fatores genéticos que influenciam o risco de depressão, mas não um risco maior associado com ser mulher. Um estudo de gêmeos fraternos mostrou uma prevalência de depressão similar entre o gêmeo masculino e a gêmea feminina—como gêmeas compartilham muitos dos mesmos fatores de risco genéticos para depressão isso mostra que os riscos genéticos contribuem, mas não têm outros fatores de risco biológicas associadas com o sexo feminino (KENDLER; PRESCOTT, 1999).

Além de explicações genéticas e biológicas, pesquisadores têm sugerido várias hipóteses, inclusive teorias psicológicas, socioculturais, e hipóteses sobre como mensurar transtornos mentais, entre outros. Ainda não há um consenso sobre qual teoria melhor explica esse padrão na prevalência de transtornos mentais. Hipóteses psicológicas na revisão crítica incluem hipóteses que dizem que mulheres e homens tem vulnerabilidades diferentes aos transtornos mentais, diferentes estilos de enfrentamento e (ou) diferentes recursos pessoais para lidar com transtornos mentais

(PICCINELLI; WILKINSON, 2000; HAMMERSTRÖM et al, 2009; ROSENFELD; MOUZON, 2013). As teorias socioculturais tem evidenciado que o papel da mulher na sociedade e dentro de uma cultura, e as normas de gênero associadas, influenciam a diferença por gênero na prevalência de depressão—estudos realizados em culturas onde o papel da mulher é mais valorizado, como nos Judeus ortodoxos, não se achou diferença significativa na prevalência de depressão segundo gênero (PICCINELLI; WILKINSON, 2000). Mais especificamente, algumas teorias socioculturais sugerem que mulheres são diferentemente expostas aos determinantes nocivos à saúde mental, como experiências adversas na juventude, eventos de vida estressantes e discriminação (PICCINELLI; WILKINSON, 2000; SOLAR; IRWIN, 2010; ROSENFELD; MOUZON, 2013). Outras teorias apontam os papéis que estão atribuídos às mulheres dentro das sociedades e culturas, como a pessoa responsável por cuidar dos filhos, do esposo, de pessoas velhas e enfermas, e também cuidar das responsabilidades da casa (como limpar e cozinhar). Mesmo quando tem emprego fora da casa, geralmente é esperado que a mulher cumpra esses papéis (ROSENFELD; MOUZON, 2013). A relação entre situação conjugal, os papéis de cuidar da família e carga doméstica com a saúde mental é complexa, e ainda está sendo investigada, mas alta sobrecarga doméstica está conectada com uma maior prevalência de TMC (PINHO; ARAÚJO, 2012).

As teorias de mensuração sugerem que a maior prevalência de transtornos mentais em mulheres pode ser um efeito de como eles foram medidos. Piccinelli e Wilkinson (2000) revisaram essas explicações, inclusive uma teoria de que homens tendem a esquecer ou minimizar episódios de depressão e, assim, mulheres relatam mais episódios, em comparação a estes; uma teoria que a experiência de depressão é diferente entre mulheres e homens, o que afeta a prevalência; e uma teoria que, no geral, mulheres relatam mais sintomas e são mais prováveis para procurar ajuda profissional para saúde mental. Depois de avaliar essas teorias, os autores concluíram que esses fatores podem contribuir de alguma maneira à diferença de prevalência entre homens e mulheres, mas não são responsáveis completamente por esta diferença.

Há muito tempo, gênero é reconhecido como fator importante na saúde mental, e raça e saúde também estão sendo estudados—mas a perspectiva de

interseccionalidade está ainda crescendo e pouca pesquisa existe nessa perspectiva, examinando raça, gênero, e saúde mental. No Brasil, interseccionalidade é pouco estudada na pesquisa quantitativa em saúde—atualmente, uma busca no Scielo de “interseccionalidade” produz menos de 25 resultados. Nenhum desses resultados usou somente metodologia quantitativa para estudar saúde. Apresenta-se uma oportunidade para o futuro da pesquisa sobre raça no Brasil incorporar a perspectiva de interseccionalidade e aprofundar o estudo de desigualdades raciais em saúde. Sem falar sobre interseccionalidade especificamente, Chor (2013) enfatiza que a interação entre formas de desigualdade (raça, baixa renda, gênero) pode criar grupos de risco, e Almeida-Filho e outros (2004) estudaram a interação entre gênero, etnia, classe social e transtornos depressivos. A perspectiva de interseccionalidade pode revelar relações que uma análise multivariável tradicional não é capaz de mostrar. Por exemplo, somente mulheres negras, e não homens negros, tiveram uma prevalência de transtornos depressivos significativamente mais alta depois de ajuste para fatores associados, enquanto raça em geral (não estratificada por gênero) não foi associada com transtornos depressivos (ALMEIDA-FILHO et al, 2004).

3.3 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Goldberg e Huxley (1992, p.5; 7-8) definiram a diferença entre os transtornos mentais comuns e os transtornos mentais severos. Enquanto os transtornos mentais severos—como esquizofrenia ou transtorno bipolar—causam grande incapacidade social, os transtornos mentais comuns são transtornos relacionados à depressão ou ansiedade que são “comumente achados na comunidade, e dos quais a ocorrência sinaliza uma perda de funcionamento” (tradução nossa).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) referem-se à constelação de sintomas de depressão ou ansiedade e sintomas psicossociais que não se encaixam em um diagnóstico clínico de depressão ou ansiedade. Uma pessoa pode ter sintomas de depressão que causam incapacidade e morbidade, mas não serão categorizados como “transtorno de depressão”, mas meramente como “sintomas depressivos”. Mesmo que os TMC não causem uma morbidade tão grave como os transtornos mentais severos, a experiência dos sintomas causa uma perda de funcionamento (como dificuldade de pensar com clareza, e dificuldades de realizar tarefas diárias), sofrimento na vida do indivíduo (como sentimentos de inutilidade e tristeza), e pode afetá-lo por muito tempo. Em adição, como os TMC são comuns e têm efeito sobre o indivíduo, eles podem ter efeitos graves na comunidade em termos de sofrimento, incapacidade e custo à sociedade por causa de dias perdido do trabalho (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Pacientes com TMC geralmente chegam nos postos de saúde com sintomas somáticos comuns, o que contribui para os baixos níveis de detecção (KESSLER et al, 1999).

Em uma revisão dos estudos sobre TMC em países em desenvolvimento, a prevalência achada variou de 20 a 30% (PATEL; KLEINMAN, 2003). Na América do Sul em particular, a prevalência de transtornos psiquiátricos menores foi de 20 a 25% (LIMA et al, 2004). No Brasil, estudos mostram uma prevalência de 17% em Campinas (MARIN-LEON et al, 2007), 24,1% em São Paulo (MARAGNO et al, 2006), 35% em Olinda (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), 36% em Pirauá, Pernambuco (COSTA; LUDERMIR, 2005), e 43,7% em uma população dos Postos de Saúde da Família em Tejuco, Minas Gerais (MOREIRA et al, 2011). Um estudo feito em Feira de Santana mostrou uma prevalência global de 29,9% (ROCHA et al, 2010). Isso dá uma ideia geral

da prevalência, mas os números exatos não são comparáveis devido a diferenças nos instrumentos e pontos de corte utilizados para determinar a ocorrência de TMC.

Segundo Goldberg e Huxley (1992), de acordo com estudos feitos nos Estados Unidos, TMC é mais prevalente nas pessoas de meia idade, de classes sociais mais baixas, e pode ser associadas com gênero, raça e desemprego. Uma revisão de estudos sobre TMC no Brasil identificou que os TMC estão associados com baixo nível de escolaridade, baixa renda e desemprego, e que existe uma maior prevalência de TMC nas mulheres do que nos homens (FONSECA et al, 2008). Outra revisão de estudos concluiu que os TMC são mais prevalentes na faixa etária de 25-54 anos, nas pessoas divorciadas, separadas ou viúvas, e nas pessoas desempregadas ou empregadas com trabalho informal (SANTOS; SEQUEIRA, 2010). A realização de atividades de lazer (por exemplo, atividades físicas ou atividades socioculturais) foi identificada como um fator de proteção da saúde mental no geral (PONDÉ; CAROSO, 2003), e um fator de proteção em específico dos Transtornos Mentais Comuns (FARIAS; ARAÚJO, 2011). Alta sobrecarga doméstica também tem associação com uma maior prevalência de TMC entre mulheres (PINHO; ARAUJO, 2012).

3.3.1 RAÇA/COR DA PELE, GÊNERO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Dentre os estudos existente sobre saúde mental no Brasil, poucos avaliaram a prevalência de TMC segundo raça/cor da pele. Não é tão comum avaliar raça/cor da pele na pesquisa brasileira sobre saúde, mas esta prática está se tornando mais freqüente. Alguns estudos relataram raça/cor da pele na descrição demográfica da população do estudo, mas, depois, não incluiu raça/cor da pele na análise ou meramente ajustou por raça/cor da pele sem apresentar a prevalência segundo raça/cor da pele ou outras análises mais significantes.

Dos estudos que analisaram a raça/cor da pele, um conduzido com pessoas com 23 anos ou mais de idade no Sul do Brasil estimou uma prevalência de 25,9% nas pessoas brancas, e 33,7% nas pessoas negras (ANSELMÍ et al, 2008). Um estudo multicêntrico de TMC não achou associação entre TMC e raça/cor da pele, mas não revelou a prevalência segundo a raça/cor da pele (GONÇALVES et al, 2014). Em uma amostra de mulheres grávidas em Recife, a prevalência de TMC foi 38,8% para as

brancas e 44,5% para não-brancas, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (LUDERMIR et al, 2014). Em uma amostra de estudantes universitários, estudantes pretos relataram uma prevalência de TMC (52%) maior do que os estudantes pardos (32,8%) ou brancos (37%) com associação estatisticamente significativa (BASTOS et al, 2014).

Somente um desses estudos examinou TMC com a intersecção de raça/cor da pele e também de gênero, porém não se referiu ao termo “interseccionalidade”. Dentre os brancos, a prevalência foi 21,9% para homens, e 30% para mulheres, em comparação com 26,9% para homens negros, e 41,1% para mulheres negras. A associação entre cor da pele e prevalência de TMC foi significativa nas mulheres depois do ajuste para escolaridade da mãe e renda familiar, mas só de significância estatística limítrofe para homens (ANSELMINI et al, 2008). Isso sugere a necessidade de abordar o assunto de raça/cor da pele e TMC com a perspectiva de interseccionalidade e estratificar por gênero. Portanto, poucos estudos examinaram a prevalência de transtornos mentais segundo a raça/cor da pele no Brasil, e ainda menos tentaram entender as interações complexas entre raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais. Interseccionalidade ainda é uma perspectiva nova na área de Saúde Coletiva, e tem sido usada muito raramente na pesquisa quantitativa em saúde. Entretanto, para planejar e criar políticas efetivas, é essencial entender onde está a maior carga de doenças, inclusive de transtornos mentais. Para tanto, é preciso entender a associação entre raça e saúde mental, e, além disso, precisamos entender a intersecção de raça e gênero com saúde mental para melhor entender onde priorizar os recursos. Para além disso, é preciso explorar as interações para entender o que pode determinar essas desigualdades em saúde mental.

4 METODOLOGIA

Foram realizados dois tipos de estudos - uma revisão sistemática da literatura, e um estudo transversal.

4.1 REVISÃO SISTEMÁTICA

A revisão sistemática foi realizada sobre raça/cor da pele, ansiedade, depressão e TMC no Brasil. A revisão foi realizada seguindo as recomendações do método de PRISMA (LIBERATI et al, 2009).

4.1.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca foi realizada em duas bases para conseguir captar todas as pesquisas publicados sobre esse tema—na literatura internacional, usando a base PubMed, e na literatura brasileira, usando a base LILACS. A chave de busca foi elaborada separadamente para cada base. Palavras-chave foram escolhidas de acordo com o tema, com a idéia de usar termos mais amplos para capturar o maior número de pesquisas relacionadas a esse tema.

Primeiro os sistemas de tesouros foram consultados para encontrar os termos controlados para as palavras-chave. Para a base de PubMed, esse sistema é MeSH (Medical Subject Headings), e para LILACS, esse sistema é o DeCS (*Descriptores en Ciencias de la Salud*). Termos livres também foram incluídos para incluir artigos que não foram ainda colocados no índice.

Na busca no PubMed foi realizada a chave de busca: “((((((((("Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR "Anxiety Disorders"[Mesh]) OR "Stress, Psychological"[Mesh]) OR "Minor psychiatric disorders") OR "psychiatric morbidity") OR "psychological distress") OR "common mental disorders")) AND (((("Ethnic Groups"[Mesh]) OR race) OR "skin color") OR black) OR white)) AND brazil*”.

Por sua vez, a busca na base LILACS realizou-se com: “tw:(("distúrbios psíquicos menores" OR "transtornos psiquiátricos menores" OR "distúrbios psiquiátricos menores" OR "morbidade psiquiátrica" OR "transtornos mentais comuns" OR "depressão" OR "transtorno depressivo" OR "transtornos de ansiedade" OR "estresse

psicológico") AND ("Distribuição por raça ou etnia" OR "grupos étnicos" OR "Desigualdades em Saúde" OR raça OR "cor da pele" OR branco OR branca OR negro OR negra OR preto OR preta)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS"))." Nenhum limite em relação a data, o ano, ou a língua foi aplicado a essa busca. O software StArt (State of the Art through Systematic Review) foi utilizado para facilitar o processo de revisão sistemática.

Depois da busca inicial, os títulos e resumos foram lidos para determinar a relevância de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Como nem sempre raça/cor da pele foi o foco principal do estudo, os artigos não foram eliminados, nesse primeiro momento, caso não tivessem mencionado raça/cor da pele como uma variável no resumo. Os textos completos dos artigos com resumos julgados como potencialmente relevantes foram obtidas na íntegra para determinar se reportaram sobre raça/cor da pele, pelo menos na análise bivariada. Salienta-se que as listas de referência dos artigos incluídos foram consultadas para identificar outros artigos potencialmente relevantes, que foram baixados e avaliados segundo os critérios de inclusão e exclusão.

4.1.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Somente estudos realizados sobre a prevalência dos transtornos mentais mencionados foram incluídos nessa revisão sistemática, e apenas aqueles em que o transtorno foi o objetivo principal. Estudos que não incluíram raça ou cor da pele como uma variável foram excluídos. Ainda, foram incluídos estudos populacionais, ou de grupo populacional, todavia estudos sobre grupos não-populacionais (como os referentes à saúde mental em pessoas com uma doença física) foram excluídos.

Assim, todos os estudos incluídos reportaram pelo menos a prevalência do transtorno mental segundo raça/cor da pele. Como a categorização racial e as associações entre raça e desfechos de saúde podem ser determinados culturalmente, essa revisão foi limitada ao contexto do Brasil, e somente estudos realizados no Brasil foram aceitos.

4.1.3 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE

A ferramenta do Instituto de Joanna Briggs para Avaliar Prevalência Criticamente (JBI-PCT) foi utilizada para avaliar a qualidade dos estudos incluídos nessa revisão, já que os estudos incluídos são transversais. Essa ferramenta consiste de dez perguntas sobre vários elementos do estudo, como o cálculo de amostra, a amostragem, se a análise estatística usada foi apropriada, e controle de confundimento (MUNN et al, 2014).

4.2 ESTUDO TRANSVERSAL

Estudo epidemiológico transversal, cujos dados são oriundos da pesquisa mãe intitulada, “Caracterização de saúde mental em Feira de Santana, Bahia, Brasil” realizada pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana em 2007.

4.2.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para a pesquisa mãe, os dados foram coletados em 2007 de uma amostra representativa da população de 15 anos ou mais de idade residente na área urbana de Feira de Santana, a segunda maior cidade do estado da Bahia. A população de Feira de Santana em 2014 foi de 612.000 habitantes. Dados demográficos mais detalhados do Censo de 2010 mostram que Feira de Santana tem uma população de 556.642, com 510.635 na área urbana e 46.007 na área rural. Desse total, 52,6% era do sexo feminino. A auto-classificação racial do Censo mostrou que 55,8% da população é parda, 23,1% é preta, 19,9% da população é branca, 1% é amarela e 0,2% é indígena (IBGE, 2014b).

4.2.2 UNIVÉRSO DE ESTUDO

A amostra representativa da pesquisa mãe foi obtida pela amostragem em múltiplos estágios, por conglomerado, estratificada proporcionalmente por distrito. O processo de estratificação conteve várias etapas: a cidade foi estratificada por subdistritos da zona urbana usando dados do Censo do IBGE; em cada subdistrito foram escolhidos setores censitários aleatoriamente; em cada setor censitário foram escolhidas ruas aleatoriamente; cada domicílio nas ruas escolhidas foi visitado; e todos os indivíduos residentes nesses domicílios maiores de 15 anos de idade foram elegíveis a participar no estudo. Até três visitas foram feitas para cada domicílio.

Para a presente pesquisa, todas as pessoas que se auto classificaram como branca, parda, ou preta foram incluídas na análise.

4.2.3 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Dados foram coletados na pesquisa mãe aplicando-se um instrumento (Apêndice A) a todos os residentes elegíveis nos domicílios selecionados de acordo com a estratégia de amostragem. Os instrumentos de pesquisas, estratégias e procedimentos metodológicas foram precisamente testados em estudo piloto. Todos os entrevistadores foram treinados antes da coleta dos dados.

4.2.4 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Variável Dependente

- Transtornos Mentais Comuns (TMC)
 - SRQ-20

Os TMC referem-se aos transtornos relacionados à depressão e ansiedade e sintomas psicossociais comumente achados na comunidade que não se encaixam em um diagnóstico de depressão ou ansiedade (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). O “Self-Reporting Questionnaire” (SRQ-20) foi utilizado para avaliar a presença de TMC (Apêndice A, seção IX). O SRQ-20 avalia, nos últimos 30 dias, os sintomas de depressão e ansiedade que se constituem nos TMC. Esse instrumento foi validado para uso no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986), e também foi validado para uso nessa população com um ponto de corte de 6/7, que resulta em um *Receiver Operator Characteristic Curve* (ROC) de 0,789 (SANTOS et al, 2010).

Variáveis Independentes

- Intersecção de raça/cor da pele e gênero
 - Homens brancos, homens negros, mulheres brancas, mulheres negras

Para essa análise, os quatro grupos que representam a intersecção de raça/cor da pele com gênero foram usados. A categorização de raça/cor da pele nesse estudo vêm das categorias do Censo utilizado pelo IBGE segundo critério de auto-classificação em cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. Para essa análise, pessoas que se auto-classificaram como amarelas, indígenas ou “não sabe” não foram incluídas na análise. As respostas de parda e preta foram agrupadas para criar a categoria negra.

A variável sexo refere-se à dimensão biológica, e gênero à dimensão social. É conhecido que, em relação aos transtornos mentais como depressão, as diferenças existem por razões sociais--gênero—e não por razões biológicas—sexo (ALMEIDA FILHO et al, 2009). Então, faz-se necessário usar o termo gênero e não sexo nas discussões e análises de saúde mental. Como o instrumento desse estudo perguntou sobre “sexo”, as respostas (feminino ou masculino) serão usadas como *proxy* para gênero.

Covariáveis

- Idade
 - 15-49 anos de idade; maior ou igual a 50 anos de idade
- Situação Conjugal
 - Com parceiro [Casado(a) ou união estável]; sem parceiro [Solteiro(a), Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a), Viúvo(a)]
- Condições Socioeconômicas
 - Renda mensal em média
 - Até 1 salário mínimo; maior ou igual a 1 salário mínimo
 - Situação de emprego
 - Com emprego; sem emprego

Situação de emprego foi definido pela pergunta, “Está trabalhando atualmente?”. As pessoas que responderam “sim” foram categorizadas como “com emprego”, e as pessoas que responderam “não” foram categorizadas como “sem emprego”.

- Escolaridade
 - Analfabeto/ensino fundamental; Ensino médio/superior

A avaliação de escolaridade foi feita com a pergunta, “Na escola, qual a última série/grau que concluiu com aprovação?”. Respostas foram agrupadas nos seguintes grupos: a categoria de analfabeto/ensino fundamental incluiu respostas de “Nunca foi à escola”, “Lê e escreve o nome”, e as pessoas que responderam com séries de 1 a 8. A categoria de ensino médio/superior incluiu as pessoas que completaram pelo menos um ano de ensino médio ou ensino superior.

- Atividades de Lazer

- Realiza atividades de lazer regularmente, Não realiza atividades de lazer regularmente
- Sobrecarga doméstica
 - Baixa sobrecarga doméstica; alta sobrecarga doméstica

Sobrecarga doméstica foi avaliada com a metodologia utilizada por Pinho e Araújo (2012). A carga doméstica foi avaliada com perguntas sobre a responsabilidade por “lavar roupa”; “cuidar da limpeza”; “passar roupa”; e “cozinhar”, com uma escala de cinco pontos sobre o grau de responsabilidade (0=não; 5=sim, inteiramente). A fórmula de calcular: sobrecarga doméstica = $(\sum \text{cuidar da limpeza} + \text{passar roupa} + \text{lavar roupa} + \text{cozinhar}) \times (M-1)$, em que M representa o número de pessoas na casa. Os resultados de sobrecarga doméstica foram dicotomizados em dois grupos: alta sobrecarga doméstica e baixa sobrecarga doméstica.

- Experiência de discriminação racial auto-referida
 - Não teve experiência de discriminação racial nos últimos 30 dias; Teve experiência de discriminação racial nos últimos 30 dias

O questionário contém a pergunta, “Nos últimos 30 dias, você se sentiu emocionalmente chateado, por exemplo, com raiva, triste ou frustrado, em função de como você foi tratado por causa de sua raça/cor da pele?” As pessoas que responderam “sim” foram consideradas que têm experiência de discriminação racial nos últimos 30 dias, em comparação com as que responderam “não.” Essa pergunta foi adaptada de Sistema de Vigilância sobre Fatores de Risco Comportamentais (Behavioral Risk Factor Surveillance System—BRFSS) dos Estados Unidos, da seção sobre “Reações à Raça” (BRFSS, 2011). Essa é considerada uma medida bruta da experiência de discriminação racial.

4.2.5 ANÁLISE DOS DADOS

Essa análise aplicou as recomendações de Knol e VanderWeele (2012) (sobre como avaliar interação estatística) para a avaliação quantitativa de interseccionalidade. Todos os testes estatísticos foram ajustados por amostragem complexa, e valores de p menor ou igual a 0,05 foram considerados significantes.

- Análise descritiva da distribuição das variáveis na população estudada
 - Freqüências absolutas e relativas das variáveis foram calculadas, estratificados pelas quatro intersecções de raça/gênero (homens brancos, homens negros, mulheres brancas, mulheres negras). Um teste de qui-quadrado foi realizado para comparar a distribuição de características nesses grupos.
- Análise bivariada
 - A prevalência de TMC foi calculada segundo as covariáveis, e comparada por um teste de qui-quadrado.
- Análise multivariada
 - Uma análise de interação estatística foi realizada seguindo o método recomendado por Knol e VanderWeele (2012, etc). Primeiro, a prevalência de TMC foi calculada para os quatro grupos de raça/gênero. Depois, a associação entre a intersecção de raça e gênero—os quatro grupos de raça e gênero—e TMC foi calculada, usando uma regressão de Poisson para calcular as razões de prevalência. A regressão de Poisson foi ajustada para todas as covariáveis, e homens brancos foi o grupo de referência. A associação entre cada exposição e TMC foi calculada dentre os estratos da outra exposição (i.e. a associação entre raça e TMC dentre os estratos de gênero, e a associação entre gênero e TMC dentre os estratos de raça). Interação estatística foi examinada segundo as escalas multiplicativa e aditiva (KNOL; VANDERWEELE; 2014).

4.2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa mãe intitulado “Caracterização de saúde mental em Feira de Santana, Bahia, Brasil” foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana com o protocolo N.º 042/2006 (CAAE—0037.0.059.000-06). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Para utilização dos dados para essa pesquisa foi solicitada autorização ao grupo de pesquisa responsável pelo banco de dados da pesquisa mãe (Apêndice C). Esse projeto foi aprovado pelo mesmo Comitê de Ética com o protocolo N.º955.148 (CAAE--38308614.6.0000.0053) (Apêndice D).

5 RESULTADOS

Os achados do presente estudo serão apresentados em forma de artigos a serem submetidos aos periódicos *Ciência e Saúde Coletiva* (artigo 1) e *Social Science and Medicine* (artigo 2).

5.1 ARTIGO 1

Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática

Resumo

Introdução: Essa revisão sistemática da literatura tem como objetivo resumir o estado da arte da literatura sobre raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil. **Métodos:** PubMed e Lilacs foram pesquisados com o uso de descritores sobre transtornos mentais (depressão, ansiedade, transtornos mentais, morbidade psiquiátrica, etc.) e raça/cor da pele no Brasil. Como critérios de exclusão, estudos sobre grupos não-populacionais (como pessoas com uma doença específica), estudos que não analisaram raça/cor da pele, e estudos em que o transtorno mental não foi o objeto de estudo não foram incluídos. Depois da avaliação de qualidade, 14 estudos foram selecionados para inclusão. **Resultados:** Os estudos usaram instrumentos diferentes para avaliar a presença de transtornos mentais, com pontos de corte diferentes, mas a tendência foi uma prevalência maior de transtornos mentais nas pessoas não-brancas; a prevalência em si variou com o transtorno mental estudado. Nas análises multivariadas, quase todas as associações estatisticamente significantes mostraram uma maior prevalência ou chance de ter transtornos mentais nas pessoas não-brancas em comparação com pessoas brancas. **Discussão:** Transtornos mentais contribuem para uma grande carga de incapacidade na sociedade, o que demanda a realização de mais pesquisas sobre raça/cor da pele e saúde mental no Brasil. Essa revisão mostra as dificuldades em comparar os resultados das pesquisas correntes, e aponta a necessidade de se estudar mais essa temática para melhor priorizar e planejar programas de saúde pública, e para também estudar os fatores de risco e fatores

mediadores para melhor entender e reduzir a prevalência de transtornos mentais no Brasil.

Palavras-Chaves: Raça, Cor da Pele, Saúde Mental, Depressão, Transtornos Mentais Comuns

Abstract

Introduction: This systematic review of the literature aims to summarize the current state of the literature on race/skin color and mental health disorders in Brazil. **Methods:** Both PubMed and Lilacs were searched using descriptors for mental health disorders (depression, anxiety, Common Mental Disorders, psychiatric morbidity, etc.) and race or skin color to find studies conducted in Brazil. Non-population groups (such as those with a specific medical condition), studies that lacked a race/skin color variable in the analysis, and studies for which the mental disorder was not the object of study were all excluded. After evaluation of quality, 14 articles were selected for inclusion. **Results:** Studies used differing screening tools and cut-off points, but overall a higher prevalence of mental health disorders was often seen in non-Whites, though the prevalence itself varied by the specific mental health disorder. In multivariate analyses, nearly all the statistically significant associations indicated an increased prevalence or odds of mental health disorder among non-Whites as compared to Whites. **Discussion:** Mental health disorders contribute a significant burden of disability to society, and more research is needed in order to better understand the association between race and mental health in Brazil. This review shows the difficulty in comparing the results of the current literature, and points to the need for further study to be able to better prioritize and plan public health programs around mental health, as well as study potential mediating factors to better understand and reduce the prevalence of mental health disorders in Brazil.

Keywords: Race, Mental Health, Depression, Common Mental Disorders

INTRODUÇÃO

Transtornos mentais constituem a maior carga de incapacidade no mundo atual: no Estudo Global da Carga de Doenças de 2010 (*Global Disease Burden Study 2010*), os transtornos mentais e o uso de substâncias contribuíram com a maior proporção (22,9%) de Anos de Vida Vividos com Incapacidade (YLD). Os transtornos depressivos são particularmente importantes a serem investigados: na categoria de transtornos mentais e de uso de substâncias, os transtornos depressivos contribuíram com a maior proporção de YLD.¹ Esse padrão de carga de morbidade existe também no Brasil—Schramm et al² mostraram que doenças neuropsiquiátricas também mostram a maior proporção de YLD, no Brasil como um todo (34%) e no Nordeste (32,9%). Apesar desse impacto grande, a saúde mental está menos estudada em comparação com a saúde física. Poucos estudos examinam a associação entre raça/cor da pele e saúde mental no Brasil, ou até mesmo incluem raça como uma unidade de análise.

No geral, existe pouca pesquisa no Brasil que examinou desigualdades em saúde segundo raça/cor da pele, principalmente porque os pesquisadores não incluem questões sobre raça/cor nos instrumentos de pesquisa. Chor e Lima³ atribuem isso a três potenciais hipóteses: aceitação do “mito de democracia racial”; dificuldades em classificar raça/cor da pele e a oposição entre classe social e raça/cor da pele. Mesmo que o Brasil nunca tenha tido uma política legal ou formal de segregação racial, raça teve (e tem) influência na sociedade brasileira, já que existem desigualdades claras.^{4,5}

A raça/cor da pele pode influenciar as oportunidades que uma pessoa recebe na sua vida—educacionais, financeiras, e sociais—e por isso pode influenciar a posição socioeconômica.^{6,7} Um marco teórico corrente para explicar o caminho que liga raça/cor da pele à prevalência dos transtornos mentais é que a exposição ao estresse é o mecanismo causal.⁸ Segundo Williams et al,⁹ raça pode influenciar a exposição ao estresse por dois caminhos: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais—i.e. o estresse causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo.

Muitos dos estudos que foram publicados sobre a associação entre raça/cor da pele e saúde mental foram feitos nos Estados Unidos.⁹⁻¹⁴ Como existe uma grande diferença

entre os contextos sociais, culturais, e históricos entre os Estados Unidos e o Brasil, os resultados dos estudos realizados lá não necessariamente vão representar a associação entre raça/cor da pele e saúde mental no Brasil. Assim, o objetivo desse estudo é revisar sistematicamente a literatura sobre o tema raça/cor da pele e saúde mental no Brasil para entender essa associação no contexto brasileiro.

METODOLOGIA

Estratégia de busca

A busca foi realizada em duas bases para conseguir captar todas as pesquisas publicados sobre esse tema—na literatura internacional, usando a base PubMed, e na literatura brasileira, usando a base LILACS. A chave de busca foi elaborada separadamente para cada base. Palavras-chave foram escolhidas de acordo com o tema, com a idéia de usar termos mais amplos para capturar o maior número de pesquisas relacionadas a esse tema.

Primeiro os sistemas de tesouros foram consultados para encontrar os termos controlados para as palavras-chave. Para a base de PubMed, esse sistema é MeSH (Medical Subject Headings), e para LILACS, esse sistema é o DeCS (*Descritores en Ciencias de la Salud*). Termos livres também foram incluídos para incluir artigos que não foram ainda colocados no índice.

Na busca no PubMed foi realizada com a seguinte chave de busca: (((((((("Depression"[Mesh]) OR "Depressive Disorder"[Mesh]) OR "Anxiety Disorders"[Mesh]) OR "Stress, Psychological"[Mesh]) OR "Minor psychiatric disorders") OR "psychiatric morbidity") OR "psychological distress") OR "common mental disorders")) AND (((("Ethnic Groups"[Mesh]) OR race) OR "skin color") OR black) OR white)) AND brazil*

A busca na base LILACS foi realizada com a seguinte chave de busca: tw:("distúrbios psíquicos menores" OR "transtornos psiquiátricos menores" OR "distúrbios psiquiátricos menores" OR "morbidade psiquiátrica" OR "transtornos mentais comuns" OR "depressão" OR "transtorno depressivo" OR "transtornos de ansiedade" OR "estresse

psicológico") AND ("Distribuição por raça ou etnia" OR "grupos étnicos" OR "Desigualdades em Saúde" OR raça OR "cor da pele" OR branco OR branca OR negro OR negra OR preto OR preta)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS")). Nenhum limite em relação a data, o ano, ou a língua foi aplicado a essa busca. O software StArt (State of the Art through Systematic Review) foi utilizado para facilitar o processo de revisão sistemática.

Crêterios de inclusão e exclusão

Somente estudos realizados sobre a prevalência desses transtornos foram incluídos nessa revisão sistemática, e apenas aqueles em que o transtorno foi o objetivo do estudo. Estudos que não incluíram raça ou cor da pele como uma variável foram excluídos. Ainda foram incluídos estudos populacionais, ou de grupo populacional, todavia estudos sobre grupos não-populacionais (como os referentes à saúde mental em pessoas com uma doença física) foram excluídos. Assim, todos os estudos incluídos reportaram pelo menos a prevalência do transtorno mental segundo raça/cor da pele. Outros estudos também incluíram a variável raça/cor da pele na análise multivariada. Como a categorização racial e as associações entre raça e desfechos de saúde podem ser determinados culturalmente, essa revisão foi limitada ao contexto do Brasil, e somente estudos realizados no Brasil foram aceitos.

Depois da busca inicial, os títulos e resumos foram lidos para determinar a relevância de acordo com os cr terios de inclusão e exclusão. Como nem sempre raça/cor da pele foi o foco principal do estudo, os artigos não foram eliminados neste primeiro momento, caso não tivessem mencionados raça/cor da pele como uma variável no resumo.

A busca na PubMed resultou em 70 artigos, e a busca em LILACS resultou em 192 (Figura 1). Do total de 262 artigos identificados pelas buscas de chave, 209 foram excluídos por não atenderem os cr terios de inclusão e exclusão. Como o software StArt identificou a maioria dos artigos duplicados na busca, cinco resultados foram eliminados por causa de duplicidade. Os textos completos de 48 artigos foram obtidos na íntegra para determinar se reportaram sobre raça/cor da pele pelo menos na análise bivariada. Dos 48 artigos, 17 artigos cumpriram esse requisito. Salienta-se que as listas de

referência desses 17 artigos foram consultadas, e três artigos a mais foram identificados e julgados relevantes para serem incluídos nessa revisão.

Avaliação de qualidade

A ferramenta do Instituto de Joanna Briggs para Avaliar Prevalência Criticamente (JBI-PCT) foi utilizada para avaliar a qualidade dos estudos incluídos nessa revisão, já que os estudos incluídos são transversais. Essa ferramenta consiste de dez perguntas sobre vários elementos do estudo, como o cálculo de amostra, a amostragem, se a análise estatística usada foi apropriada, e controle de confundimento.¹⁵

RESULTADOS

Dos 20 artigos identificados, seis não cumpriram os critérios mínimos de qualidade como descritos no JBI-PCT, principalmente devido a falta de randomização na amostragem ou uma amostra insuficiente. Dessa forma, um total de 14 artigos foram incluídos nesse estudo (Figura 1).

População em estudo

Como pode ser visto na Tabela 1, três dos 14 artigos incluídos foram realizados com a população geral,¹⁶⁻¹⁸ um com mulheres de meia idade,¹⁹ três com idosos,²⁰⁻²² dois com adultos jovens,²³⁻²⁴ e cinco com mulheres grávidas ou mulheres que pariram recentemente.²⁵⁻²⁹

Transtornos Mentais Estudados

Todos os estudos incluídos examinaram transtornos mentais. Três estudaram depressão,¹⁶⁻¹⁸ três estudaram sintomas depressivos (também chamado morbidade psiquiátrica, ou morbidade de depressão),¹⁹⁻²² dois estudaram Transtornos Mentais Comuns,²³⁻²⁴ e cinco estudaram depressão pré-natal, pós-natal, ou durante a gravidez.²⁵⁻²⁹ Mesmo que ansiedade tenha sido uma palavra chave incluída na busca, somente um artigo sobre esse tema foi achado—o de Faisal-Curry e Menezes de 2007,²⁵ que examinou depressão antenatal e ansiedade antenatal.

Vários estudos incluídos nessa revisão examinaram o mesmo desfecho de saúde mental, mas houve pouca concordância entre o instrumento utilizado para determinar a presença do desfecho. Dois instrumentos foram usados mais de uma vez—o Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) e o Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Entretanto, dois dos três estudos que utilizaram o EDPS usaram um ponto de corte de 12,^{26, 29} e o outro usou um ponto de corte de 13.²⁸ Os dois estudos que utilizaram o GDS usaram versões diferentes; um usou a escala de 30 itens,²¹ e o outro usou a escala de 15 itens.²⁰ Todos os estudos usaram instrumentos validados para uso em português brasileiro.

A Tabela 1 mostra que, nas análises bivariadas, doze estudos reportaram prevalência segundo raça/cor da pele.¹⁸⁻²⁹ Somente dez artigos incluíram raça/cor da pele na análise multivariada^{16-18,20,22,23-26,28}; em um estudo, a ausência de raça/cor da pele no modelo multivariada foi devido ao uso de regressão *step-wise*.²⁷

Prevalência

Dos estudos sobre depressão na população geral, um reportou prevalência por raça/cor da pele e achou uma prevalência maior nos grupos de não-Branças (Morena: 12,0%, Mulata: 15,7%, e Preta: 11,2%) em comparação com pessoas Brancas (9,4%).¹⁸ Um dos estudos sobre Transtornos Mentais Comuns (TMC) achou uma prevalência maior entre as pessoas Negras (51,6%) do que entre as pessoas Brancas (37,0%), mas uma prevalência menor entre as pessoas Pardas (32,8%)—mas as diferenças não foram significantes.²⁴ Outro estudo sobre os TMC achou uma prevalência significamente maior de TMC nas pessoas Pretas/Pardas do que em pessoas Brancas, um achado observado para mulheres e para homens.²³

Sintomas de depressão foram visto mais em mulheres Negras (52,8%) do que mulheres Brancas (42,3%).¹⁹ Nos idosos, a prevalência de sintomas depressivos ou morbidade por depressão foi significamente maior em não-Branços que em Brancos.^{20,22} A diferença entre não-brancos variou—um estudo mostrou uma prevalência maior em Afro-Brasileiros (46,5%) e no grupo Multirracial (45,7%) que nos Brancos (37,8%),²² e mas outro achou quase a mesma prevalência entre pessoas Pretas e Brancas (17,0% vs. 17,1%) e a prevalência maior foi somente nas pessoas Asiáticas/mulattas/indígena

(25,0%)²⁰. Um estudo achou uma prevalência menor nas pessoas não-Branças (22,7%) que nas pessoas Brancas (27,5%) mas a diferença não foi significativa.²¹ Para depressão antepartum e pós-parto, nenhum dos estudos achou uma diferença na prevalência estatisticamente significativa em relação raça/cor de pele.²⁵⁻²⁹

Análises Multivariadas

As análises multivariadas mostraram resultados contraditórios, como pode ser visto na Tabela 1. Em um estudo, a razão de prevalência de depressão foi menor em Negras em comparação com Brancas (OR=0,72; 95% IC: 0,56-0,94), e essa diferença foi estatisticamente significativa¹⁶—mas outro estudo da população em geral mostrou que os grupos de Morena (OR=1,30; 95% IC: 0,85-2,01), Mulata (OR=1,78; 95% IC: 1,09-2,90) e Negra (OR=1,14; 95% IC: 0,70-1,87) tem uma maior chance de ter depressão que Brancas.¹⁸ Essa diferença foi significativa somente entre as Mulatas. O estudo de BASTOS et al (2014) feito com estudantes universitários de graduação, que ajustou por discriminação, não achou uma diferença significativa entre pessoas pardas/negras e brancas em relação aos TMC (OR=0,9; 95% IC: 0,5-1,4).²⁴ Entretanto, outro estudo que não ajustou por discriminação achou uma prevalência de TMC 1,25 vezes maior em mulheres pardas que em mulheres brancas (95% IC: 1,09-1,43); o mesmo padrão foi observado em homens (1,18 vezes maior), mas a significância do achado foi limítrofe (95% IC: 0,98-1,42).²³

Os estudos sobre idosos mostraram uma prevalência (PR=1,41; 95% IC: 1,07-1,86) e uma chance (OR=1,21; 95% IC: 0,99-1,48) maior de ter morbidade por depressão no grupo multirracial. Os idosos Afro-Brasileiros também mostraram uma chance maior (OR=1,22; 95% IC: 0,98-1,53) de ter morbidade por depressão do que em Brancos.^{20,22}

Para depressão antepartum, um estudo achou uma associação significativa com raça/cor—as não-Branças tiveram uma prevalência 1,48 vezes maior que em Brancas.²⁶ A prevalência de depressão pós-parto também foi significativamente maior para as não-Branças (1,85 vezes maior que em Brancas; 95% IC: 1,11-3,08).²⁶ Somente um estudo avaliou ansiedade, e foi sobre ansiedade antenatal, mas não achou resultados significantes.²⁵

Na Tabela 2, pode-se ver que quase todas as associações significantes foram na direção positiva entre raça e transtornos mentais—especificamente, para o grupo de não-Brancas. A maioria dos estudos foi realizada nos estados de Rio de Janeiro ou Rio Grande do Sul, e a maioria dos estudos tiveram amostras em que maior do que 50% dos participantes eram Brancas.

LIMITAÇÕES

Esses estudos podem ser avaliados para identificar uma tendência na literatura em relação a associação entre raça/cor da pele e transtornos mentais, mas há importantes dificuldades com relação à comparabilidade dos estudos, principalmente, em função das diferenças em relação aos transtornos mentais estudados, as diferentes populações estudadas e a diferença em instrumento e ponto de corte utilizados. Entretanto, existem poucos estudos que tratam sobre esse tema no Brasil, o que, por si só, demanda examinar o pouco que existe para estimular o interesse para a realização de novos estudos.

Outra dificuldade é que, apesar de todos os estudos terem avaliado a raça/cor da pele, alguns foram conduzidos em amostras homogêneas em relação a raça/cor. Quase a metade desses estudos teve uma amostra composta por percentuais de 75% de pessoas Brancas. Ainda que seja possível examinar a associação entre raça/cor e transtornos mentais com uma amostra assim, o resultado será menos confiável em decorrência dos números pequenos para as outras categorias raciais na análise.

DISCUSSÃO

Os estudos transversais que existem sobre transtornos mentais e raça identificados nessa revisão sugerem que a prevalência de transtornos mentais é maior na população Negra que na população Branca. Os estudos achados sugerem que existe uma possível associação entre ser Negro e transtornos mentais. Essa conclusão não foi universal na literatura, mas, quando foram observadas as associações significantes, quase todas eram na direção positiva entre ser Negra e ter transtornos mentais. Há

necessidade de mais exploração científica para a obtenção de evidências mais firmes—especialmente porque quase a metade da literatura brasileira nesse tema foi conduzida com amostras homogêneas em termos de raça. Por exemplo, dos 14 estudos que incluíram raça como uma variável de análise, seis tiveram amostras que eram mais de três quartos Branca. Segundo o Censo de 2010, 47,7% da população é Branca, e 50,7% é Negra (composto de 7,6% Preta e 43,1% Parda)³⁰; esses seis estudos foram realizados no Sul e Sudeste, onde há uma maior predominância da população Branca. Dos estudos com uma amostra mais heterogênea, e, conseqüentemente, maior poder estatístico para avaliar associação, todas as associações significantes eram na direção positiva. Devem ser feitos esforços para realizar mais estudos sobre saúde mental em amostras variadas.

Não existe uma relação biológica entre raça e saúde, então não tem uma base biológica para a associação entre raça e saúde mental^{31,32}. A necessidade de estudar essa associação vem da necessidade de identificar as populações com a maior carga de transtornos mentais—assim será possível entender quem mais precisa de tratamento e entender os fatores de risco que vem do ambiente, do contexto, e da sociedade para eventualmente prevenir esses transtornos. Como a associação não é biológica, ela pode ser alterada. Se os fatores de risco ou fatores causais fossem identificados, eles poderiam ser prevenidos e a associação entre raça/cor e transtornos mentais poderia ser reduzida ou até eliminada. Daí a importância da realização de pesquisas brasileiras para se entender esse problema no Brasil. A idéia que desigualdades raciais em saúde vem da biologia e genética já foi descartada, e outras teorias já a substituíram. A teoria de estresse foi colocada, e foi apoiada por vários estudos que acharam que o estresse contribuiu muito na diferença entre as raças na prevalência de transtornos mentais,⁸ e que a discriminação relacionada à raça é nociva à saúde.^{9,33} Uma meta-análise relatou que discriminação percebida é diretamente relacionada a saúde mental pior, e que estudos experimentais mostraram que experiências de discriminação podem produzir um estresse psicológico intensificado.³⁴ Existe uma tendência que artigos sobre saúde mental focalizam a raça ou a discriminação. Mas nessa tendência falta um ponto importante—que a experiência de discriminação é igualmente nociva à saúde de todo mundo, mas a população Negra

sofre uma carga maior dos desfechos associados com discriminação porque essa população tem uma maior probabilidade de sofrer experiências de discriminação. Um estudo mostrou que Brasileiros Negros tem uma chance 1,5 vezes maior que Brancos de ter uma experiência de discriminação, mesmo depois de ajustar por salário, escolaridade, status social e problemas de saúde.³⁵ Estudos que examinam a associação entre discriminação e saúde mental são importantes e necessários, mas eles devem também reportar os resultados segundo raça para mostrar quais grupos populacionais são mais afetados pelo risco que a discriminação estabelece.

A revisão aponta a necessidade para mais pesquisa sobre raça e saúde mental, e mais informação sobre a carga de transtornos mentais na população negra. A busca inicial dessa revisão achou 262 artigos. Muitos desses artigos mencionaram raça—mas só quando eles descreveram as características demográficas da amostra. Os que incluíram raça na análise, muitas vezes, não relataram a prevalência dos transtornos mentais segundo raça, ou eles não incluíram raça na análise multivariada. Mais esforços devem ser feitos para incluir raça nas análises.

Oito dos 14 estudos nessa revisão foram realizados no Sul ou Sudeste do Brasil, um padrão, no geral, observado nas pesquisas sobre saúde mental.³⁶ Diversidade geográfica também é importante na pesquisa, porque podem existir diferenças regionais na associação entre raça e saúde mental. Realizar pesquisa sobre raça e saúde mental fora do Sul/Sudeste também é necessário do ponto de visto estatístico. Como existe menos variedade racial no Sul, muitos dos estudos do Sul não têm números grandes de participantes negros para analisar essa relação.

Essa revisão serve para enfatizar o estado da literatura sobre esse tema: a literatura corrente é pequena e fragmentada. Poucos estudos nacionais sobre saúde mental incluem raça, e quando eles incluem raça usam categorias raciais diferentes. A falta de normatização sobre como categorizar raça nesses estudos causa dificuldades em comparar os resultados de diferentes estudos. Alguns usaram o binário Branca/Não-Branca, e outros incluíram categorias a parte para Mulata ou Morena. Isso reflete a complexidade de categorização e percepção de cor da pele e raça no Brasil, mas também dificulta a interpretação da pesquisa. Por causa da diferença na categorização

racial, não foi possível resumir uma estimativa da prevalência desses transtornos mentais segundo raça/cor da pele. Pesquisas futuras deveriam usar as categorias do Censo na classificação da raça/cor da pele. Assim a literatura sobre raça/cor da pele e saúde mental pode ser mais comparável e pode esclarecer esse relacionamento.

REFERÊNCIAS

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm JR, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575-86.
2. Schramm, JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos, MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saude Colet* 2004; 9(4): 897-908.
3. Chor D, Lima CR. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 586–594.
4. Heringer R. Desigualdades sociais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saúde Pública*, 2002; 18 (Suppl): 57–65.
5. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1595-1601.
6. Solar O, Irwin AA. Conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2010.
7. Warner DF, Brown TH. Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. *Soc Sci Med* 2011; 72 (8): 1236-1248.
8. Turner RJ, Avison WR. Status variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status and gender. *J Health Soc Behav* 2003; 44(4): 488-505.
9. Williams DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress and discrimination. *J Health Psychol* 1997; 2: 335–351.
10. Breslau J, Kendler KS, Su M, Gaxiola-Aguilar S, Kessler RC. Lifetime risk and persistence of psychiatric disorders across ethnic groups in the United States. *Psychol Med* 2005; 35(3).
11. Warheit GJ, Holzer CE, Arey SA. Race and mental illness: an epidemiologic update. *J Health Soc Behav* 1975;16(3): 243-256.
12. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psych* 1994; 51: 8-19.
13. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health* 2005; 95(6).
14. Harris KM, Edlund MJ, Larson S. Racial and ethnic differences in the mental health problems and use of mental health care. *Med Care* 2005; 43: 775-784.
15. Munn Z, Moola A, Riitano D, Lisy K. The development of a critical appraisal tool for use in systematic reviews addressing questions of prevalence. *Int J Health Policy Manag* 2014; 3(3): 123-128.
16. Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *J Affect Disord* 2013; 150: 401-407.

17. Pavão ALB, Ploubidis GB, Werneck G, Campos MR. Discrimination and health in Brazil: Evidence from a population-based survey. *Ethn & Disease* 2012; 22.
18. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James SA, Kawachi I. *Soc Sci Med* 2004; 59: 1339-1353.
19. Guimarães JMN, Lopes CS, Baima J, Sichieri R. *J Affect Disord* 2009; 117: 120-123.
20. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in the urban area of Bagé, RS. *Rev Brás Epidemiol* 2005; 18(1): 1-12.
21. Quatrin LB, Galli R, Moriguchi EH, Gastal FL, Pattussi MP. Collective efficacy and depressive symptoms in Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2014; 59: 624-629.
22. Blay SL, Andreoli SB, Fillenbaum GG, Gastal FL. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(9).
23. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(Supl 2): 25-32.
24. Bastos JL, Barros AJD, Paradies Y, Faerstein E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(1): 175-186.
25. Faisal-Cury A, Menezes PR. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 25-32.
26. Melo EF, Cecatti JG, Pacagnella RC, Leite DBF, Vulcani DE, Yakuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord* 2011; 136: 1204-1208.
27. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(12).
28. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psych* 2008; 8(1).
29. Ruschi GEC, Sun SY, Mattar R, Filho AC, Zandonade E, Lima VJ. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Rev Psiquiatr RS* 2007; 29(3): 274-280.
30. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em 27 jul. 2014.
31. Cooper R, David R. The biological concept of race and its application to public health and epidemiology. *J Health Politics* 1986; 97.
32. Goodman AH. Why genes don't count (for racial differences in health). *Am J Public Health* 2000; 90(11).

33. Goto JB, Couto PF, Bastos JL GOTO. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(3): 445-459.
34. Pascoe EA, Richman LS. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 125(4).
35. Macinko J, Mullachery P, Proietti FA, Lima-Costa MF. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. *Int J Equity Health* 2012; 11(80).
36. Medeiros EN, Ferreira M, Vianna RP. Estudos epidemiológicos na área de saúde mental realizados no Brasil. *Online Braz J Nurs* 2006; 5(1).

Figura 1. Processo de identificar artigos para inclusão na revisão sistemática

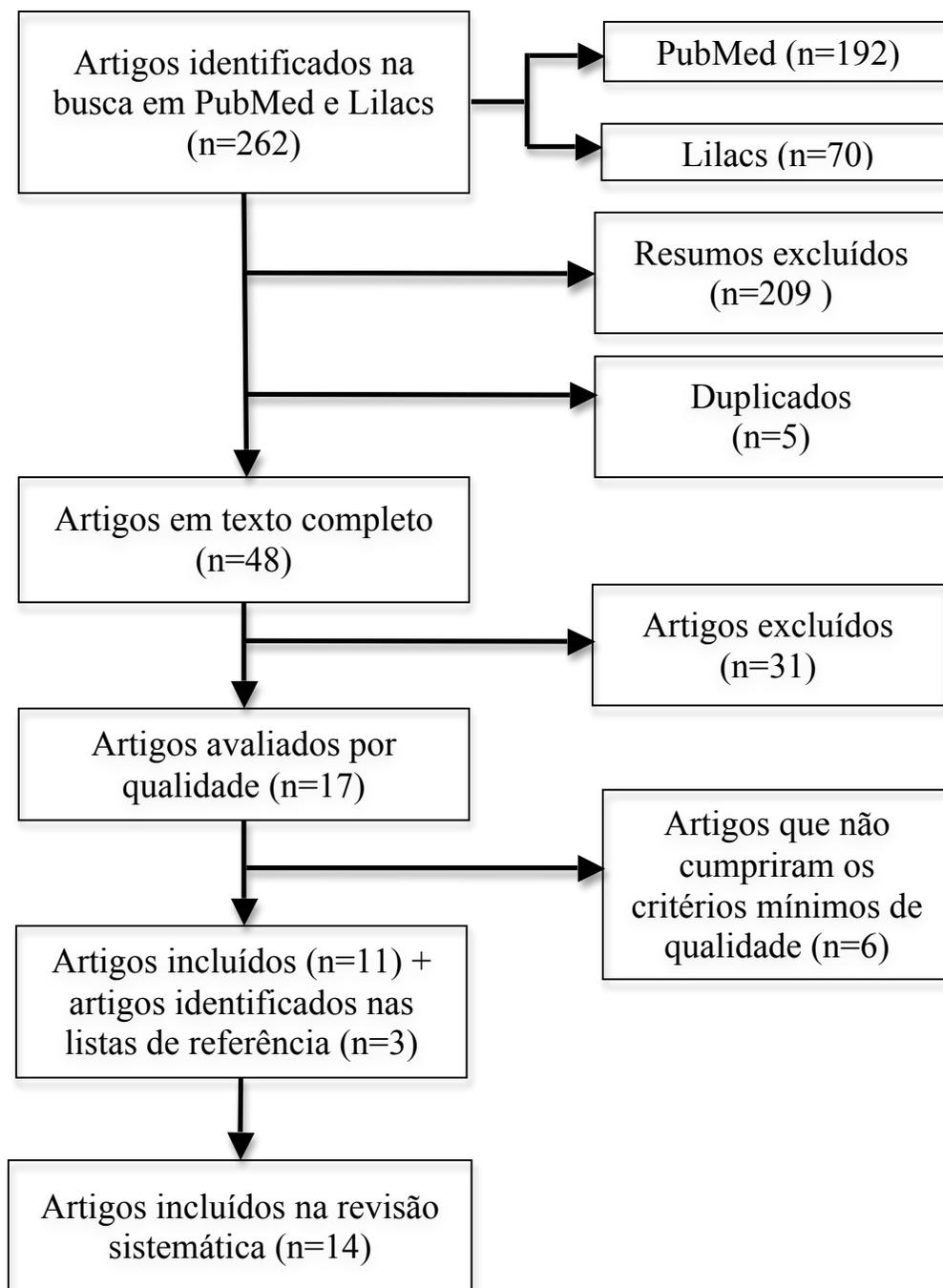


Tabela 1. Informações sobre os estudos incluídos

Autores	População do Estudo	Instrumento Usado	Prevalência segundo raça/ cor da pele	Medida de Associação (IC 95%)
Estudos de Depressão				
MUNHOZ; SANTOS; MATIJASEVICH, 2013 ¹⁶	Adultos, 20+ (n=2925)	PHQ-9 ponto de corte ≥9	<i>Prevalência não relatado</i>	<u>Razão de Prevalência</u> Preta: 0.72 (0.56-0.94) Outras: 1.12 (0.89-1.41)
PAVÃO et al, 2012 ¹⁷	Adultos, 20+ (n=3863)	Auto-relato que foi informado pelo médico que tem depressão	<i>Prevalência não relatado</i>	<u>Odds Ratio</u> Mulata: 1.00 (ref) Preta: 1.35 (0.91-2.01)
ALMEIDA-FILHO et al, 2004 ¹⁸	Adultos (n=2302)	PSAD do QMPA ponto de corte ≥23 no PSAD combinado com ≥13 no sub-escala	Branca: 9.4% Morena: 12.0% Mulata: 15.7% Preta: 11.2% [†]	<u>Odds Ratio</u> Moreno: 1.30 (0.85-2.01) Mulata: 1.78 (1.09-2.90) Preta: 1.14 (0.70-1.87)
			Não-Branca (combinado): 12.7% [†]	Não-Branca (combinado): 1.40 (0.94-2.09)
Estudos de Sintomas Depressivos				
GUIMARAES et al, 2009 ¹⁹	Mulheres de meia-idade (n=1249)	PRIME-MD, casos determinados pelo resposta de "sim" para três perguntas	Branca: 42.3% Mulata: 46.4% Preta: 52.8%*	--
BRETANHA et al, 2005 ²⁰	Idosos, 60+ (n=1593)	GDS-15, ponto de corte ≥6	Branca: 17.0% Preta: 17.1% Amarela/Parda/Indígena: 25.0%	<u>Razão de Prevalência</u> Preta: 0.96 (0.65-1.43) Amarela/Parda/Indígena: 1.41 (1.07-1.86)
QUATRIN, et al, 2014 ²¹	Idosos, 60+ (n=1007)	GDS-30, ponto de corte ≥11	Branca: 27.5% Não-Branca: 22.7%	--
BLAY et al, 2007 ²²	Idosos, 60+ (n=6961)	6-item versão do SPES Schedule (SPES), ponto de corte ≥2	Branca: 37.8% Afro-Brasileira: 46.5% Amarela: 34.8% Multirracial: 45.7%*	<u>Odds Ratio</u> Afro-Brasileira: 1.22 (0.98-1.53) Amarela: 0.90 (0.35-2.32) Multirracial: 1.21 (0.99-1.48)

Se não designado como outro, o grupo racial de referência é o grupo de pessoas Brancas.

*valor de p <0.05

† valor de p não relatado

Autores	População do Estudo	Instrumento Usado	Prevalência segundo raça/ cor da pele	Medida de Associação (IC 95%)
Estudos de Transtornos Mentais Comuns				
ANSELMINI et al, 2008 ²³	Adultos jovens, 23-24 (n=4285)	SRQ-20, ponto de corte ≥8 para mulheres, ≥6 para homens	<i>Homens:</i> Branca: 21.9% Negra: 26.9%* <i>Mulheres:</i> Branca: 30.0% Negra: 41.1%*	<u>Razão de Prevalência</u> <i>Homens:</i> Negros: 1.18 (0.98-1.42) <i>Mulheres:</i> Negras: 1.25 (1.09-1.43)
BASTOS, et al, 2014 ²⁴	Estudantes de graduação (n=424)	GHQ-12, ponto de corte ≥3	Branca: 37.0%; Parda: 32.8%; Preta: 51.6%	<u>Odds Ratio</u> Negra: 0.9 (0.5-1.4)
Estudos de depressão relacionado à gravidez				
FAISAL-CURRY & MENEZES, 2007 ²⁵	Mulheres grávidas (n=432)	Depressão antenatal: BDI, ponto de corte ≥16 Ansiedade antenatal: STAI, ponto de corte ≥41	Branca: 19.9% Não-Branca: 19.1% [†] Branca: 58.8% Não-Branca: 63.0% [†]	<u>Odds Ratio</u> Não-Branca: 0.95 (0.5-1.81) Não-Branca: 1.19 (0.70-2.00)
MELO et al, 2011 ²⁶	Mulheres grávidas, 18+ (n=555)	Depressão Antepartum EDPS, ponto de corte ≥12 Depressão Pós-partum EDPS, ponto de corte ≥12	Branca: 34.9% Não-Branca: 65.1% Branca: não relatado Não-Branca: 70.0%	<u>Razão de Prevalência</u> Não-Branca: 1.48 (1.09-2.01) Não-Branca: 1.85 (1.11-3.08)
PEREIRA et al, 2009 ²⁷	Mulheres grávidas (n=331)	Depressão durante a gravidez: CIDI	Branca: 14.1% Não-Branca: 14.3%	--
TANNOUS et al, 2008 ²⁸	Mulheres que pariram recentemente (n=271)	Depressão pós-natal: EDPS, ponto de corte ≥13	Branca: 16.6%, Não-Branca: 28.1% [†]	<u>Razão de Prevalência</u> Não-Branca: 0.80 (0.49-1.32)
RUSCHI et al, 2007 ²⁹	Mulheres de 15-45 anos que pariram nos 31-180 dias anterior (n=292)	Depressão pós-natal: EDPS, ponto de corte ≥12	Branca: 47.8% Preta: 17.4% Parda: 34.8%	--

Se não designado como outro, o grupo racial de referência é o grupo de pessoas Brancas.

*valor de p <0.05

[†] valor de p não relatado

Tabela 2: Localização de estudo, descrição da amostra por raça/cor da pele, e direção de associação multivariada

Autores	Localização do estudo	do	Descrição da amostra por raça/cor da pele	Direção da associação multivariada ^a
MUNHOZ; SANTOS; MATIJASEVICH, 2013 ¹⁸	Rio Grande do Sul		80.1% Branca 12.1% Preta 7.8% Outras	Preta: - * Outras: +
PAVÃO et al, 2012 ¹⁹	Representação de todas as regiões do Brasil		77.2% Mulata 22.8% Preta	Mulata: (ref) Preta: +
ALMEIDA-FILHO et al, 2004 ²⁰	Bahia		14.9% Branca 45.9% Morena 15.9% Mulata 20.7% Preta	Morena: + Mulata + * Preta +
GUIMARAES et al, 2009 ²¹	Rio de Janeiro		43.3% Branca 40.1% Mulata 16.6% Preta	--
BRETANHA et al, 2005 ²²	Rio Grande do Sul		78.6% Branca 8.7% Preta 12.7% Amarela/Parda/Indígena	Preta: - Amarela/Parda/Indígena: + *
QUATRIN, et al, 2014 ²³	Rio Grande do Sul		95.7% Branca 4.3% Não-Branca	--
BLAY et al, 2007 ²⁴	Rio Grande do Sul		84.2% Branca 6.8% Afro-Brasileira 8.6% Multirracial	Afro-Brasileira: + * Multirracial: + *
ANSELMINI et al, 2008 ²⁵	Rio Grande do Sul		78.1% Branca 21.9% Negra	Negra: + *
BASTOS, et al, 2014 ²⁶	Rio de Janeiro		51.4% Branca 32.8% Parda 15.2% Preta	Negra: -
FAISAL-CURRY & MENEZES, 2007 ²⁷	São Paulo		83.0% Branca 17.0% Não-Branca	Não-Branca (Depressão): - Não-Branca (Ansiedade): + Não-Branca: + *
MELO et al, 2011 ²⁸	Pernambuco; São Paulo		45.5% Branca 54.5% Não-Branca	
PEREIRA et al, 2009 ²⁹	Rio de Janeiro		45.0% Branca 55.0% Não-Branca	--
TANNOUS et al, 2008 ³⁰	Porto Alegre		64.6% Branca 35.4% Não-Branca	Não-Branca: -
RUSCHI et al, 2007 ³¹	Espírito Santo		49.0% Branca 16.8% Preta 34.2% Parda	--

^aGrupo de referência = Brancas

* Estatisticamente Significante

5.2 ARTIGO 2

A perspectiva de interseccionalidade na pesquisa quantitativa em saúde: uma análise da associação entre as intersecções de raça e gênero e Transtornos Mentais Comuns

Resumo

Introdução: Interseccionalidade refere-se ao fato que nossas identidades sociais interagem em si e interagem com fatores sociais e estruturais para produzir desigualdades em saúde. Apesar da sua relevância na área de Saúde Coletiva, poucas pesquisas utilizaram essa perspectiva para pesquisa quantitativa em saúde. Esse estudo tem o objetivo de examinar a interação entre raça, gênero e Transtornos Mentais Comuns (TMC) na perspectiva da interseccionalidade. **Metodologia:** O Self-Report Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar os TMC em uma amostra representativa da população de 15 anos ou mais de idade de Feira de Santana, Bahia (n=3273). Os quatros grupos de raça/gênero representaram a intersecção de raça/cor da pele e gênero. Utilizou-se teste de qui-quadrado para comparar a distribuição de variáveis sociodemográficas e variáveis relacionados à TMC entre os quatros grupos (análise bruta e estratificada pelas covariáveis de interesse). Análise de interação foi realizada, na escala aditiva assim como na escala multiplicativa. Uma regressão de Poisson foi conduzida para determinar as razões de prevalência entre os grupos, e homens brancos foi o grupo de referência. Valores de $p \leq 0,05$ foram considerados significantes. **Resultados:** Homens brancos tiveram a menor prevalência de TMC (11,1%) e mulheres negras a maior (37,2%). Ao ajustar para as covariáveis, mulheres negras tiveram uma prevalência de TMC 2,43 vezes maior que homens brancos, a níveis estatisticamente significantes. A avaliação de interação indicou a presença de interação na direção positiva na escala aditiva e multiplicativa. **Discussão:** Os resultados confirmaram que ser ao mesmo tempo mulher e negra leva uma carga significativamente grande de TMC. Essa prevalência foi significativamente maior do que era esperado em uma análise tradicional que trata raça e gênero como fatores

separados. Isso mostra a importância da perspectiva de interseccionalidade, e acrescenta nova dimensão ao entendimento de como identidades sociais afetam a saúde mental.

Abstract:

Introduction: Despite its relevance to public health, few studies have applied the perspective of intersectionality to quantitative health research. Intersectionality as applied to public health argues that the intersection of our social categories interacts with structural societal factors to produce health inequities. This study aims to examine the interaction between race, gender, and Common Mental Disorders (CMD) using the perspective of intersectionality. **Methods:** The presence of CMD was assessed among a representative sample of adults 15 and older in Feira de Santana, Bahia, Brazil, using the Self-Report Questionnaire (n=3273). The four race/gender groups represented the intersection of race and gender. We described the sample, using a Chi-square test to compare the distribution of sociodemographic covariates and other CMD-related factors between these four groups, and a Chi-square test was also used to compare the prevalence of CMD according to the covariates. A full analysis of statistical interaction was carried out, on both the additive and multiplicative scales. A Poisson regression was used to determine prevalence ratios, with white men as the reference group. All p-values less than or equal to 0.05 were considered significant. **Results:** White men had the lowest prevalence of CMD (11.1%), and Black women had the highest prevalence (37.2%). After adjusting for covariates, Black women had a prevalence of CMD 2.43 times higher than White men, and this was the only group that was statistically significantly different. Interaction was found in the positive direction on both additive and multiplicative scales. **Discussion:** This study found that being both Black and a woman bears a high burden of CMD, and that the prevalence of CMD in Black women is significantly higher than would be expected from an analysis that treats race and gender as separate factors. This demonstrates the importance of the perspective of intersectionality, and how it adds dimension to our understanding of how social identities like race and gender are associated with mental health.

Keywords: Intersectionality, race, gender, mental health, Common Mental Disorders

INTRODUÇÃO

Pesquisas sobre desigualdades em saúde reconhecem a importância de identidades sociais e categorias sociais, como gênero e raça (ARAÚJO et al, 2000; KRIEGER et al, 2003; CHOR; LIMA, 2005; MENDOZA SASSI; BÉRIA, 2007). A perspectiva de interseccionalidade tem ganhado atenção na área de saúde pública por ter a habilidade de identificar como a experiência do indivíduo é formada pela intersecção de categorias sociais (BOWLEG, 2012). Pesquisas no Brasil já investigaram as associações entre gênero e saúde, e raça e saúde, mas ainda há pouco entendimento sobre as intersecções de raça e gênero e como elas podem interagir para influenciar a saúde.

Identidades sociais como raça e gênero são relevantes na pesquisa sobre saúde porque determinam a “estrutura de oportunidade” por prover caminho ou servir como barreira às oportunidades educacionais, econômicas e sociais ou recursos de saúde, assim como exposições aos fatores de risco (WARNER; BROWN, 2011). No caso da saúde mental, em particular, gênero é um construto social (GOODMAN, 2000; KRIEGER, 2003b; ALMEIDA-FILHO, 2004). Uma revisão crítica da literatura revisou as teorias sobre a associação entre gênero e depressão, e concluiu que a biologia não explica as diferenças de gênero (PICCINELLI; WILKINSON, 2000). A maioria das pesquisas sobre desigualdades em saúde tende a focar em uma identidade social específica, ou em um fator de posição socioeconômica, como se fossem separados e independentes, e ajustando-se estatisticamente para os outros fatores. A perspectiva da interseccionalidade se fundamenta no argumento que identidades sociais não são mutuamente exclusivas: uma pessoa não tem ou uma raça ou uma posição socioeconômica. Examinar essas identidades sociais como se fossem independentes leva à perda da complexidade e das nuances das intersecções entre identidades (BOWLEG, 2012).

Os três principais pontos da interseccionalidade, relatados por Bowleg, 2012, são: 1) Identidades sociais não são nem uni-dimensionais, nem independentes; 2) as pessoas vulnerabilizadas, historicamente oprimidas ou marginalizadas, são o foco de estudo ou,

pelo menos, o ponto de partida; 3) as várias identidades sociais interagem no nível individual (micro) com os fatores sociais e estruturais (macro) para produzir desigualdades em saúde (BOWLEG, 2012). Essa perspectiva procura examinar as intersecções de identidades sociais em vez de examinar cada uma individualmente, com base na suposição de que as categorias funcionam de maneira aditiva—a intersecção de raça, gênero, e posição socioeconômica, por exemplo, não é a mesma coisa que adicionar o efeito de ter baixa posição socioeconômica, ser negra ou ser mulher (HANKIVSKY et al, 2010; BOWLEG, 2012). Interseccionalidade também procura entender quais são os efeitos de ser uma mulher negra de baixa posição socioeconômica e quais fatores sociais produziram esses efeitos. Assim, aplicar essas idéias na área de saúde pode melhorar o entendimento sobre como as identidades sociais afetam a saúde e o que pode ser feito para melhorar a saúde produzida por essas intersecções.

Interseccionalidade é tema pouco estudado na pesquisa quantitativa em saúde. Isto se aplica ao contexto brasileiro também. Para a realização desse estudo a busca feita no Scielo para “interseccionalidade” obteve menos de 25 resultados. Nenhum desses resultados usou somente metodologia quantitativa para estudar saúde. Sendo assim, essa constatação explicita uma lacuna no conhecimento e apresenta uma oportunidade para o futuro da pesquisa sobre raça no Brasil pela perspectiva de incorporar a interseccionalidade e aprofundar o estudo de desigualdades raciais em saúde tendo em conta as diferenças entre grupos marginalizados, e como as desigualdades podem se ampliar (ou ser reduzidas) nas intersecções de identidades sociais. Sem mencionar interseccionalidade especificamente, Chor (2013) enfatiza que a interação entre formas de desigualdade (raça, baixa renda, gênero) pode criar grupos vulneráveis. A perspectiva de interseccionalidade pode revelar relações que uma análise multivariada tradicional não é capaz de mostrar. Por exemplo, Almeida-Filho e outros (2004) estudaram a interação entre gênero, etnia, classe social e transtornos depressivos, mas somente mulheres negras, e não homens negros, tiveram uma prevalência de transtornos depressivos significativamente mais alta depois do ajuste para fatores associados, enquanto raça em geral (não estratificada por gênero) não estava

associada com transtornos depressivos (ALMEIDA-FILHO et al, 2004). Portanto, a análise apenas global do desfecho não foi capaz de identificar as diferenças decorrentes do entrecruzamento entre gênero e raça que a análise por estratos foi capaz de evidenciar.

Portanto, incorporar interseccionalidade no estudo de saúde mental pode revelar associações até então inconclusivas ou não observadas. Pesquisas sobre esta temática evidenciam, consistentemente, prevalência maior de transtornos mentais entre mulheres em comparação aos homens, com exceção de transtornos psicóticos e transtornos de uso de substâncias (ALMEIDA-FILHO et al, 1997; LUDERMIR, 2008; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2007; MCLEAN et al, 2011). Porém, não há uma explicação clara ou consensual para essa diferença. Pesquisadores sugeriram várias hipóteses, dentre elas a de que mulheres e homens têm vulnerabilidades diferentes aos transtornos mentais, diferentes estilos de enfrentamento e (ou) diferentes recursos pessoais para lidar com transtornos mentais (PICCINELLI; WILKINSON, 2000; HAMMERSTRÖM et al, 2009; ROSENFELD; MOUZON, 2013). Outras teorias para explicar a maior prevalência de transtornos mentais em mulheres incluem diferenças na percepção da saúde ou no comportamento de promover saúde (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2007), os papéis sociais e carga doméstica (WEICH et al, 2001; ROSENFELD; MOUZON, 2013) e discriminação de gênero podem afetar também a posição socioeconômica (SOLAR; IRWIN, 2010). O uso da perspectiva interseccional—incorporar raça em análises de gênero e saúde mental—pode contribuir para melhor explicar a associação. Poucas pesquisas foram feitas para estudar a relação entre raça e saúde mental, mas a literatura até agora mostra uma chance aumentada de transtornos mentais na população negra em comparação com a população branca (BLAY et al, 2007; ANSELMINI et al, 2008; MELO et al, 2011).

Esse estudo adotou a perspectiva da interseccionalidade para estudar raça, gênero e Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) referem-se à constelação de sintomas de depressão ou ansiedade e sintomatologia psicossomática que não se encaixam em um diagnóstico clínico de depressão ou

ansiedade. Uma pessoa pode ter sintomas de depressão que causam incapacidade e morbidade, mas não serão categorizadas como “transtorno de depressão”. Mesmo que os TMC não causem uma morbidade tão grave como os transtornos mentais severos, eles causam perda da funcionalidade que pode causar sofrimento na vida do indivíduo, e pode afetar esse indivíduo por muito tempo. Pacientes com TMC geralmente chegam nos postos de saúde com sintomas somáticos comuns, fato que contribui para os baixos níveis de detecção (KESSLER et al, 1999). Em adição ao efeito sobre o indivíduo, como os TMC são comuns, eles têm efeitos graves na comunidade em termos de sofrimento, incapacidade e custo à sociedade (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Aspectos metodológicos específicos devem ser considerados na perspectiva da abordagem interseccional em pesquisa quantitativa. Essa perspectiva é originária do movimento do feminismo negro, e foi aplicada inicialmente nas ciências sociais, em estudos de gênero e estudos jurídicos com métodos, principalmente qualitativos. Todavia, a abordagem interseccional cresceu em visibilidade e vem sendo aplicada à psicologia e saúde pública (BOWLEG, 2012; KELLY, 2009). Interseccionalidade continua a ser usada na pesquisa qualitativa, mas pesquisadores na área de saúde pública também têm estabelecido esforços para capturar as intersecções com o emprego de análise quantitativa (MCCALL, 2005; KELLY, 2009; HANKIVSKY et al, 2010). Essa perspectiva tem valor reconhecido para pesquisa quantitativa, mas as tentativas de aplicar conceitos estatísticos para captar a interseccionalidade têm provado ser um desafio metodológico (MCCALL, 2005; BOWLEG, 2008). Vários autores têm comentado sobre essas dificuldades, que incluem a complexidade de análise incluindo muitos grupos em vez de dois grupos (exposto/não exposto), o que requer o uso de modelos estatísticos mais complexos. Outra dificuldade decorre da confusão produzida pela sobreposição da terminologia teórica usada na literatura sobre interseccionalidade com a terminologia estatística (e.g. “aditiva”) (MCCALL, 2005; BOWLEG, 2008; BAUER, 2014).

Estudos prévios usaram uma variedade de métodos estatísticos para capturar a complexidade que a interseccionalidade pretende identificar. O uso de interação estatística é uma abordagem comum. Greenland e Rothman (2008, p. 329) definem interação estatística como um “desvio de aditividade dos efeitos na escala escolhida”. Aditividade, nesse contexto, significa que o risco do desfecho quando ambos os fatores A e B estão presentes é igual ao somatório do risco quando somente o fator A está presente mais o risco quando somente o fator B está presente. O desvio de aditividade ocorrerá, por exemplo, se o risco é consideravelmente maior quando ambos fatores A e B estão presentes do que o esperado com o risco do fator A isolado mais fator B isolado. Isso está de acordo com a perspectiva da interseccionalidade porque reconhece que as ‘exposições’ (no caso, as identidades sociais) são dependentes uma da outra e que as intersecções (no caso, quando ambos os fatores A e B estão presentes) têm um efeito complexo que não pode ser previsto considerando cada um fator separadamente. Ou seja, há um efeito no desfecho que é produzido somente quando ambos os fatores estão atuando juntos.

Interação estatística é mais comumente usada na pesquisa de interseccionalidade na forma de regressões logísticas pelo uso de termos-produtos, também chamados “termos de interação” (Hinze, Lin & Andersson; Veenstra, 2011). Do ponto de vista estatístico, essa abordagem opera na escala multiplicativa de interação. No entanto, muitos autores enfatizam a importância de interação na escala aditiva para uso em prevenção de doença e saúde pública (Knol & VanderWeele, 2014; Bauer, 2014). Um método para estimar interação na escala aditiva é o Risco em Excesso devido a Interação (RERI), que pode ser calculado com a fórmula $OR_{11}-OR_{01}-OR_{10}+1$, ou nesse caso $RP_{11}-RP_{01}-RP_{10}+1$ (OR=Odds Ratio; RP=Razão de Prevalência). No subscrito nas equações, 0 ou 1 significam, respectivamente, a ausência ou presença de cada fator de exposição; assim, por exemplo, 01 significa a ausência do primeiro fator e a presença do segundo fator de exposição. Um RERI maior que zero indica um desvio de aditividade: o efeito quando fatores A e B estão presentes, é maior do que o esperado com o somatório dos efeitos de cada um independentemente.

Para estimar interação na escala multiplicativa, pode usar um termo-produto em análise multivariada, representado pela fórmula $OR_{11}/(OR_{01} * OR_{10})$, ou $PR_{11}/(PR_{01} * PR_{10})$. Quando a razão é igual a um, isso indica que não existe interação multiplicativa. Uma razão maior que um indica uma interação positiva—o risco quando os fatores A e B estão presentes é maior do que o esperado com a multiplicação dos efeitos de cada um separadamente.

Esses métodos de estimar interação são apropriados à interseccionalidade porque eles tratam cada intersecção como uma categoria em si e também mostram o valor acrescido do risco pela exploração dessas intersecções independentemente, i.e., a presença de interação estatística. Um aspecto desafiador na interpretação da interação é a dependência da escala, como mencionaram Greenland e Rothman (2008, p. 329). O exame de interação na escala aditiva pode indicar que a interação está presente, enquanto que o exame dos mesmos dados na escala multiplicativa pode mostrar a ausência de interação (KNOL; VANDERWEELE, 2014). Knol e VanderWeele esclarecem que a presença de interação meramente indica que ambas as exposições tem um efeito sobre o desfecho, então eles recomendam apresentar análises de interação em ambas as escalas, multiplicativa e aditiva. Os termos de interação podem indicar a presença de interseccionalidade, mas os pesquisadores precisam explorar o contexto e pensar criticamente para identificar o significado dessa interseccionalidade e identificar os fatores (ou sistemas) contribuintes. Esse estudo tem como objetivo examinar a interação entre raça, gênero e TMC com base na perspectiva da interseccionalidade.

MÉTODOS

Os dados foram coletados em 2007, em estudo de uma amostra representativa da população de 15 anos ou mais de idade residente na área urbana de Feira de Santana, a segunda maior cidade do estado da Bahia. A população de Feira de Santana em 2014 era de 612.000 habitantes. Dados demográficos mais detalhados do Censo de 2010 mostram que Feira de Santana tinha uma população de 556.642, com 510.635 na área urbana e 46.007 na área rural. Desse total, 52,6% era população feminina. A auto-

classificação racial do Censo mostrou que 55,8% da população é parda, 23,1% é preta, 19,9% da população é branca, 1% é amarela e 0,2% é indígena (IBGE, 2014b).

A amostra representativa foi obtida pela amostragem por multi-estágio por conglomerado. O processo de estratificação conteve varias etapas: a cidade foi estratificada por subdistritos da zona urbana usando dados do Censo do IBGE; em cada subdistrito foram escolhidos setores censitários aleatoriamente; em cada setor censitário foram escolhidas ruas aleatoriamente; cada domicilio nas ruas escolhidas foi visitado e todos os individuos residentes nesses domicílios maiores de 15 anos de idade foram elegíveis a participar no estudo. Os instrumentos de pesquisas, estratégias e procedimentos metodológicos foram precisamente testados em estudo piloto. Todos os entrevistadores foram treinados antes da coleta dos dados e até três visitas foram feitas para cada domicilio. Para essa pesquisa todas as pessoas que se auto classificaram como branca, parda, ou preta foram incluídas na análise.

Variáveis

Variável dependente: O “Self-Reporting Questionnaire” (SRQ-20) foi utilizado para avaliar a presença de TMC. O SRQ-20 avalia, nos últimos 30 dias, os sintomas de depressão e ansiedade que se constituem nos TMC. Esse instrumento foi validado para uso no Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986), e também foi validado para uso nessa população com um ponto de corte de 6/7, que resulta em um *Receiver Operator Characteristic Curve* (ROC) de 0,789 (SANTOS et al, 2010).

Variáveis independentes: As variáveis independentes nesse estudo foram raça/cor da pele e gênero auto-relatados. A raça/cor foi categorizada de acordo com as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Censo nacional: *branca, amarela, parda, indígena e preta*. Participantes auto-relataram raça/cor da pele em resposta a pergunta “Como você classificaria a cor da sua pele?” Nesse estudo, pessoas que responderam *amarela, indígena* ou *não sabe* foram excluídos da amostra analisada. As respostas de *parda* e *preta* foram agrupadas para formar o grupo *negra*. Para fins de análise, quatro grupos foram criados: homens brancos, homens negros, mulheres brancas e mulheres negras.

Covariáveis: Outros fatores identificados na literatura como associados com TMC foram incluídos na análise. As covariáveis foram: idade, situação conjugal, escolaridade, situação de emprego, renda (renda mensal em média), realização de atividades de lazer e sobrecarga doméstica (PINHO; ARAÚJO, 2012). A pergunta “Nos últimos 30 dias, você se sentiu emocionalmente chateado, por exemplo com raiva, triste ou frustrado, em função de como você foi tratado por causa de sua raça/cor da pele?” foi utilizada como uma proxy bruta de experiência de discriminação racial. A pergunta foi adaptada do módulo “Reações à raça” do Survey de Vigilância dos Fatores de Risco Comportamentais, o “Behavioral Risk Factor Surveillance Study” usado nos Estados Unidos (CDC, 2011).

Análise Estatística

Análise descritiva: A amostra foi descrita segundo os quatro grupos de raça/gênero de acordo com as covariáveis. Teste de qui-quadrado foi realizado para comparar os grupos. Em seguida, conduziu-se análise bivariada para avaliação de TMC e segundo as covariáveis. Associações com valores de $p \leq 0,05$ foram considerados significantes.

Análise de interação estatística:

A razão de prevalência foi determinada por um modelo de regressão de Poisson, levando em conta o desenho de amostragem complexa (método padrão do Stata, com estimação de variância através de linearização) e ajustado para as covariáveis. Uma análise de interação estatística foi realizada seguindo o método recomendado por Knol e VanderWeele (2012). Primeiro, a prevalência de TMC foi calculada para os quatro grupos de raça x gênero. Depois, a associação entre a intersecção de raça e gênero, para os quatro grupos de raça e gênero, e TMC foi calculada usando, como medida de associação, as razões de prevalência. Homens brancos foi o grupo de referência. Uma análise de modificação de efeito foi realizada: a associação entre cada exposição e TMC foi calculada dentre dos estratos da outra exposição (i.e. a associação entre raça e TMC dentre dos estratos de gênero, e a associação entre gênero e TMC dentre os estratos de raça). Finalmente, a interação estatística foi examinada segundo as escalas multiplicativa e aditiva (KNOL; VANDERWEELE; 2014). Essas análises foram ajustadas

por: idade, situação conjugal, situação de emprego, renda mensal em média, realização de atividades de lazer, sobrecarga doméstica e experiência de discriminação racial.

RESULTADOS

A amostra final nessa análise consistiu de 3273 adultos (Tabela 1). A maior parte da amostra tinha entre 15 e 49 anos de idade, e quase a metade tinha parceiro. Aproximadamente, 64% não tinha emprego, e mais de 51% ganhavam até um salário mínimo. Dois terços tenham ensino fundamental ou menos. Em torno de 85% participavam em atividades de lazer, e mais de 98% não relataram experiência de discriminação racial.

Das 3273 pessoas, 172 (5,3%) eram homens brancos, 782 (23,9%) homens negros, 360 (11,0%) mulheres brancas e 1959 (59,9%) mulheres negras. Parcela significativa das mulheres brancas e homens brancos tinha 50 anos de idade ou mais (35,8% e 29,1%, respectivamente) (Tabela 1). Não houve diferenças estatisticamente significantes em relação a situação conjugal—quase a metade de todos os quatro grupos de raça/gênero relataram ter um companheiro. Para situação de emprego, homens negros foram os mais prováveis de ter um emprego (52,0%), seguido por homens brancos (42,4%). Uma proporção menor de mulheres brancas tinha emprego (25,8%), e menos de um terço de mulheres negras referiram ter um emprego (31,4%). Homens negros foram mais prováveis a ganhar um salário mínimo ou mais (59,3%) e homens brancos também (57,8%); nas mulheres, a situação era o oposto—aproximadamente 69% de mulheres brancas e negras ganharam *menos* que um salário por mês. Em todos os grupos, ensino fundamental ou menos foi o mais comum, porém homens brancos tiveram a maior proporção no ensino médio ou mais (40,7%). Homens negros foram os menos prováveis a terem ensino médio ou mais (27,1%), e a proporção para mulheres brancas foi um pouco maior em relação as mulheres negras (37,6%; 34,7%). A maioria de todos os grupos realizou atividades de lazer—95% de homens brancos, 90% de homens negros, 87,2% de mulheres brancas e 81,3% de mulheres negras. Mais de 90% de homens não tenham sobrecarga doméstica alta. Em comparação, 48,9% de mulheres brancas e 55,8% de mulheres negras tiveram

sobrecarga doméstica alta. Não houve diferenças estatisticamente significantes em relação a experiência de discriminação racial. Porém, nenhum homem branco relatou experiência de discriminação racial, enquanto 1,4% das mulheres brancas, 1,8% dos homens negros e 1,9% das mulheres negras relataram.

Dados da análise bivariada entre TMC e as covariáveis são mostrados na Tabela 2. Todas as covariáveis apresentaram associação significativa com TMC. Uma prevalência menor de TMC foi observada no grupo de menor idade. Ao contrário do que diz a literatura, as pessoas com companheiro tiveram uma prevalência mais alta de TMC, comparadas com pessoas sem companheiro (32,3% vs. 27,3%). Isso pode ser o efeito de como a variável foi dicotomizada, juntando “solteiro” com as demais situações sem parceiro. A prevalência de TMC foi mais alta em pessoas sem emprego, pessoas que ganhavam até um salário mínimo por mês, e pessoas com ensino fundamental ou menos. TMC foi mais prevalente entre as pessoas que não realizaram atividades de lazer, e quase 1,5 vezes mais prevalentes em pessoas com sobrecarga doméstica alta comparado com sobrecarga doméstica baixa. A maior prevalência de TMC (64%) foi observada entre pessoas que relataram experiência de discriminação racial.

A tabela 3 mostra a prevalência de TMC segundo os quatro grupos de raça/gênero, e a razão de prevalência para todos esses grupos em comparação com o grupo de referência (homens brancos). A prevalência menor foi encontrada entre os homens brancos (11,1%), e a prevalência maior entre as mulheres negras (37,2%). Quando raça e gênero foram analisados separadamente, como na análise tradicional de epidemiologia (resultados não mostrados), a prevalência entre as pessoas brancas foi 22,0% em comparação com 31,0% entre as pessoas negras, e 14,8% em homens em comparação com 35,7% nas mulheres sendo essas diferenças estatisticamente significantes. Na análise de interação, os resultados da regressão de Poisson (ajustado pelas covariáveis) mostraram que homens negros e brancos apresentaram prevalência de TMC similar, enquanto mulheres brancas tiveram prevalência maior (de significância estatística marginal). Mulheres negras apresentaram prevalência 2,43 vezes maior de TMC que homens brancos, esse grupo foi o único com diferença estatisticamente

significante. Análises de regressão logística e de regressão de Poisson com variância robusta (sem ajuste para a amostragem complexa) também foram realizadas para comparação, mas não mudaram a interpretação dos resultados.

Na análise de modificação de efeito (Tabela 3), dentre pessoas brancas não havia diferença significativa na prevalência de TMC comparando-se as mulheres e os homens (Tabela 3). Mas entre pessoas negras, mulheres tiveram 2,26 vezes a prevalência em relação ao homens (que foi significativa). Na análise de gênero segundo raça, entre homens, brancos e negros tiveram uma prevalência similar de TMC, porém entre mulheres, as negras tiveram uma prevalência significativamente mais alta que brancas. Portanto, as mulheres negras apresentaram prevalência mais elevada na análise tanto de gênero, quanto de raça/cor da pele.

A análise de interação, mostrada na Tabela 4, foi realizada nas escalas multiplicativas e aditivas. A análise de interação na escala multiplicativa mostrou uma razão de 1,31. Como essa razão é maior que 1, isso indica que existe uma interação entre raça e gênero na escala multiplicativa. Porém, essa interação na escala multiplicativa não apresentou significância estatística. A análise de interação na escala aditiva deu um RERI de 0,63. Como o RERI é maior que zero, isso indica que também existe uma interação na escala aditiva. O intervalo de confiança começa um pouco antes de zero, então a interação na escala aditiva não é estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,05$ (mas será significativa no nível de $p < 0,1$). Então, esses resultados mostraram que pode existir uma interação positiva entre raça e gênero na escala aditiva, com, pelo menos, 90% de confiança.

DISCUSSÃO

Na literatura sobre saúde mental no Brasil, poucos estudos avaliaram a prevalência de TMC segundo raça. Dentre os estudos revisados, apenas um examinou a intersecção de raça e gênero. Neste estudo, Anselmi e colaboradores (2008) observaram prevalência de TMC de 21,9% nos homens brancos, e 30,0% nas mulheres brancas, em comparação com uma prevalência de 26,9% nos homens negros, e 41,1% nas

mulheres negras. Os resultados de nosso estudo mostraram a mesma tendência de prevalência segundo raça/cor da pele, mas nosso estudo mostrou prevalências menores em todos os grupos. Essa diferença é interessante, porque os dois estudos utilizaram o SRQ-20, mas o estudo de Anselmi usou um ponto de corte de 8/9 para determinar a presença de TMC nas mulheres, que deveria levar a uma prevalência menor em mulheres. Essa diferença nas prevalências brutas pode ser causada por uma diferença na situação sociodemográfica (ou por outros fatores relacionados a TMC), mas não podemos confirmar isso porque o estudo de Anselmi não relatou a distribuição das características por raça/gênero. Em adição, o estudo foi realizado no Sul do Brasil, e nosso estudo no Nordeste, o que pode mudar a dinâmica social e causar um efeito diferente entre raça/gênero e saúde mental. No estudo de Anselmi, a razão de prevalência de TMC em mulheres, no que se refere às negras em comparação com brancas foi de 1,25 (IC de 95%: 1,09-1,43) depois de ajustar por escolaridade da mãe e renda familiar. Em homens, a razão de prevalência de negros em comparação com brancos foi 1,18 (IC de 95%: 0,98-1,42). Isso fortalece os nossos resultados ao mostrar que raça pode ser um fator menos relevante em homens que em mulheres, embora o estudo de Anselmi não realizou uma análise de interação entre raça e gênero.

O uso da perspectiva da interseccionalidade para examinar os quatro grupos de raça/gênero acrescenta uma dimensão à nossa compreensão de como identidades sociais podem contribuir para a prevalência de TMC. Como no estudo de Anselmi e colaboradores, uma análise estratificada que examina um fator dentro dos estratos de outro mostra apenas uma parte da história - que raça pode ser mais relevante nas mulheres. Uma análise completa de interação mostra uma imagem mais detalhada, como por exemplo, gênero é relevante em pessoas brancas e negras, porém mais significativamente relevante nas negras, e que a prevalência de TMC nas mulheres negras é quase 2,5 vezes maior que em homens brancos. A análise de interação também nos permite concluir que essa prevalência nas mulheres negras é significativamente maior do que era esperado em uma análise tradicional que trata raça e gênero como fatores separados e independentes.

A regressão de Poisson (ajustada) mostra que quando ajustado por outros fatores, a prevalência nas mulheres negras pode ser o fator que direciona as diferenças raciais. A análise de interação estatística nos permite determinar essas distinções sutis. Entre homens, raça não apresentou associação significativa com TMC, e entre pessoas brancas, gênero não estava associado significativamente com TMC (mas cabe destacar ausência de significância estatística pode ser decorrente de números pequenos). Somente entre mulheres a raça/cor se tornou significativa—isso indica que em vez de gênero independentemente ou raça independentemente contribuir para as diferenças de carga de TMC, a experiência combinada de ser mulher e negra estabelece situação de vulnerabilidade aos TMC tão robusta que mantém associação mesmo após ajuste por possíveis confundidores; ou seja, produz uma diferença significativa.

A prevalência bruta segundo raça e gênero mostra um gradiente claro em que homens brancos tem a menor prevalência, seguido por homens negros, depois mulheres brancas e, finalmente, mulheres negras. Ambos raça/cor e gênero tem papel de destaque em determinar a posição socioeconômica do indivíduo na sociedade brasileira, incluindo a escolaridade, posição financeira, oportunidades de emprego e papéis sociais. Isso ficou refletido na distribuição das características socioeconômicas nessa amostra—as mulheres foram menos prováveis a terem emprego pago e ganhavam menos, em média, que os homens. Homens negros tiveram escolaridade menor que homens brancos e participaram menos de atividades de lazer. A literatura mostra que fatores socioeconômicos afetam a saúde mental, e, de acordo com essa idéia, os homens brancos (os mais privilegiados a esse respeito) tiveram a menor prevalência de TMC (LUDERMIR; LEWIS, 2001). Mas, se for examinada somente a distribuição de fatores socioeconômicos, mulheres negras e brancas nessa amostra foram muitas similares. De fato, as mulheres negras foram mais jovens e mais prováveis a terem um emprego pago que mulheres brancas, porém com menor nível de escolaridade, menor participação nas atividades de lazer e mais prováveis a terem experiência de alta sobrecarga doméstica. Em vista disso, pode-se esperar prevalência similar entre mulheres brancas e negras. Mas os resultados não mostraram isso—fatores socioeconômicos e demográficos não são totalmente responsáveis pelas

diferenças de raça e gênero vistas nesse estudo. Mesmo quando ajustado por esses fatores, mulheres negras tiveram uma prevalência maior de TMC. A análise estatística pode indicar que a interação existe, mas estudos qualitativos podem esclarecer o que acontece na experiência de ser mulher e ser negra que contribui para essa carga de TMC.

Exposição ao estresse é um possível mecanismo causal entre raça e saúde mental (TURNER; AVISON, 2003). Um marco teórico proposto por Williams et al (1996) estabelece que raça influencia a saúde pela exposição ao estresse, por dois caminhos: estresse relacionado às estruturas sociais, status social, e papéis sociais—i.e. o estresse causado pelo fato da raça ser um determinante de posição socioeconômica; e o estresse relacionado às experiências de racismo e discriminação. Esse marco teórico também pode ser aplicado ao gênero, e pode explicar que mesmo quando ajustado para os fatores socioeconômicos e estresse causado pelos papéis sociais (sobrecarga doméstica), o estresse causado pelos fatores como racismo ou discriminação (institucional ou por pessoas) pode ainda produzir maior prevalência de TMC.

Embora esse estudo examine discriminação utilizando uma proxy bruta que avalia a presença ou ausência de experiência de discriminação racial no último mês, um estudo prévio de discriminação no Brasil mostrou que pessoas negras são 1,91 vezes mais prováveis a relatar discriminação que brancas, e mulheres são 1,21 vezes mais prováveis que homens (MACINKO et al, 2012). Estudos futuros devem explorar uma análise interseccional de discriminação, e como isso pode influenciar os padrões de carga de TMC. Estudos no futuro devem avaliar discriminação com maior detalhamento utilizando medidas que possam avaliar discriminação por raça e gênero no contexto de saúde mental. É possível que a discriminação, que somente as mulheres negras enfrentam por serem ao mesmo tempo negras e mulheres, pode aumentar a sua prevalência de TMC.

LIMITAÇÕES

O tamanho das amostras dos quatros grupos de raça/gênero pode afetar a significância estatística desses resultados. Embora o tamanho da amostra no total seja grande, a análise de interseccionalidade necessita grupos distintos para cada intersecção, o que pode causar números pequenos em algumas células (nesse estudo, homens brancos). Uma consideração para futuros estudos de interseccionalidade é que se faz necessário uma amostra maior para se ter números suficientes em cada célula. O uso de instrumento para identificar os TMC em vez de entrevista clínica pode afetar a habilidade de identificar corretamente o desfecho, mas acreditamos que por usar um instrumento validado no Brasil, com uma população diversa em termos de raça/cor da pele, minimizamos o efeito dessa limitação.

A natureza desse desenho de estudo, estudo transversal, limita a inferência causal sobre o relacionamento entre a intersecção de raça e gênero com TMC. Porém, os resultados dessa análise sugerem associação entre a intersecção de raça, gênero e transtornos mentais.

CONCLUSÃO

Esse estudo alcançou o seu objetivo de examinar as associações entre raça, gênero e TMC na perspectiva da interseccionalidade, e mostrou que a prevalência de TMC nas mulheres negras é significativamente maior do que era esperado em uma análise tradicional que trata de raça e gênero como fatores separados e independentes. O uso de uma análise de interação estatística para examinar interseccionalidade nas escalas aditiva e multiplicativa mostra que, de fato, é possível examinar interseccionalidade na pesquisa quantitativa em saúde, e que é necessário continuar esse tipo de análise para melhor entender como eliminar desigualdades em saúde. Como existem poucos estudos sobre interseccionalidade com abordagem quantitativa, políticas públicas devem priorizar recursos à esse tipo de pesquisa para que desigualdades em saúde sejam melhor compreendidas e medidas de intervenção mais adequadas possam ser estabelecidas na direção de redução dessas desigualdades.

Um dos objetivos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) é “identificar as necessidades de saúde da população negra...e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades” (BRASIL, 2007 p. 39). Saúde mental é uma parte essencial do bem-estar e saúde, e uma das estratégias de planejamento inclui a necessidade de desenvolver ações específicas para reduzir desigualdades étnico-raciais, inclusive nos transtornos mentais. Nesse sentido, essa pesquisa poderá contribuir para que mais recursos sejam alocados para diagnosticar e tratar TMC, com atenção especial para mulheres negras, assim como suscitar a realização de mais pesquisas que examinem fatores determinantes de desigualdade na carga de TMC e como podemos reduzi-la ou eliminá-la.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. C.; HOGAN, V. K.; ARAÚJO, T. M.; BATISTA, A.; OLIVEIRA, L. O. A. The use of the race/color variable in Public Health: possibilities and limitations. **Interface**, v. 5, 2009.
- ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatric**, v. 171, p. 524-9. 1997.
- ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I. MAGALHÃES, L. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Soc Sci Med**, v. 59, 2004.
- ANSEMI, L.; BARROS, F. C.; MINTEN, G. C. et al. Prevalencia e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p. 26-33, 2008.
- MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 2007.
- BAUER, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. **Soc Sci Med**, v. 110, 2014.
- BLAY, S. L.; ANDREOLI, S. B.; FILLENBAUM, G.G.; GASTAL, F. L. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 15, n. 9, 2007.
- BOWLEG, L. When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: the methodological challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. **Sex Roles**, v. 59, 2008.
- _____. The Problem with the Phrase *Women and Minorities: Intersectionality*—an Important Theoretical Framework for Public Health. **Am J Public Health**, v. 102, n. 7, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Behavioral Risk Factor Surveillance System 2011 Questionnaire**. 2011.

CHOR, D. Health inequalities in Brazil: race matters. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 7, 1272-1275, 2013.

CHOR, D.; LIMA, C. R. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 586–594, 2005.

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

GOODMAN, A. H. Why genes don't count (for racial differences in health). **Am J Public Health**, v. 90, n. 11, 2000.

GREENLAND, S.; ROTHMAN, K. J. Concepts of Interaction, In: ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2008. p. 329-342.

HAMMARSTRÖM, A.; LEHTI, A.; DANIELSSON, U. et al. Gender-related explanatory models of depression: A critical review of medical articles. **Pub Health**, v. 123, p. 689-693, 2009.

HANKIVSKY, O.; REID, C.; CORMIER, R. et al. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. **Intl J Equity Health**, v. 9, n. 5, 2010.

HINZE, S. W.; LIN, J.; ANDERSSON, T. E. Can we capture the intersections? Older Black Women, Education, and Health. **Women's Health Iss**, v. 22, n. 1, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_o_Deficiencia/caracteristicas_religioao_deficiencia.pdf. Acesso em 27 jul. 2014a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Censo demográfico 2010: resultados do universo—características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291080&search=bahia|feira-de-santana>. Acesso em 27 jul. 2014b.

KELLY, U. K. Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research. **Adv Nurs Sci**, v. 32, n. 2, 2009.

KESSLER, R. C.; MICKELSON, K.D.; WILLIAMS, D. R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. **J Health Soc Behav**, v. 40, n. 3. 1999.

KNOL, M. J.; VANDERWEELE, T. J. Recommendations for presenting analyses of effect modification and interaction. **Int J Epidemiol**, v. 41, p. 514-520, 2012.

KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? **Intl J Epidemiol**, v. 32, p. 652-657, 2003a.

_____. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **Am J Public Health**, v. 93, n. 2, p. 194-199, 2003b.

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Rev Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2008.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 36, p. 1010-107, 2001.

MACINKO, J.; MULLACHERY, P.; PROIETTI, F.A.; LIMA-COSTA M.F. Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **Int J Equity Health**, v. 11, n. 80, 2012.

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

MELO, E. F.; CECATTI, J. G.; PACAGNELLA, R. C.; LEITE, D. B. F.; VULCANI, D. E.; YAKUCH, M. Y. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **J Affect Disord**, v.136, p. 1204-1208, 2011.

MCCALL, L. The complexity of intersectionality. **Signs**, v. 30, n. 3, 2005.

MCLEAN, C. P.; ASNAANI, A.; LITZ, B. T. et al. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness, **J Psychiatr Res**, v. 45, n. 8, 2011.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression: a critical review. **Brit J Psychiatry**, v. 177, p. 486-492, 2000.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M; Association between housework overload and common mental disorders in women. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 560-72, 2012.

ROSENFELD, S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. **Soc Sci & Med**, v. 74, p. 1791-1801, 2012.

ROSENFELD, S.; MOUZON, D. Gender and Mental Health. In: ANESHENSEL, C.S.; PHELAN, J.C. **Handbook of the Sociology of Mental Health**. New York: Ed. Springer. 2013, p. 277-296.

SANTOS, E. G.; SEQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, 2010.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)**. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2010. 79 p.

TURNER, R. J.; AVISON, W. R. Status variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status and gender. **J Health Soc Behav**, v. 44, n. 4, p. 488-505, dec. 2003.

VANDERWEELE, T. J.; KNOL, M. J. A tutorial on interaction. **Epidemiol Methods**, v. 3, n. 1, p. 33-72, 2014.

VEENSTRA, G. Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and health in Canada. **Int J Equity Health**, v. 10, n. 3, 2011.

WARNER, D. F.; BROWN, T. H. Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. **Soc Sci Med**, v. 72, n. 8, p. 1236-1248, 2011.

Tabela 1. Características da população de 15 anos de idade ou mais segundo raça/cor da pele e gênero, Feira de Santana, 2007 (n=3273)

	Total	Homens Branco (172)	Homens Negros (782)	Mulheres Branco (360)	Mulheres Negras (1959)	valor de p*
	%	%	%	%	%	
Idade (n=3273)						0,006
15-49 anos	72,3	70,9	74,0	64,2	73,2	
50 + anos	27,7	29,1	26,0	35,8	26,8	
Situação conjugal (n=3258)						0,168
Com companheiro	48,9	40,6	51,4	48,6	48,6	
Sem companheiro	51,1	59,4	48,6	51,4	51,4	
Situação de emprego (n=3270)						<0,001
Com emprego	36,3	42,4	52,0	25,8	31,4	
Sem emprego	63,7	57,6	48,0	74,2	68,6	
Renda mensal em média (n=1854)						<0,001
1 + salário mínimo	40,9	57,8	59,3	30,9	30,8	
Até 1 salário mínimo	59,1	42,2	40,7	69,1	69,3	
Escolaridade (n=3265)						<0,001
Ensino médio/superior	33,5	40,7	27,1	37,6	34,7	
Analfabeto/ensino fundamental	66,5	59,3	73,0	62,4	65,3	
Atividades de lazer (n=3272)						<0,001
Sim	84,8	95,9	89,9	87,2	81,3	
Não	15,2	4,1	10,1	12,8	18,7	
Sobrecarga doméstica (3273)						<0,001
Baixa	58,9	95,9	91,4	51,1	44,2	
Alta	41,1	4,1	8,6	48,9	55,8	
Experiência de discriminação racial auto- referida (n=3262)						0,31
Não	98,3	100,0	98,2	98,6	98,1	
Sim	1,7	0,0	1,8	1,4	1,9	

*Um teste de qui-quadrado comparando os quatro grupos de raça e gênero

Tabela 2. Prevalência de TMC segundo covariáveis

	Prevalência de TMC	
	%	valor de p*
Idade (n=3273)		<0,001
15-49 anos	27,4	
50 + anos	35,2	
Situação conjugal (n=3258)		0,002
Com companheiro	32,2	
Sem companheiro	27,3	
Situação de emprego (n=3270)		<0,001
Com emprego	25,2	
Desempregado(a)	32,1	
Renda mensal em média (n=1854)		<0,001
1 + salário mínimo	17,0	
Até 1 salário mínimo	36,9	
Escolaridade (n=3265)		<0,001
Ensino médio/superior	21,9	
Analfabeto/ensino fundamental	33,6	
Atividades de lazer (n=3272)		<0,001
Sim	26,4	
Não	47,0	
Sobrecarga Doméstica (n=3273)		<0,001
Baixa	24,4	
Alta	37,1	
Experiência de discriminação racial auto-referida (n=3262)		<0,001
Não	29,1	
Sim	63,6	

*Teste de qui quadrado comparando a prevalência de TMC nos estratos de cada covariável

Tabela 3. Prevalência e razões de prevalência de TMC segundo raça/gênero e modificação de efeito de raça e gênero e TMC

	Homens		Mulheres		Comparação de mulheres e homens, dentre os estratos de raça RP (95% IC)*
	Prevalência %	RP (95% IC)*	Prevalência %	RP (95% IC)*	
Branca	11,11	1,00 (ref)	27,35	1,74 (0,93-3,30)	1,74 (0,88-3,43)
Negra	15,61	1,07 (0,57-1,99)	37,23	2,43 (1,39-4,25)	2,26 (1,83-2,78)
Comparação de brancos e negros, dentre os estratos de gênero		0,91 (0,51-1,65)		1,41 (1,00-2,00)	

*ajustado por: idade, situação conjugal, situação de emprego, renda mensal, escolaridade, sobrecarga doméstica, realização de atividades de lazer, e experiência de discriminação racial

Tabela 4. Análise de interação na escala multiplicativa e aditiva

	Formula	Medida (95% IC)*
Interação Multiplicativa	$RP_{11}/(RP_{10}*RP_{01})$	1,31 (0,66-2,62)
Interação Aditiva ($RER _{RP}$)	$RP_{11} - RP_{10} - RP_{01} + 1$	0,63 (-0,05-1,31)

*Todos os RP são ajustado por: idade, situação conjugal, situação de emprego, renda mensal, escolaridade, sobrecarga domestica, realização de atividades de lazer, e experiência de discriminação racial

** 11=Mulheres negras

01=Homens negros

10=Mulheres brancas

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo mostra a importância de examinar as identidades sociais—como raça/cor da pele e gênero—e as intersecções dessas identidades como fatores associados com saúde mental. A literatura demonstra que existe associação entre gênero e TMC, e embora existam poucas pesquisas sobre raça e saúde mental no Brasil, elas sugerem uma possível associação positiva. A perspectiva da interseccionalidade deveria ser aplicada para entender como esses determinantes sociais de saúde interagem um com o outro e afetam a saúde mental.

É crucial entender esse relacionamento porque a carga de transtornos mentais, como os TMC, na sociedade é muito significativa. Transtornos mentais podem interferir na vida cotidiana, causar sofrimento ao indivíduo, e esses transtornos têm custos significantes à sociedade. O Brasil possui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, e a “saúde integral” deve incluir tanto a saúde física, quanto a saúde mental. Para alcançar o objetivo dessa política e melhorar a saúde da população negra, ainda se faz necessária a realização de pesquisas sobre a associação entre raça/cor da pele e saúde mental, e a carga de transtornos mentais segundo raça/cor da pele para efetivamente planejar, priorizar, e distribuir recursos.

Como a revisão sistemática apresentada permitiu concluir, não existe muita informação ou pesquisa sobre raça/cor da pele e a saúde mental no Brasil. Foram identificados apenas 14 artigos que incluíram raça/cor da pele como uma variável de análise no estudo de transtornos mentais. Os estudos identificados na revisão, muitas vezes, usaram instrumentos diferentes para identificar a presença dos transtornos mentais, o que dificulta a comparação dos resultados desses estudos. Também muitos estudos foram realizados nas áreas menos diversas do Brasil em termos de raça/cor da pele—então, as amostras dos estudos tiveram números pequenos de participantes negros. Porém, os achados desses estudos sugerem uma possível associação positiva entre raça/cor da pele e transtornos mentais—uma associação que merece mais estudo.

A perspectiva de interseccionalidade acrescenta mais nuances ao entendimento da importância de raça/cor da pele à saúde mental, porque ela leva em conta múltiplas

identidades sociais, intersecções e interações dessas identidades e como elas podem afetar a saúde. Análise de interseccionalidade advém do campo da pesquisa qualitativa, e até agora pesquisas quantitativas acharam dificuldades metodológicas em interpretar a perspectiva na pesquisa quantitativa. Esse estudo sugere aplicar princípios de interação estatística para comparar as várias intersecções de identidades sociais e concluir se a prevalência na intersecção é maior do que seria esperado ao se examinar cada fator separadamente.

Os resultados desse estudo mostram um gradiente na prevalência de TMC—os homens brancos tiveram a prevalência menor (11,11%), depois os homens negros (15,61%), depois as mulheres brancas (27,35%), e as mulheres negras tiveram a prevalência maior (37,23%). Depois de ajuste por fatores sociodemográficas e outras possíveis confundidoras (como realização de atividades de lazer e sobrecarga doméstica), as mulheres negras apresentaram prevalência de TMC quase 2,5 vezes maior que os homens brancos, e esse achado foi estatisticamente significativo (PR=2,43; IC 95%: 1,39-4,25).

A análise mostrou, na escala aditiva e multiplicativa, interação na direção positiva entre raça e gênero. Este achado revela a importância de se examinar as intersecções; se evidenciou que a prevalência nas mulheres negras foi maior do que era esperado em uma análise tradicional que trata de raça e gênero como fatores separados e independentes. Esse estudo também aponta a necessidade de mais pesquisas sobre discriminação no contexto de interseccionalidade, porque mulheres negras podem enfrentar discriminação por conta do seu gênero ou sua raça/cor da pele, o que pode contribuir à maior carga de TMC.

Esse estudo alcançou os seus objetivos; ele sistematicamente revisou a literatura sobre a associação entre raça/cor da pele e saúde mental no Brasil, e avaliou a interação entre raça/cor da pele, gênero e TMC na perspectiva de interseccionalidade em Feira de Santana, Bahia. Os resultados apontam uma necessidade por pesquisas no futuro—o Brasil precisa de estudos epidemiológicos sobre saúde mental que incluam locais de estudo racialmente diversos e que incluam a raça/cor da pele como variável analítica. Ao aplicar a perspectiva de interseccionalidade, pesquisadores podem melhor entender a associação entre raça/cor da pele e saúde mental, que esse estudo sugere

ser decorrente das intersecções de raça/cor da pele e gênero, mais que raça/cor da pele ou gênero isoladamente, e pode ajudar a identificar o que está verdadeiramente estabelecendo associação entre raça/cor da pele e saúde mental para reduzir ou eliminar as desigualdades na prevalência de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

ALEGRIA, M.; SHROUT, P. E.; WOO, M. et al. Understanding differences in past year psychiatric disorders for Latinos living in the U.S. **Soc Sci Med**, v. 65, n. 2, 2007.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J.; COUTINHO, E. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **Br J Psychiatric**, v. 171, p. 524-9. 1997.

ALMEIDA-FILHO, N.; KAWACHI, I.; PELLEGRINI FILHO, A et al. Research on Health Inequalities in Latin American and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, v. 93, n. 12, dec. 2003.

ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I. MAGALHÃES, L. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Soc Sci Med**, v. 59, 2004.

ANSEMI, L.; BARROS, F. C.; MINTEN, G. C. et al. Prevalencia e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**,v. 42, p. 26-33, 2008.

ARAÚJO, E. M.; COSTA, M. C.; HOGAN, V. K.; ARAÚJO, T. M.; BATISTA, A.; OLIVEIRA, L. O. A. The use of the race/color variable in Public Health: possibilities and limitations. **Interface**, v. 5, 2009.

ARAÚJO, E.M.; COSTA, M. C.; HOGAN, V. K. et al. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, mai-jun 2009.

ARAYA, R.; LEWIS, G.; ROJAS, G. et al. Education and income: which is more important for mental health? **J Epidemiol Community Health**, v. 57, p. 501-505, 2003.

ASNAANI, A.; RICHEY, J. A.; DIMAITE, R. et al. A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. **J Nerv Ment Dis**, v. 198, n. 8, p. 551-555, aug. 2010.

BARRETO, S.M.; FIGUEIREDO, R.C. Chronic disease, self-perceived health status and health risk behaviors: gender differences. **Rev Saúde Pública**, v. 43, Supl. 2, 2009.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; HORTA, B. L. Ethnicity and infant health in Southern Brazil, a birth cohort study. **Int J Epidemiology**, v. 30, p. 1001-1008, 2001.

BASTOS, J. L.; BARROS, A. J.; CELESTE, J. K. et al. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n.1, 2014.

BATISTA, L.E.; ESCUDER, M. M.; PEREIRA, J.C. A cor da morte: causas de óbito Segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630-6, 2004.

BAUER, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. **Soc Sci Med**, v. 110, 2014.

BLAY, S. L.; ANDREOLI, S. B.; FILLENBAUM, G. G.; GASTAL, F. L. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 15, n. 9, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BOWLEG, L. When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: the methodological challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. **Sex Roles**, v. 59, 2008.

_____. The Problem with the Phrase *Women and Minorities: Intersectionality*—an Important Theoretical Framework for Public Health. **Am J Public Health**, v. 102, n. 7, 2012.

BRESLAU, J.; KENDLER, K. S.; SU, M. et al. Lifetime risk and persistence of psychiatric disorders across ethnic groups in the United States. **Psychol Med**, v. 35, n. 3, mar 2005.

BRESLAU, J.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; KENDLER, K. S.; SU, M.; WILLIAMS, D.; KESSLER, R. C. Specifying Race-Ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a US national sample. **Psychol Med**, v. 36, n. 1, 57-68, 2006.

BRETANHA, A. F.; FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in the urban area of Bagé, RS. **Rev Brás Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2005.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **Behavioral Risk Factor Surveillance System 2011 Questionnaire**. 2011.

CHOR, D. Health inequalities in Brazil: race matters. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 7, 1272-1275, 2013.

CHOR, D.; LIMA, C. R. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, p. 586–594, 2005.

COOPER, R.; DAVID, R. The biological concept of race and its application to public health and epidemiology. **J Health Politics**, v. 97. 1986.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 1, 2005.

CRENSHAW, K. W. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Rev**, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991.

CUNHA, E. M. Mortalidade infantil e raça: as diferenças das desigualdades. **Jornal da Rede Saúde**, v. 23, p. 48-50, 2001.

DENTON, M.; PRUS, S.; WALTERS, V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. **Soc Sci Med**, v. 58, n. 12, 2004.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. **Arch Womens Ment Health**, v. 10, p. 25-32, 2007.

FARIAS, M.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.

FONSECA, M. L.; GUIMARÃES, M. B.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev APS**, v. 11, n. 3, jul-set 2008.

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

GONÇALVES, D. A.; MARI, J. J.; BOWER, P. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 3, 2014.

GOODMAN, A. H. Why genes don't count (for racial differences in health). **Am J Public Health**, v. 90, n. 11, 2000.

GOTO, J. B.; COUTO, P. F.; BASTOS, J. L. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 445-459, 2013.

GREENLAND, S.; ROTHMAN, K. J. Concepts of Interaction, In: ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2008. p. 329-342.

GUIMARÃES, J. M. N.; LOPES, C. S.; BAIMA, J.; SICHIERI, R. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. **J Affect Disord**, v. 117, p. 120-23, 2009.

HAMMARSTRÖM, A.; LEHTI, A.; DANIELSSON, U. et al. Gender-related explanatory models of depression: A critical review of medical articles. **Pub Health**, v. 123, p. 689-693, 2009.

HANKIVSKY, O.; REID, C.; CORMIER, R. et al. Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. **Intl J Equity Health**, v. 9, n. 5, 2010.

HARRIS, K. M.; EDLUND, M. J.; LARSON, S. Racial and ethnic differences in the mental health problems and use of mental health care. **Med Care**, v. 43, p. 775-784, 2005.

HERINGER, R. Desigualdades sociais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad Saúde Pública**, v. 18 (Suppl), p. 57-65, 2002.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, v. 26, n.1, 2014.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cad de Pesq**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

HIMLE, J. A.; BASER, R. E.; TAYLOR, R. J. et al. Anxiety disorders among African Americans, blacks of Caribbean descent, and non-Hispanic whites in the United States. **J Anxiety Disord**, v. 23, p. 578-590, 2009.

HINZE, S. W.; LIN, J.; ANDERSSON, T. E. Can we capture the intersections? Older Black Women, Education, and Health. **Women's Health Iss**, v. 22, n. 1, 2012.

HUDSON, C. G. Socioeconomic status and mental illness: tests of social causation and selection hypotheses. **Am J Orthopsychiatry**, v. 75, n. 1, p/ 3-18, 2005.

HUNTER, L. R.; SCHMIDT, N. Anxiety psychopathology in African American adults: literature review and development of an empirically informed sociocultural model. **Psychol Bull**, v. 136, n. 2, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em:
<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religio_o_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em 27 jul. 2014a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades: Censo demográfico 2010: resultados do universo—características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em:

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=291080&search=bahia|feira-de-santana>>. Acesso em 27 jul. 2014b.

JONES, C. P. “Race”, racism, and the practice of epidemiology. **Am J Epidemiol**, v. 154, n. 4, 2001.

JONES, C. P. Levels of Racism: A theoretic framework and gardener’s tale. **Am J Public Health**, v. 90, p. 1212-1215, 2000.

KELLY, U. K. Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research. **Adv Nurs Sci**, v. 32, n. 2, 2009.

KENDLER, K. S.; PRESCOTT, C. A. A population- based twin study of lifetime major depression in men and women. **Arch Gen Psychiatr**, v. 56, p. 39-44, 1999.

KESSLER, R. C.; MCGONAGLE, K. A.; SHANYANG, Z. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. **Arch Gen Psych**, v. 51, p. 8-19, 1994.

KESSLER, R. C.; MICKELSON, K.D.; WILLIAMS, D. R. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. **J Health Soc Behav**, v. 40, n. 3. 1999.

KESSLER, R. C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O. et al. The epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **JAMA**, v. 289, n. 23, 2003.

KILBOURNE, A. M.; SWITZER, G.; HYMAN, K. et al. Advancing health disparities research within the health care system: a conceptual framework. **Am J Public Health**, v. 96, n. 12, dec. 2006.

KNOL, M. J.; VANDERWEELE, T. J. Recommendations for presenting analyses of effect modification and interaction. **Int J Epidemiol**, v. 41, p. 514-520, 2012.

KRIEGER, N.; ROWLEY, D.L.; HERMAN, A.A.; AVERY, B.; PHILLIPS, M.T. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. **Am J Prev Med**.v. 9, suppl 6, p. 82–122, 1993.

KRIEGER, N. Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? **Intl J Epidemiol**, v. 32, p. 652-657, 2003a.

_____. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. **Am J Public Health**, v. 93, n. 2, p. 194-199, 2003b.

LIBERATI, A; ALTMAN, D. G.; TETZLAFF, J. et al. The PRISMA statement for reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies that Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. **Ann Internal Med**, v. 151, n. 4, 2009.

LILLIE-BLANTON, M.; LAVEIST, T. Race/ethnicity, the social environment, and health. **Soc Sci Med**, v. 43, n. 1, p. 83-91, 1996.

LIMA, M. S.; SOARES, B. G.; MARI, J. J. Mental health epidemiological research in South America: recent findings. **World Psychiatry**, v. 3, n. 2, jun 2004.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, set-out 2005.

LUDERMIR, A. B.; LEWIS, G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 36, p. 1010-107, 2001.

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

LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Rev Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2008.

LUDERMIR, A. B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 1, 2014.

MACINKO, J.; MULLACHERY, P.; PROIETTI, F. A.; LIMA-COSTA, M. F.; Macinko J., Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **Int J Equity Health**, v. 11, n. 80, 2012.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.; CHOR, D. et al. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 171-180, jan-fev, 2005.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M; GIANINI, R.J. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, 2006.

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

MARIN-LEON, L., OLIVEIRA, H.; BARROS, M. B. et al. Social inequality and common mental disorders, **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 3, 2007.

MELO, E. F.; CECATTI, J. G.; PACAGNELLA, R. C.; LEITE, D. B. F.; VULCANI, D. E.; YAKUCH, M. Y. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. **J Affect Disord**, v. 136, p. 1204-1208, 2011.

MCCALL, L. The complexity of intersectionality. **Signs**, v. 30, n. 3, 2005.

MCLEAN, C. P.; ASNAANI, A.; LITZ, B. T. et al. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness, **J Psychiatr Res**, v. 45, n. 8, 2011.

MEDEIROS, E. N.; FERREIRA, M.; VIANNA, R. P. Estudos epidemiológicos na área de saúde mental realizados no Brasil. **Online Braz J Nurs**, v. 5, n. 1, 2006.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 2007.

MOREIRA, J. K.; BANDEIRA, M.; CARDOSO, C. S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, 2011.

MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. **J Affect Disord**, v. 150, p. 401-407, 2013.

MUNN, Z.; MOOLA, A.; RIITANO, D.; LISY K. The development of a critical appraisal tool for use in systematic reviews addressing questions of prevalence. **Int J Health Policy Manag**, v. 3, n. 3, 123-128, 2014.

MUNTANER, C.; EATON, W. W.; DIALA, C. C. Socioeconomic inequalities in mental health: A review of concepts and underlying assumptions. **Health**, v. n. 4, p. 82-106, 2000.

NAZROO, J.Y. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. **Am J Public Health**, v. 93, p. 277-284, 2003.

OSTLIN, P.; GEORGE, A.; SEN, G. Gender, Health, and Equity: The Intersections. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIYA, A.; WIRTH, M. **Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action**. New York: Ed. Oxford University Press. 2001, p. 175-189.

PAIXÃO, M.; ROSSETO, I.; MONTOVANELE, F. et al. Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais, e Estatísticas das Relações Raciais (LAESER). **Relatório Anual das Desigualdades Raciais; 2009-2010: Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetria de cor ou raça**. 2010.292 p.

PASCOE, E. A.; RICHMAN, L. S. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**, v. 125, n. 4, 2009.

PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bull World Health Organ**, v. 81, p. 609-615, 2003.

PAVÃO, A. L. B.; PLOUBIDIS, G. B.; WERNECK, G.; CAMPOS, M. R. Discrimination and health in Brazil: Evidence from a population-based survey. **Ethn & Disease** v. 22, 2012.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M.; PILOWSKY, D. L.; LIMA, L. A.; LEGAY, L. F. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 25 n. 12, 2009.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression: a critical review. **Brit J Psychiatry**, v. 177, p. 486-492, 2000.

PINHO, P. S.; ARAÚJO, T. M; Association between housework overload and common mental disorders in women. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 3, p. 560-72, 2012.

PONDÉ, M. P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Rev Ciênc Med Campinas**, v. 12, n. 2, p. 163-172, 2003.

QUATRIN, L. B.; GALLI, R.; MORIGUCHI, E. H.; GASTAL, F. L.; PATTUSSI, M. P. Collective efficacy and depressive symptoms in Brazilian elderly. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 59, p. 624-629, 2014.

RIOLO, S. A.; NGUYEN, T. A.; GREDEN, J. F. et al. Prevalence of depression by race/ethnicity: Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. **Am J Public Health**, v. 95, n. 6, Jun 2005.

ROCHA, S. R.; ALMEIDA, M. M; ARAÚJO, T. M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 630-40, 2010.

ROSENFELD, S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. **Soc Sci & Med**, v. 74, p. 1791-1801, 2012.

ROSENFELD, S.; MOUZON, D. Gender and Mental Health. In: ANESHENSEL, C.S.; PHELAN, J.C. **Handbook of the Sociology of Mental Health**. New York: Ed. Springer. 2013, p. 277-296.

RUSCHI, G. E. C.; SUN, S. Y.; MATTAR, R.; FILHO, A. C.; ZANDONADE, E.; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr RS**, v. 29, n. 3, p. 274-80, 2007.

SANTOS, E. G.; SEQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, 2010.

SANTOS, K. O.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2010.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I.C. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc Saude Colet.**, v. 9, n. 4, p. 897-908. 2004.

SCHWARTZ, S.; MEYER, I. H. Mental health disparities research: the impact of within and between group analyses on tests of social stress hypotheses. **Soc Sci Med**, v. 70, n. 8, 2010.

SHAW, C. M.; CREED, F.; TOMENSON, B. et al. Prevalence of anxiety and depressive illness and help seeking behaviour in African, Caribbean and white Europeans: two phase general population survey. **BMJ**, v. 318, jan 1999.

SILVA, B.S.M. Fatores associados à ocorrência da violência de gênero. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)—Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2014.

SMITH, G. D. Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. **Am J Public Health**, v. 90, p. 1694–1698, 2000.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)**. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2010. 79 p.

SOTO, J. A.; DAWSON-ANDOH, N. A.; BELUE, R. The relationship between perceived discrimination and Generalized Anxiety Disorder among African Americans, Afro Caribbeans, and non-Hispanic Whites. **J Anxiety Disorders**, v. 25, n. 2, 2011.

TANNOUS, L.; GIGANTE, L. P.; FUCHS, S. C.; BUSNELLO, E. D. A. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. **BMC Psych**, v. 8, n. 1, 2008.

TELLES, E. E.; LIM, N. Does it matter who answers the race question? Racial classification and income inequality in Brazil. **Demography**, v. 35, n. 4, nov 1998.

TRAVASSOS, C; WILLIAMS, D. R. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 660-678, mai-jun 2004.

- TURNER, R. J.; AVISON, W. R. Status variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status and gender. **J Health Soc Behav**, v. 44, n. 4, p. 488-505, dec. 2003.
- VANDERWEELE, T. J.; KNOL, M. J. A tutorial on interaction. **Epidemiol Methods**, v. 3, n. 1, p. 33-72, 2014.
- VEENSTRA, G. Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and health in Canada. **Int J Equity Health**, v. 10, n. 3, 2011.
- VEGA, W.A.; RUMBAUT, R.G. Ethnic minorities and mental health. **Annu Rev Sociol**, v. 17, p. 351– 383. 1991.
- WALBY, S.; ARMSTRONG, J.; STRID, S. Intersectionality: Multiple inequalities in Social Theory. **Sociology**, v. 46, n. 2, 2012.
- WALDRON, I. Why do women live longer than men? **Soc Sci Med**, v. 10, n. 7-8, p. 349-362. 1967.
- WARHEIT, G. J.; HOLZER, C. E.; AREY, S. A. Race and mental illness: an epidemiologic update. **J Health Soc Behav**, v. 16, n. 3, p. 243-256, sept. 1975.
- WARNER, D. F.; BROWN, T. H. Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. **Soc Sci Med**, v. 72, n. 8, p. 1236-1248, 2011.
- WEICH, S.; SLOGGETT, A.; LEWIS, G. Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study. **Psychol Med**, v. 31, p. 1055-1064, 2001.
- WILLIAMS, D. R.; YU, Y.; JACKSON, J.S. et al. Racial differences in physical and mental health: socioeconomic status, stress and discrimination. **J Health Psychol**, v. 2, p. 335–351, 1997.
- WILLIAMS, D. R. Race, socioeconomic status, and health: the added effects of racism and discrimination. **Ann N Y Acad Sci**, v. 896, p. 173–188. 1999.
- WINANT, H. Race and race theory. **Annu Rev Sociol**, v. 26, p. 169-185. 2000.
- WHITEFORD, H. A.; DEGENHARDT L.; REHM, J. R. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v, 382, p. 1575-86, nov. 2013.

APÊNDICE A

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil

SUBDISTRITO ____ SETOR CENSITÁRIO Nº DE ORDEM

Data: ____/____/____

Nº do domicílio: _____

Hora de início: _____

1. Endereço:	Nº	Apto	Bairro
--------------	----	------	--------

2. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____ pessoas.

Nome	Sexo 0=fem 1=mas	Idade (anos)	Condição na família	Horário na residência	Controle da entrevista
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					

<p>CONDIÇÃO NA FAMÍLIA 1-Chefe 2-Conjuge/Companheiro 3-Filho/Neto 4-Genitor(a) 5-Parente 6-hóspede 7-empregado, etc.</p>	<p>Controle da entrevista 1 -Não amostrado 2-Entrevista SIM 3-Entrevista NÃO 4. Recusou-se a participar</p>
---	--

I - INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO

<p>1. O seu domicílio é: 1() próprio 3() cedido 2() alugado 4() outro _____</p>	<p>4. Quantos cômodos são usados como dormitório: ____ cômodos</p>
<p>2. Quantos cômodos possui? ____ cômodos</p>	<p>5. Tipo de edificação 1() barraco 3() casa de alvenaria 2() cortiço 4() apartamento</p>
<p>3. O domicílio possui: 1() água encanada 2() luz elétrica 3() geladeira 4() TV 5() som/rádio 6() máquina de lavar roupa 7() DVD/vídeo 10() telefone 11() computador 12() micro-ondas</p>	<p>6. Têm empregados domésticos: 0() sim Quantos: _____ 1() não</p>

Entrevistador: _____

Duração média da entrevista: _____

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE

NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA**PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil**

SUBDISTRITO _____ SETOR CENSITÁRIO [][][][][] N° DE ORDEM [][][][][]

Data: ____/____/____

N° do domicílio: _____ N° do morador: _____ Hora de início: _____

I - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 0 () Feminino 1 () Masculino	2. Idade: _____ anos
3. Situação conjugal: 1 () Casado(a) 2 () União estável 3 () Solteiro/a 4 () divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 5 () Viúvo/a	
4. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação? 1 () Nunca foi à escola 2 () Lê e escreve o nome 3. Fundamental I () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a () 4 ^a 4. Fundamental II () 5 ^a () 6 ^a () 7 ^a () 8 ^a 5. Ensino Médio () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a 6. Superior () completo () incomplete	
5. Como você classificaria a cor da sua pele? 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta 9 () não sabe	
6. Cor da pele (entrevistador): 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta	
7. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ _____ 8 () não se aplica	

II - TRABALHO PROFISSIONAL

1. Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos no último ano:

Emprego/Atividade	Setor*	Carteira assinada?	Sofreu algum ** acidente de trabalho?	Contribui com INSS **
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

*Código SETOR: 1. serviços domésticos; 2. Construção civil; 3. Indústria manufatureira; 4. Comércio; 5. Transporte; 6. Ensino; 7. Outros serviços especificar

** 0 = sim 1 = não

2. Está trabalhando atualmente? **Se você NÃO ESTÁ TRABALHANDO, siga para a Questão 11.**

0 () sim 1 () não

3. Há quanto tempo trabalha nesta atividade atual?

_____ anos _____ meses _____ dias

() não se aplica

4. Se você **não tem carteira assinada** qual o tipo de contrato do seu trabalho?

1 () Oral 2 () Escrito

() não se aplica

6. em seu trabalho, você tem direito a:

Férias () sim () não

13° Salário () sim () não

Folga () sim () não

1/3 Adicional de Férias () sim () não

() não se aplica

5. Se **Escrito**:

1 () Contrato temporário (REDA, outros)

2 () Contrato por Cooperativa

3 () Prestações de Serviço

4 () Cargo comissionado

5 () Diarista

() não se aplica

<p>7. Seu turno de trabalho é: 8 () não se aplica 1 () Diurno fixo 3 () Diurno e noturno (escala alternante) 2 () Noturno fixo 4 () Revezamento de turnos (alternantes) 5 () Outros. Especifique: _____</p>	<p>8. Quantos dias você trabalha por semana? _____ dia(s) 8 () não se aplica</p>
<p>9. Qual sua carga horária semanal? _____ horas 8 () não se aplica</p>	<p>10. Em que lugar você trabalha? 8 () não se aplica 1 () empresa/emp. privada 4 () em sua própria casa 2 () repartição pública 5 () na casa de outra pessoa 3 () na rua 6 () Outro: _____</p>
<p>11. Qual a sua ocupação? 1 () Biscateiro 2 () Autônomo 3 () Assalariado com comissão 4 () Assalariado sem comissão 5 () Empregado doméstico 6 () Funcionário público 7 () Profissional liberal 10 () Empregador/empresário 11 () Cooperativa 12 () Outro (especifique): _____ 8 () Não se aplica</p>	
<p>12. Além desta ocupação, você tem outra atividade regular que lhe dê rendimentos? 0 () sim 1 () não 8 () não se aplica</p>	<p>13. Qual atividade? _____ 8 () não se aplica</p>
<p>14. Se não está trabalhando, você está: 8 () não se aplica 1 () Desempregado 5 () Vivendo de rendas 2 () Afastado por motivo de doença 6 () Estudando 3 () Afastado por motivo particular 7 () Dona-de-casa 4 () Aposentado 10 () Outros. Especifique: _____</p>	<p>15. Se estiver DESEMPREGADO, quanto tempo está desempregado? 1 () até 6 meses 3 () mais de 12 meses 2 () 7-12 meses 8 () não se aplica</p>

III - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO (OCUPAÇÃO PRINCIPAL)

Gostaríamos de saber agora sobre algumas características de seu trabalho atual. Abaixo nós temos algumas frases e gostaríamos que, para cada uma delas, você indicasse o seu grau de concordância ou discordância com que está sendo dito

1. Seu trabalho lhe possibilita aprender coisas novas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
2. Seu trabalho envolve muito trabalho repetitivo? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
3. Seu trabalho requer que você seja criativo? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
4. Seu trabalho exige um alto nível de habilidade? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
5. Em seu trabalho, você pode fazer muitas coisas diferentes? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
6. No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
7. O que você tem a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
8. Seu trabalho lhe permite tomar muitas decisões por sua própria conta? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
9. Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
10. Seu trabalho requer que você trabalhe muito duro? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
11. Seu trabalho requer que você trabalhe muito rapidamente? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
12. Você não é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
13. O tempo para realização das suas tarefas é suficiente? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
14. Algumas demandas que você tem que atender no seu trabalho estão em conflito umas com as outras? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
15. Você freqüentemente trabalha durante o seu almoço ou durante as pausas para terminar seu trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
16. Seu trabalho é emocionalmente demandante? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
17. Seu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
18. Em seu trabalho, você precisa omitir suas verdadeiras emoções? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
19. Seu trabalho exige muito esforço físico? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
20. Você é freqüentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no seu trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
21. Freqüentemente, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
22. Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça ou seus braços em posições fisicamente incômodas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
23. Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho? 8() não se aplica 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
24. Seu supervisor lhe ajuda a fazer seu trabalho? 8() não se aplica 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
25. Seu supervisor lhe trata com respeito? 8() não se aplica 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
26. As pessoas com quem você trabalha são amigáveis? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
27. As pessoas com quem você trabalha ajudam-se umas às outras para fazer o trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica

28. Você é tratado/a com respeito pelos seus colegas de trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
29. Onde você trabalha, vocês tentam dividir igualmente as dificuldades do trabalho? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem você trabalha? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
31. A sua vida no trabalho e na família interferem uma na outra? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
32. Tem sido cada vez mais difícil encontrar, no trabalho, alguém em quem você possa confiar? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
33. Seus colegas de trabalho têm frequentemente encorajado uns aos outros a trabalharem mais e mais rapidamente? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
34. Seu trabalho é (escolha uma alternativa): 1() Regular e estável 2() Sazonal 3() Temporário 4() Temporário e Sazonal 9() outro 8() não se aplica
35. Sua estabilidade no emprego é boa? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
36. Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter. Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, você vir a perder seu emprego atual? 1() muito improvável 2() pouco provável 3() provável 4() muito provável 8() não se aplica
37. Suas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica
38. Em 5 anos, suas qualificações ainda continuarão válidas? 1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente 8() não se aplica

IV - ATIVIDADES DOMÉSTICAS

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa. Avalie o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

Nº DE PESSOAS NA CASA _____

ATIVIDADE	1 Não	2 Sim, a < parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8 sem crianças pequenas* ou não se aplica
1. Cuidar das crianças?						
2. Cuidar da limpeza?						
3. Cozinhar?						
4. Lavar roupa?						
5. Passar roupa ?						
6. Feira/compra de supermercado						
7. Levar filho ao médico						
8. Levar filho à escola						
9. Pequenos consertos						
10. Cuida de deficiente?						

*Crianças pequenas: até 5 anos de idade.

11. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? 0()sim 1() não 8() não se aplica	13. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? 1() Todos os dias 2() Segunda a sexta 3() Nos finais de semana 8() não se aplica
12. De quem você recebe ajuda? 1() Ninguém 5() Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha) 2() Empregada 6() Outro homem (pai/irmão/filho/vizinho) 3() Marido/ companheiro 7() Outra mulher/outra homem 4() Esposa/ companheira 8() não se aplica	

V - SAÚDE REPRODUTIVA (FEMININA)

1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 8 () não se aplica 1 () não teve relação sexual	2. Nº de gestações ____ 8 () não se aplica	3. Sua 1ª gravidez foi planejada? 0 () sim 1 () não 8 () não se aplica
4. Nº de partos ____ 8 () não se aplica	5. Tipo do último parto 1 () Natural 2 () Cesáreo 3 () Fórceps 8 () não se aplica	6. Idade no 1º parto ____ anos 8 () não se aplica
7. Qual foi o peso ao nascer de seu último filho? 1 () Menos de 2.500gr 2 () Mais de 2.500gr 8 () não se aplica		
8. Nº de filhos N.V. e N.M. 0 () N.V. ____ 1 () N.M. ____ 8 () não se aplica	9. Nº de abortos 0 () sim ____ 1 () não 8 () não se aplica	10. Tipo de aborto 1 () provocado ____ 2 () espontâneo ____ 8 () não se aplica
11. Gravidez atual 8 () não se aplica 0 () sim ____ 1 () não	12. Menopausa 0 () sim 8 () não se aplica 1 () não	13. Uso de MAC 8 () não se aplica 0 () sim ____ 1 () não
14. Número de Parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1 () apenas um 2 () mais de um 3 () vida sexual inativa 8 () não se aplica		

VI - SAÚDE REPRODUTIVA (MASCULINA)

1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 8 () não se aplica	2. Nº de filhos N.V. e N.M. 1 () N.V. ____ 2 () N.M. ____ 8 () não se aplica	3. Uso de MAC/ Proteção 0 () sim ____ 1 () não 8 () não se aplica
4. Número de parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1 () apenas um 2 () mais de um 3 () vida sexual inativa 8 () não se aplica		

VII - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar? 0 () sim 1 () não
2. Você participa regularmente de algumas das atividades abaixo para relaxar ou se distrair? 8 () não participa
<u>Atividades sócio-culturais:</u> 1 () jogos* 2 () cinema/teatro 3 () festa 4 () seresta 5 () barzinho 6 () praia/piscina 7 () visita a amigos 10 () viagens 11 () museus/teatro/exposições/bibliotecas 12 () igreja 13 () assistir TV 14 () ler livro 15 () ouvir rádio
<u>Atividades físicas:</u> 1 () ginástica 2 () caminhada 3 () futebol/vôlei 4 () natação/bicicleta 5 () hidroginástica 6 () Yoga/dança
Outros: _____
3. O tempo que você tem para o lazer é suficiente? 0 () sim 1 () não 8 () não se aplica
4. Em relação ao esforço físico das atividades de lazer para relaxar e se distrair, como classificaria suas atividades? 1 () Leve (lê, ouve rádio, assiste TV) 2 () Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais) 3 () Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais) 8 () não se aplica

* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

VIII – DOENÇAS AUTO-REFERIDAS

1. Você sentiu alguma dor nos últimos 4 meses? 0 () sim 1 () não **Se NÃO, salte para a questão 4**

2. Qual a intensidade da dor?

(0) sem dor (1) fraca (2) moderada (3) forte (4) violenta (5) insuportável

• _____ • _____ • _____ • _____ • _____

0 1 2 3 4 5

3. Onde essa dor se localiza? 8 () não se aplica

1 () Músculo-esquelética 2 () Sistema digestivo 3 () Cabeça 4 () Coluna 5 () Outros. Especifique _____

4. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0 () sim	1 () não	Distúrbio do sono	0 () sim	1 () não
Colesterol alto	0 () sim	1 () não	Hanseníase	0 () sim	1 () não
Obesidade	0 () sim	1 () não	Tuberculose	0 () sim	1 () não
Pressão alta	0 () sim	1 () não	DAD	0 () sim	1 () não
Câncer	0 () sim	1 () não	DORT	0 () sim	1 () não
Cardiopatia	0 () sim	1 () não	Dores de coluna	0 () sim	1 () não
Doença da tireóide	0 () sim	1 () não	AIDS	0 () sim	1 () não
IST	0 () sim	1 () não			

IST = Infecções Sexualmente Transmissíveis; DAD = Doença Articular Degenerativa; DORT = Distúrbios Osteomusculares Relacionada ao Trabalho

IX - SELF-REPORT-QUESTIONNAIRE - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Tem dores de cabeça frequentemente?	0 () sim	1 () não
2 - Tem falta de apetite?	0 () sim	1 () não
3 - Dorme mal?	0 () sim	1 () não
4 - Assusta-se com facilidade?	0 () sim	1 () não
5 - Tem tremores nas mãos?	0 () sim	1 () não
6 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0 () sim	1 () não
7 - Tem má digestão?	0 () sim	1 () não
8 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	0 () sim	1 () não
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	0 () sim	1 () não
10 - Tem chorado mais do que de costume?	0 () sim	1 () não
11 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	0 () sim	1 () não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	0 () sim	1 () não
13 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	0 () sim	1 () não
14 - - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0 () sim	1 () não
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	0 () sim	1 () não
16 -? Você se sente pessoa inútil em sua vida?	0 () sim	1 () não
17 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	0 () sim	1 () não
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0 () sim	1 () não
19 - Tem sensações desagradáveis no estômago	0 () sim	1 () não
20 - Você se cansa com facilidade?	0 () sim	1 () não

X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Você consome bebidas alcoólicas?	Se você NÃO BEBE, siga para o bloco XI
0() sim 1() não	
2. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	
0() sim 1() não	
3. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	
0() sim 1() não	
4. Sente-se chateado consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?	
0() sim 1() não	
5. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	
0() sim 1() não	

XI - HÁBITO DE FUMAR

1. Você já foi fumante?	0 () sim	1 () não	
2. Você fuma atualmente?	0 () sim	1 () não	Se você NÃO FUMA, siga para o bloco XII
3. Quantos cigarros você fuma por dia?	___ cigarros		
4. Há quanto tempo você fuma?	___ anos ___ meses ___ dias		

XII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

Esta seção trata de atos de violência dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 24 meses. Por favor, reflita sobre o que aconteceu e responda às seguintes perguntas:

1. Você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses?	0 () sim 1 () não	Se marcou NÃO, siga para questão 5
--	--------------------------	---

2. Qual foi o tipo de agressão? 1 () Física Especifique _____ 2 () Psicológica 3 () Sexual 4 () Atos de destruição 5 () Negligência 6 () Outros Especifique _____
3. Quem praticou a agressão? 1 () esposo 2 () amigo 3 () irmão/irmã 4 () pai 5 () mãe 6 () filho(a) 7 () vizinho(a) 10 () desconhecido (a) 11 () Outros Especifique _____
4. Você já foi hospitalizado devido a alguma agressão nos últimos 24 meses? 0 () sim 1 () não
5. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? 0 () sim 1 () não
6. Você lembra de ter sofrido agressão quando criança? 0 () sim 1 () não
7. Como as pessoas usualmente classificam sua raça/ cor da pele? 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta 9 () não sabe
8. Qual a frequência em que você pensa na sua raça/cor da pele? 1 () nunca 2 () uma vez ao ano 3 () uma vez ao mês 4 () uma vez na semana 5 () uma vez ao dia 6 () a cada hora 7 () constantemente
9. Nos últimos 30 dias, você se sentiu emocionalmente chateado, por exemplo com raiva, triste ou frustrado, em função de como você foi tratado por causa de sua raça/cor da pele? 0 () sim 1 () não

XIII – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DA PESSOA

1. Durante o último mês, quanto você se sentiu incomodado(a) por quaisquer dos seguintes problemas?	0 Não me senti incomodado	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	8 Não se aplica
Dor no estômago				----
Dor nas costas				----
Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadril, etc.)				----
Cólica menstrual ou outros problemas relacionados à sua menstruação				
Dor ou problemas durante a relação sexual				
Dor de cabeça				----
Dor no peito				----
Tontura				----
Breves desmaios				----
Sentir seu coração bater forte ou acelerar				----
Perda de fôlego				----
Prisão de ventre, intestino solto, ou diarreia				----
Náusea, gases, ou indigestão				----

2. Nos últimos 15 dias com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos seguintes problemas?	0 Nenhuma	1 Poucos dias	2 Mais que a metade dos dias	3 Quase todos os dias
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
Sente-se triste, deprimido, ou desesperançado				
Dificuldade de pegar no sono, ou de continuar dormindo, ou ter dormido muito mais que necessário				
Sentir-se cansado ou com pouca energia				
Apetite fraco ou alimentar-se excessivamente				
Sentir-se mal consigo mesmo; ou pensar que você é um fracassado, ou que desapontou você mesmo ou sua família				
Dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um jornal ou assistir a televisão				
Se movimentar ou andar tão lentamente que outras pessoas pudessem ter notado? Ou o contrário — está se movimentando muito mais que o normal por estar inquieto ou agitado.				

3. Perguntas sobre ansiedade	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica

No último mês, você sofreu algum crise de ansiedade — sentindo medo ou pânico repentinamente?			-----
Se você respondeu “NÃO”, salte para a pergunta de número 5			-----
Isso já aconteceu antes em algum momento?			
Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada — isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso ou incomodado?			
Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?			

4. Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica
Você sentiu falta de ar?			
Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?			
Você sentiu dor ou pressão no peito?			
Você suou?			
Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado?			
Você sentiu ondas de calor ou calafrios?			
Você sentiu náusea ou estômago embrulhado ou a sensação de que você estava prestes a ter uma diarreia?			
Você se sentiu tonto, fraco ou cambaleou?			
Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?			
Você sentiu tremores?			
Você teve medo de que você estivesse morrendo?			

5. No último mês, com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos problemas seguintes?	0 Nenhu- -ma	1 Vários dias	2 Mais que a metade dos dias	8 Não se aplica
Se sente nervoso, ansioso, tenso, ou preocupando-se muito sobre assuntos diferentes?				-----
Se você marcou “Nenhuma”, salte para questão de número 6				-----
Se sente inquieto de forma que se torna difícil ficar parado				
Cansa-se muito facilmente				
Tem tensão muscular, dores, ou inflamação				
Tem dificuldade de pegar no sono ou de continuar dormindo				
Tem dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um livro ou assistir a TV				
Fica facilmente aborrecido ou irritado				

6. Perguntas sobre alimentação	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica
Você normalmente sente que não consegue controlar <u>o que</u> você come e <u>quanto</u> come?			-----
Você frequentemente come, dentro de um período de 2 horas, o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?			-----
Se você marcou ‘NÃO’ para alternativas “a” ou “b”, salte para a questão 8			-----
Isso ocorreu, em média, com uma frequência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?			

7. Nos últimos 3 meses, você frequentemente fez algum dos seguintes itens para evitar ganhar peso?	0 Sim	1 Não	8 Não se aplica
Forçou o vômito?			
Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?			
Jejuou — não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?			
Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificadamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?			

8. Esses problemas citados até agora, têm dificultado sua rotina em lidar com o trabalho, tomar conta das coisas em casa, ou de se relacionar bem com outras pessoas?	0	1	2	3
	Definitivamente não	Um pouco	Muito	Extremamente

9. No último mês, o quanto você se sentiu incomodado pelos seguintes problemas?	0 Não me incomodou	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	8 Não se aplica
Preocupação com a sua saúde				
Seu peso ou com sua aparência				
Pouco ou nenhum desejo sexual ou prazer durante o sexo				
Dificuldades com marido/mulher, parceiro(a)/amante, ou namorado e namorada				
O estresse de tomar conta dos filhos, pais e outros membros da família				
Estresse no trabalho fora de casa ou na escola				
Problemas financeiros ou preocupações				
Não ter ninguém para te dar apoio quando você tem um problema				
Algo ruim que aconteceu recentemente				
Sonhado ou pensado em algo terrível que aconteceu com você no passado.				

10. Você está tomando remédio para ansiedade, depressão ou estresse?	0 () Sim	1 () Não
---	------------------	------------------

Entrevistador _____

Hora de término: _____

Entrevistador: Por favor, antes de entregar este questionário revise-o todo completando aquelas questões não respondidas (“não se aplica”). Evite borrões e rasuras. Obrigada,
Coordenação.

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

Título da Pesquisa: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Coordenadora do projeto: Dr^a Tânia Maria de Araújo – Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana e coordenadora do Núcleo de Epidemiologia (NEPI)

Objetivo: Caracterizar a situação de saúde mental da população de 15 anos ou mais de idade residente em zona urbana de Feira de Santana, e avaliar os principais fatores de risco para os agravos à saúde mental na população estudada.

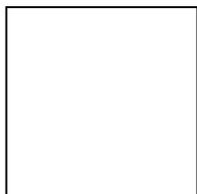
Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e no que ele consiste. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Centro de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Núcleo de Epidemiologia- KM 03, BR 116, Campus Universitário, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa tem como finalidade contribuir para a avaliação dos fatores de risco e da situação de saúde mental da população de Feira de Santana. A sua participação será voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo. Para participar você será solicitado a responder um questionário incluindo questões gerais sobre a sua vida como: idade, sexo, estado civil entre outros, características do trabalho profissional, aspectos de saúde reprodutiva, atividades domésticas, atividades de lazer, padrões de sono, doenças que você sabe que possui, uso de medicamentos, uso de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, atos de violência e questões sobre a sua saúde mental. Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Você poderá também ser contatado novamente para prestar informações sobre o mesmo assunto em outra etapa da pesquisa.

Caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes dessa pesquisa, compensações estarão de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.



Impressão digital
(quando necessário)

Feira de Santana, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Pesquisador Responsável

APÊNDICE C—Aprovação de uso de banco de dados



Universidade Estadual de Feira de Santana
Núcleo de Epidemiologia

Autorização para uso de banco de dados

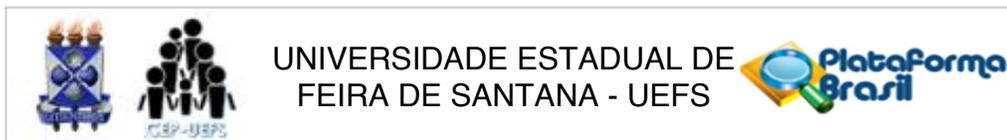
Eu, Tânia Maria de Araújo autorizo o uso do banco de dados da pesquisa intitulada: **“Caracterização da situação de saúde mental de Feira de Santana, Bahia, Brasil”**, para realização do projeto intitulado: **“Associação entre a intersecção de raça/cor da pele e gênero com transtornos mentais comuns”**, de autoria de Jenny Rose Smolen, sob orientação da professora Edna Maria de Araújo.

Saliento que as considerações éticas firmadas na construção do projeto devem ser asseguradas na condução da análise, bem como a parceria na publicação dos resultados da referida pesquisa.

Feira de Santana, 30 de setembro de 2014.


Tânia Maria de Araújo

APÊNDICE D—Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Associação entre a intersecção de raça/cor da pele e gênero com Transtornos Mentais Comuns

Pesquisador: Jenny Rose Smolen

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38308614.6.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 955.148

Data da Relatoria: 16/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de pesquisa intitulado “Associação entre a intersecção de raça/cor da pele e gênero com Transtornos Mentais Comuns”, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, na área de concentração de Epidemiologia, do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), de autoria da mestranda Jenny Rose Smolen (Pesquisadora Responsável), tendo por pesquisadora colaboradora a Profª Drª Edna Maria de Araújo (Orientadora). Consta no resumo Projeto que “Transtornos mentais causam a maior carga de incapacidade mundialmente, e Transtornos Mentais Comuns (TMC) causam uma carga significativa na comunidade. O Brasil está priorizando a saúde da população negra e a identificação de desigualdades raciais em saúde, mas, existem poucos estudos sobre saúde mental no Brasil que incluíram a variável raça/cor da pele. Um número menor ainda examina raça/cor da pele como uma unidade de análise ou realiza análises que incluem interseccionalidade de gênero e raça. Entender a prevalência de TMC segundo raça/cor da pele e gênero e entender a associação entre as mesmas é essencial para compreender desigualdades raciais nos TMC e para o Brasil cumprir o direito constitucional à saúde para todos. O objetivo desse estudo é avaliar a associação entre raça/cor da pele, gênero, e TMC em Feira de Santana, BA. Nesse estudo transversal, será estudada uma amostra representativa da população de

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

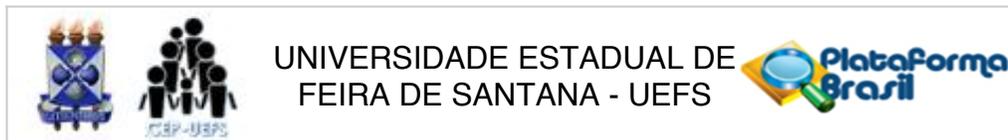
CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 955.148

15 anos ou mais de idade na área urbana de Feira de Santana. Todas as pessoas que se classificaram como branca, parda, ou preta serão incluídos na amostra. O Self Report Questionnaire (SRQ-20) será utilizado para determinar a presença de TMC. A prevalência segundo a raça/cor da pele e fatores associados serão analisados através de razões da prevalência, estratificado por gênero, e a associação entre raça/cor da pele, gênero, e TMC será examinada através de regressão logística múltipla." "Nesse projeto, serão realizado (sic!) dois tipos de estudo – uma revisão sistemática, e um estudo transversal. [...] Uma revisão sistemática será realizada sobre raça/cor da pele, ansiedade, depressão, e TMC no Brasil. A revisão será realizado seguindo as recomendações do método de PRISMA (LIBERATI et al, 2009). [...] Estudo epidemiológico transversal, cujos dados são oriundos da pesquisa mãe intitulada, 'Caracterização de saúde mental em Feira de Santana, Bahia, Brasil' realizado pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana em 2007. [...] O projeto de pesquisa mãe [...] foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana com o protocolo N° 042/2006 (CAAE – 0037.0.059.000-06). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para utilização dos dados para essa pesquisa foi solicitado autorização a pessoa responsável pelo banco de dados da pesquisa mãe e esse projeto será submetido ao mesmo Comitê de Ética para aprovação." (Projeto Completo, p. 35-38). A pesquisadora responsável apresenta as metodologias de cada estudo – revisão sistemática e estudo transversal – de forma detalhada no projeto.

Apresenta Orçamento e Cronograma detalhados. A orientadora tem experiência na área da pesquisa a ser desenvolvida, de acordo com o currículo lattes.

Objetivo da Pesquisa:

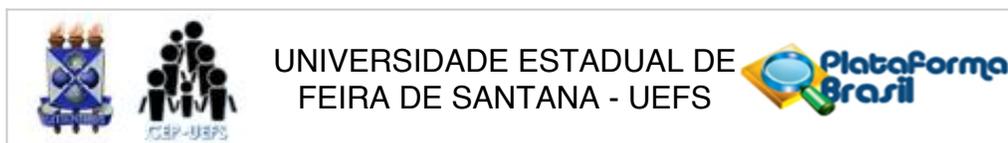
Objetivo Primário:

- "Avaliar a associação entre raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns (TMC) em Feira de Santana, BA em 2007."

Objetivos Secundários:

- "Realizar uma revisão sistemática sobre raça/cor da pele e ansiedade, depressão, e TMC no Brasil;
- Comparar a prevalência de TMC em brancos e negros, estratificado por gênero, e fatores associados;

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 955.148

• Verificar a associação entre raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns (TMC) em Feira de Santana.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

“Toda pesquisa tem risco. Nesse estudo, os dados são secundários e todos os dados já foram mascarados. Então, nessa pesquisa, os riscos se referem à manipulação do banco de dados, como apagar algum dado e também o risco de que algum participante do estudo seja identificado. Os pesquisadores vão tomar o máximo de cuidado para garantir anonimato, sigilo dos sujeitos pesquisados, e a integridade do banco.”
(Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil)

BENEFÍCIOS:

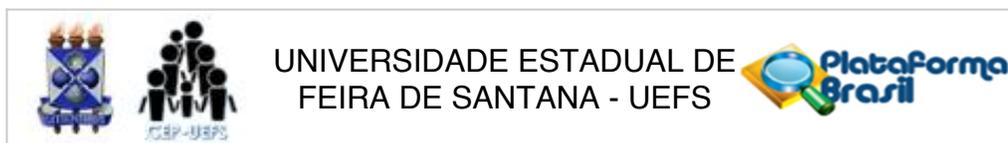
“Um dos principais benefícios desse estudo é que vai ser estimada a prevalência de Transtornos Mentais Comuns na população de Feira de Santana e verificada a associação entre raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns para que o município possa melhor implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra considerando aspectos da Saúde Mental. Um estudo em que se considere o recorte racial é especialmente importante em Feira de Santana, um município em que mais de 80% da população é negra. Também a pesquisa vai contribuir para preencher uma lacuna na escassez de estudos sobre saúde mental e raça/cor. Os participantes não receberão um benefício direto, mas é esperado que os resultados da pesquisa subsidiem políticas públicas para a saúde mental da população como um todo.”
(Informações Básicas do Projeto/Plataforma Brasil)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a) O estudo está orçado em R\$ 737,00 e terá Financiamento Próprio. “As despesas serão custeadas pelos pesquisadores”.

b) A pesquisadora solicita dispensa do TCLE sob a seguinte justificativa: “Esse estudo vai analisar dados secundários de pesquisa mãe, então não é necessário TCLE. A pesquisa mãe foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana com o protocolo N° 042/2006 (CAAE – 0037.0.059.000-06). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 955.148

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa atende às exigências da Resolução 466/12.

Apresenta: Folha de Rosto devidamente assinada e carimbada; Declaração da pesquisadora colaboradora afirmando participar do estudo e a cumprir a Resolução 466/12; Documento de autorização do Núcleo de Epidemiologia da UEFS, para o uso de banco de dados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

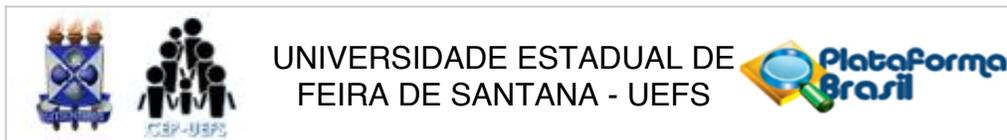
Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informa-lhe que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 955.148

FEIRA DE SANTANA, 16 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br