

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

Race/skin color and mental health disorders in Brazil:
a systematic review of the literature

Jenny Rose Smolen¹
Edna Maria de Araújo¹

Abstract *Mental health disorders contribute a significant burden to society. This systematic literature review aims to summarize the current state of the literature on race/skin color and mental health disorders in Brazil. Methods: PubMed and Lilacs were searched using descriptors for mental health disorders (depression, anxiety, Common Mental Disorders, psychiatric morbidity, etc.) and race to find studies conducted in Brazil. Studies of non-population groups, that did not analyze race/skin color, or for which the mental disorder was not the object of study were excluded. After evaluation of quality, 14 articles were selected for inclusion. There was an overall higher prevalence of mental health disorders in non-Whites. Of the six multivariate analyses that found statistically significant results, five indicated a greater prevalence or odds of mental health disorder in non-Whites compared to Whites (measure of association between 1.18-1.85). This review identified the trend in the literature regarding the association between race and mental health disorders. However, important difficulties complicate the comparability of the studies, principally in function of the differences in the mental health disorders studied, the method of categorizing race/skin color, and the screening tools used in the studies analyzed.*

Key words *Race, Skin color, Mental health*

Resumo *Transtornos mentais contribuem para uma grande carga de incapacidade. Esta revisão sistemática tem como objetivo resumir a literatura sobre raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil. PubMed e Lilacs foram pesquisados com o uso de descritores sobre transtornos mentais (depressão, ansiedade, etc.) e raça/cor da pele. Estudos sobre grupos não populacionais, que não analisaram raça/cor da pele, ou 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. A tendência foi uma prevalência maior de transtornos mentais nas pessoas não brancas. Das seis análises multivariadas que acharam resultados estatisticamente significantes, cinco mostraram uma maior prevalência ou chance de transtornos mentais nas pessoas não brancas em comparação com pessoas brancas (medida de associação entre 1,18 e 1,85). Essa revisão contribuiu para identificar a tendência na literatura em relação à 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 formas de categorizar raça/cor da pele e nos instrumentos utilizados nos estudos analisados.*

Palavra-chave *Raça, Cor da pele, Saúde mental*

¹ Núcleo de Pesquisa em Desigualdades em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina s/n, Novo Horizonte. 44036-900 Feira de Santana BA Brasil. jsmolen10@gmail.com

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 YLD¹. Esse padrão de carga de morbidade existe também no Brasil. Schramm et al.² mostraram que doenças neuropsiquiátricas também revelam 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 interferir nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais, que uma pessoa recebe na sua vida, e, por isso, pode influenciar na sua 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 causal⁸. 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 Unidos⁹⁻¹⁴. 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 deste 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 dos artigos foi realizada em duas bases para conseguir captar todas as pesquisas publicadas 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 ideia de usar termos mais amplos para capturar o maior número de pesquisas relacionadas a esse tema.

Primeiro, os sistemas 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 (*Descriptor en Ciencias de la Salud*). Termos livres também foram incluídos para incluir artigos que ainda não haviam sido colocados no índice.

A 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 re-

lação 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.

Critérios 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 critérios 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 mencionado raça/cor da pele como uma variável no resumo.

A busca na PubMed resultou em 70 artigos, e a busca no Lilacs resultou em 192 (Figura 1). Do total de 262 artigos identificados pelas buscas de chave, 209 foram excluídos por não atenderem os critérios 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

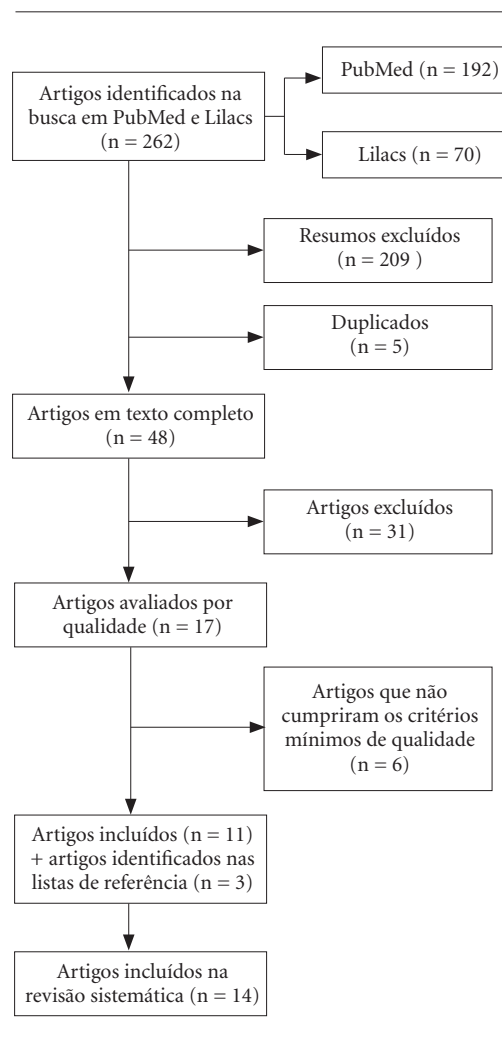


Figura 1. Processo de identificação dos artigos para inclusão na revisão sistemática.

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 confundimento¹⁵.

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 amostra insuficiente. Dessa forma, um total de 14 artigos foi incluído nesse estudo (Figura 1).

População em estudo

Como pode ser visto na Tabela 1, três dos 14 artigos incluídos foram realizados com a população geral¹⁶⁻¹⁸, um com mulheres com mais de 35 anos de idade¹⁹, três com idosos²⁰⁻²², dois com adultos jovens^{23,24}, e cinco com mulheres grávidas ou mulheres que tiveram filhos nascidos vivos recentemente²⁵⁻²⁹.

Transtornos mentais estudados

Todos os estudos incluídos examinaram transtornos mentais. Três estudaram depressão¹⁶⁻¹⁸, três estudaram sintomas depressivos (também chamado morbidade psiquiátrica, ou morbidade de depressão)¹⁹⁻²², dois estudaram Transtornos Mentais Comuns^{23,24}, cinco estudaram depressão pré-natal, pós-natal, ou durante a gravidez²⁵⁻²⁹ e somente um artigo, o de Faisal-Curry e Menezes de 2007²⁵ estudou ansiedade, mesmo que esta tenha sido uma palavra chave incluída na busca. Este artigo 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 13²⁸. Os dois estudos que utilizaram o GDS usaram versões diferentes; um usou a escala de 30 itens²¹, e o outro usou a escala de 15 itens²⁰. 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 pele¹⁸⁻²⁹. Somente dez artigos incluíram raça/cor da pele na análise multivariada^{16-18,20,22-26,28}; 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 brancas (morena: 12,0%, mulata: 15,7%, e preta: 11,2%) em comparação com pessoas brancas (9,4%)¹⁸. Um dos estudos sobre Trans-

tornos 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 significantes²⁴. Outro estudo sobre os TMC achou uma prevalência significativamente maior de TMC nas pessoas pretas/pardas do que em pessoas brancas, um achado observado para mulheres e para homens²³.

Sintomas de depressão foram vistos 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 significativamente maior em não brancos 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. 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/mulatas/indígenas (25,0%)²⁰. Um estudo achou uma prevalência menor nas pessoas não brancas (22,7%) que nas pessoas brancas (27,5%), mas a diferença não foi significativa²¹. Para depressão antepartum e pós-parto, nenhum dos estudos achou uma diferença na prevalência estatisticamente significativa em relação raça/cor de pele²⁵⁻²⁹.

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 morenas (OR = 1,30; 95% IC: 0,85-2,01), mulatas (OR = 1,78; 95% IC: 1,09-2,90) e negras (OR = 1,14; 95% IC: 0,70-1,87) tem uma maior chance de ter depressão que brancas¹⁸. 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 25% maior em mulheres pardas que em mulheres brancas (OR = 1,25; 95% IC: 1,09-1,43); o mesmo padrão foi obser-

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 et al., 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% [†] Não Branca (combinado): 12.7% [†]	<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): 1.40 (0.94-2.09)
Estudos de Sintomas Depressivos				
Guimarães et al., 2009 ¹⁹	Mulheres com mais de 35 anos de idade (n = 1249)	PRIME-MD, casos determinados pelo resposta de "sim" para três perguntas	Branca: 42.3% Mulata: 46.4% Preto: 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)
Estudos de Transtornos Mentais Comuns				
Anselmi 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 e 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)

continua

Tabela 1. continuação

Autores	População do Estudo	Instrumento Usado	Prevalência segundo raça/ cor da pele	Medida de Associação (IC 95%)
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 se encontravam entre 28 e 87 dias após o parto (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 se encontravam entre 31 e 180 dias após o parto (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.

vado em homens, mas a significância do achado foi limítrofe (OR = 1,18; 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 que nos brancos. 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 brancas tiveram uma prevalência 48% maior que brancas (OR = 1,48; 95% IC: 1,09-2,01)²⁶. A prevalência de depressão pós-parto também foi significativamente maior para as não brancas (OR = 1,85; 95% IC: 1,11-3,08)²⁶. Somente um estudo avaliou ansiedade, e foi sobre ansiedade antenatal, mas não achou resultados significantes²⁵.

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 realizado nos estados de Rio de Janeiro ou Rio Grande do Sul, e a maioria dos estudos tiveram amostras em que mais do que 50% dos participantes eram brancos.

Discussão

Os estudos transversais que existem sobre transtornos mentais e raça identificados nessa revisão sugerem que a prevalência de transtornos men-

tais é maior na população negra que na população branca. Essa conclusão não foi universal na literatura, mas as análises multivariadas que acharam associações estatisticamente significantes foram quase todas na direção positiva entre a raça/cor não branca e transtornos mentais; em todas essas análises foram incluídas variáveis socioeconômicas, como escolaridade ou renda familiar. 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 compostas de brancos. Segundo o Censo de 2010, 47,7% da população é branca, e 50,7% é negra (composto de 7,6% de pretos e 43,1% de pardos)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 en-

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

Autores	Localização do estudo	Descrição da amostra por raça/cor da pele	Direção da associação multivariada ^a
Munhoz et al., 2013 ¹⁶	Rio Grande do Sul	80.1% Branca 12.1% Preta 7.8% Outras	Preta: - * Outras: +
Pavão et al., 2012 ¹⁷	Representação de todas as regiões do Brasil	77.2% Mulata 22.8% Preta	Mulata: (ref) Preta: +
Almeida-Filho et al., 2004 ¹⁸	Bahia	14.9% Branca 45.9% Morena 15.9% Mulata 20.7% Preta	Morena: + Mulata + * Preta +
Guimarães et al., 2009 ¹⁹	Rio de Janeiro	43.3% Branca 40.1% Mulata 16.6% Preta	--
Bretanha et al., 2005 ²⁰	Rio Grande do Sul	78.6% Branca 8.7% Preta 12.7% Amarela/ Parda/Indígena	Preta: - Amarela/Parda/ Indígena: + *
Quatrin, et al., 2014 ²¹	Rio Grande do Sul	95.7% Branca 4.3% Não Branca	--
Blay et al., 2007 ²²	Rio Grande do Sul	84.2% Branca 6.8% Afro-Brasileira 8.6% Multirracial	Afro-Brasileira: + * Multirracial: + *
Anselmi et al., 2008 ²³	Rio Grande do Sul	78.1% Branca 21.9% Negra	Negra: + *
Bastos et al., 2014 ²⁴	Rio de Janeiro	51.4% Branca 32.8% Parda 15.2% Preta	Negra: -
Faisal-Curry e Menezes, 2007 ²⁵	São Paulo	83.0% Branca 17.0% Não Branca	Não Branca (Depressão): - Não Branca (Ansiedade): +
Melo et al., 2011 ²⁶	Pernambuco; São Paulo	45.5% Branca 54.5% Não Branca	Não Branca: + *
Pereira et al., 2009 ²⁷	Rio de Janeiro	45.0% Branca 55.0% Não Branca	--
Tannous et al., 2008 ²⁸	Porto Alegre	64.6% Branca 35.4% Não Branca	Não Branca: -
Ruschi et al., 2007 ²⁹	Espírito Santo	49.0% Branca 16.8% Preta 34.2% Parda	--

^aGrupo de referência = Brancas. * Estatisticamente Significante.

tender 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 vêm 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 mentais⁸, e que a discriminação relacionada à raça é nociva a saúde^{9,33}. Uma meta-análise relatou que discriminação percebida é diretamente relacionada à pior saúde mental, e que estudos experimentais mostraram que experiências de discriminação podem produzir um estresse psicológico inten-

sificado³⁴. 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 50% maior que brancos de ter uma experiência de discriminação, mesmo depois de ajustar por salário, escolaridade, status social e problemas de saúde³⁵. 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 de mais pesquisas 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 mental³⁶. 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. 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.

A categorização de raça/cor da pele foi diferente entre os estudos, e essa falta de normatização sobre como categorizar raça nesses estudos causa dificuldades em comparar os resultados. Alguns estudos usaram uma categorização binária de branca e 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 cinco categorias do Censo na classificação da raça/cor da pele: branca, preta, parda, amarela e indígena. Para agrupar todas as pessoas Afro-Brasileiros, pesquisadores juntam as categorias preta e parda para formar a categoria “negra”. Assim a literatura sobre raça/cor da pele e saúde mental pode ser mais comparável, e pode estimar prevalência segundo essas categorias padronizadas. Obter uma estimativa para a população negra é um passo importante para identificar desigualdades em saúde, priorizar recursos e criar intervenções.

Esse estudo contribuiu para identificar a 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 formas de categorizar raça/cor da pele das populações estudadas e as diferenças nos instrumentos e ponto de corte utilizados nos estudos analisados.

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.

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.

Colaboradores

JR Smolen e EM Araújo desenharam o estudo e a chave de busca. JR Smolen elaborou a busca da literature. Ambas EM Araújo e JR Smolen interpretaram os resultados. JR Smolen redigiu o artigo, e EM Araújo contribuiu com a introdução e discussão, além de realizar uma revisão crítica do artigo e da metodologia. EM Araújo aprovou a versão final do artigo.

Referências

- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm JR, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382(9904):1575-1586.
- 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. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):897-908.
- Chor D, Lima CR. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):586-594.
- Heringer R. Desigualdades sociais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad Saude Publica*, 2002; 18(Supl.):57-65.
- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1595-1601.
- 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: World Health Organization. 2010.
- 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.
- 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.
- 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(3):335-351.
- 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):317-327.
- Warheit GJ, Holzer CE, Arey SA. Race and mental illness: an epidemiologic update. *J Health Soc Behav* 1975; 16(3):243-256.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psych* 1994; 51(1):8-19.
- 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):998-1000.
- 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(8):775-784.
- 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.
- Munhoz TN, Santos IS, Matijasevich A. Major depressive episode among Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *J Affect Disord* 2013; 150(2):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. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med* 2004; 59(7):1339-1353.
19. Guimarães JMN, Lopes CS, Baima J, Sichieri R. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women. *J Affect Disord* 2009; 117(1-2):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 Bras 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(3):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):790-799.
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 Saude Publica* 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 Saude Publica* 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, Vulciani DE, Yakuch MY. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *J Affect Disord* 2011; 136(3):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 Saude Publica* 2009; 25(12):2725-2736.
28. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Post-natal 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. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. [acessado 2014 jul 27]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf
31. Cooper R, David R. The biological concept of race and its application to public health and epidemiology. *J Health Politics* 1986; 11(1):97-116.
32. Goodman AH. Why genes don't count (for racial differences in health). *Am J Public Health* 2000; 90(11):1699-1702.
33. Goto JB, Couto PF, Bastos JL, GOTO. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *Cad Saude Publica* 2013; 29(3):445-459.
34. Pascoe EA, Richman LS. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 125(4):531-554.
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).

Artigo apresentado em 03/04/2016

Aprovado em 06/09/2016

Versão final apresentada em 08/09/2016