UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Silvia Soledad Poemape Flores

Associação entre raça/cor da pele, percepções subjetivas de violência e saúde mental em adultos chefes de famílias em bairros periféricos de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira

Botucatu
2026

Silvia Soledad Poemape Flores

Associação entre raça/cor da pele, percepções subjetivas de violência e saúde mental em adultos chefes de famílias em bairros periféricos de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidado em Saúde e Gestão de Sistemas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira

Botucatu

2026

P744a

Poemape Flores, Silvia Soledad
Associação entre raça/cor da pele, percepções subjetivas de violência e saúde mental em adultos chefes de famílias em bairros periféricos de São Paulo / Silvia Soledad Poemape Flores. -- Botucatu, 2026
92 p. : tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu
Orientadora: Maria Rita Marques de Oliveira

1. Saúde mental. 2. Violência. 3. Indicadores de saúde. 4. Racismo. 5. Políticas públicas. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE SILVIA SOLEDAD POEMAPE FLORES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 23 de fevereiro de 2026, às 14h, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de SILVIA SOLEDAD POEMAPE FLORES, intitulada "Associação entre raça/cor da pele, percepções subjetivas de violência e saúde mental em adultos chefes de famílias em bairros periféricos de São Paulo

". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Ciências Humanas e Ciências da Nutrição e Alimentação / UNESP / Câmpus de Botucatu - IBB, Profa. Dra. ANNA CHRISTINA PINHEIRO FERNANDES (Participação Virtual) do(a) Universidad del Desarrollo, Profa. Dra. ELIANE COSTA SANTOS (Participação Virtual) do(a) Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab) / São Francisco do Conde (BA), Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: Aprovado . Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

gov.br
Documento assinado digitalmente
MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA
Data: 26/02/2026 09:13:38-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. MARIA RITA MARQUES DE OLIVEIRA

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua graça, fortaleza e fidelidade em todas as etapas da minha vida, inclusive nesta. *“Mas os que esperam no Senhor renovam as suas forças; sobem com asas como águias; correm e não se cansam, caminham e não se fatigam” (Isaías 40:31). Pois “tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13).*

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira, pela contribuição à minha formação acadêmica. Sou grata pela oportunidade de conhecer mais uma problemática do Brasil e de ter o privilégio de fundamentá-la, assim como reconhecer a abrangência deste estudo transversal. Que Deus abençoe sua vida pela sensibilidade e olhar crítico diante do interesse em estudar a vulnerabilidade de pessoas silenciadas implicitamente e explicitamente em uma sociedade cada vez mais indiferente, apática e insensível.

Aos meus pais, por acreditarem em mim e apoiarem cada uma das minhas decisões, transmitindo conselhos e valores que me guiam a cada passo, e aos meus irmãos, por iluminar minha vida com alegria.

A todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos ensinamentos compartilhados em sala de aula. Senti-me como uma esponja, absorvendo cada conhecimento que transmitiram. Carrego em minha mochila acadêmica tudo o que compartilharam comigo.

A todas as professoras, pesquisadores e estudantes do doutorado, mestrado e iniciação científica que integram o grupo de pesquisa relacionado ao Inquérito de Soberania, Segurança Alimentar e Saúde da População Negra e Comunidades Tradicionais.

Aos Agentes de Pastoral Negros do Brasil pela disponibilização dos dados e à Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, pela disponibilização do aplicativo de coleta APP VIGSAN, contendo os instrumentos com as questões de interesse.

Ao Professor Dr. Rogério, pelo auxílio na análise estatística.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Brasil. Bolsa [131456/2024-5].

Existe um momento na vida de cada pessoa que é possível sonhar e realizar nossos sonhos...e esse momento tão fugaz chama-se presente e tem duração do tempo que passa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Rede PENSSAN: Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional

SRQ-20: Self-Reporting Questionnaire, 20 itens.

APNs: Agentes de Pastoral Negros do Brasil

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PNS-2019: Pesquisa Nacional de Saúde 2019

VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (Rede PENSSAN)

TMC: Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

RESUMO 7

ABSTRACT 8

1. INTRODUÇÃO 10

1.1. Raça, interseccionalidade e produção social das desigualdades em saúde 12

1.2. Violência psicológica, física e sexual no contexto das desigualdades sociais 18

1.3. Saúde mental, vulnerabilidade social e exclusão estrutural 23

2. OBJETIVOS 27

2.1. Objetivo geral 27

2.2. Objetivos específicos 27

3. HIPÓTESE 27

4. MÉTODO 28

4.1. Caracterização do estudo 28

4.2. Abrangência geográfica 28

4.3. Amostra 29

4.4. Instrumento de coleta dos dados 30

4.5. Variáveis do estudo 31

4.6. Coleta dos dados 36

4.7. Análise dos dados 36

5. RESULTADOS 38

6. DISCUSSÃO 47

7. CONCLUSÃO 58

8. REFERÊNCIAS 59

9. ANEXO 74

9.1. Anexo 1 – Mapas dos bairros arrolados na pesquisa 74

9.2. Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética 76

9.3. Anexo 3 – Questões do inquérito 81

RESUMO

INTRODUÇÃO: Chefes de família, especialmente mulheres residentes em periferias, enfrentam vulnerabilidades decorrentes do racismo, da pobreza e da exclusão social. No Brasil, as políticas existentes revelam-se insuficientes para enfrentar as desigualdades que aumentam a ocorrência de agressões interpessoais. Essas desigualdades estão relacionadas à violência estrutural, que compromete o acesso a direitos sociais essenciais, como saúde, alimentação, trabalho e moradia, o que exige uma abordagem articulada, orientada por uma perspectiva intersetorial e interseccional. A abordagem dessa problemática nas periferias brasileiras, tanto no campo epidemiológico quanto no político, ainda é parcial, e, em um contexto mais amplo, fica evidente que essas desigualdades e iniquidades culminam em agravos frequentemente silenciosos, como os transtornos mentais, que, embora socialmente invisibilizados, geram sofrimento, comprometem a saúde e o bem-estar e, em casos extremos, podem levar à perda de vidas. **OBJETIVO:** Avaliar a associação entre a autodeclaração de cor/raça e experiências subjetivas de violência e saúde mental em adultos chefes de família de bairros periféricos de São Paulo. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal analítico de base populacional com dados coletados em 2024 (n=719), subprojeto do “Inquérito da soberania, segurança alimentar e saúde da população negra e comunidades tradicionais”, realizado em três bairros periféricos de São Paulo (Cidade Tiradentes, Brasilândia e Jardim Elba) com adultos (≥18 anos) chefes de família selecionados por amostragem por conglomerados. Os dados foram coletados presencialmente com questionário eletrônico (APP VIGSAN), incluindo módulo de violência interpessoal (PNS 2019) e rastreio de TMC pelo SRQ-20, e analisados no SAS por meio de análises descritivas, testes qui-quadrado e regressão logística binária em modelos hierárquicos ajustados por covariáveis. **RESULTADOS:** Observou-se associação entre transtornos mentais comuns e fatores sociodemográficos, condições de vida e experiências de violência em adultos chefes de família de bairros periféricos de São Paulo. A variável raça/cor da pele não apresentou associação estatisticamente significativa de forma isolada. Entre os indivíduos com transtornos mentais comuns, observou-se maior frequência de características como sexo feminino, inserção em trabalho informal, pior estado de saúde autorreferido, dificuldades de acesso a água potável, acesso a políticas sociais, residência em territórios periféricos específicos e relato de experiências de violência. **CONCLUSÃO:** Os achados evidenciam que os transtornos mentais em territórios periféricos estão fortemente associados a desigualdades estruturais, experiencias de violência e condições de vida precárias, reforçando a necessidade de políticas públicas sob perspectiva intersetorial e interseccional que enfrentem o racismo, a vulnerabilidade social e as iniquidades territoriais como determinantes centrais da saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Violência; Determinantes sociais da saúde; Racismo;

Áreas urbanas; Política Pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Heads of households, especially women living in peripheral areas, face vulnerabilities arising from racism, poverty, and social exclusion. In Brazil, existing policies have proven insufficient to address such inequalities, which manifest as structural violence by limiting access to essential social rights such as health, food, work, and housing. This context calls for an articulated approach guided by intersectoral and intersectional perspectives. The still partial approach to this issue, both in epidemiological and political terms, highlights that these inequities result in often silent health outcomes, such as common mental disorders, which, although socially invisible, lead to suffering, impaired health and well-being, and, in extreme cases, loss of life. **OBJECTIVE:** To assess the association between self-reported race/skin color and subjective experiences of violence and mental health among adult heads of households in peripheral neighborhoods of São Paulo. **METHODS:** This is a population-based analytical cross-sectional study using data collected in 2024 (n = 719), as part of the project "Survey on Food Sovereignty, Food Security, and Health of the Black Population and Traditional Communities." The study was conducted in three peripheral neighborhoods of São Paulo (Cidade Tiradentes, Brasilândia, and Jardim Elba) with adult (≥18 years) heads of households selected through cluster sampling. Data were collected in person using an electronic questionnaire (VIGSAN app), including an interpersonal violence module (based on the 2019 National Health Survey) and screening for common mental disorders using the SRQ-20. Analyses were conducted in SAS using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regression within hierarchical models adjusted for covariates. **RESULTS:** An association was observed between common mental disorders and sociodemographic factors, living conditions, and experiences of violence among adult heads of households in peripheral neighborhoods of São Paulo. Race/skin color did not show a statistically significant association when analyzed in isolation. Among individuals with common mental disorders, a higher frequency was observed among those who were female, engaged in informal work, reported poorer self-rated health, experienced difficulties accessing safe drinking water, had access to social policies, resided in specific peripheral territories, and reported experiences of violence. **CONCLUSION:** The findings show that mental disorders in peripheral territories are strongly associated with structural inequalities, experiences of violence, and precarious living conditions, reinforcing the need for intersectoral and intersectional public policies that address racism, social vulnerability, and territorial inequities as central determinants of mental health.

KEYWORDS: Mental health; Violence; Social determinants of health; Racism; Urban areas; Public Policy.

LISTA DAS TABELAS

TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes, segundo a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em bairros periféricos de São Paulo, Brasil. 2024.

Tabela 2 – Associação entre exposição à violência e condições de saúde, segundo a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em bairros periféricos de São Paulo, Brasil. 2024.

Tabela 3 – Associação entre contexto domiciliar e vulnerabilidade socioeconômica, segundo a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em bairros periféricos de São Paulo, Brasil. 2024.

Tabela 4 – Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo modelo de Regressão Logística. São Paulo, Brasil. 2024.

1. INTRODUÇÃO

Passaram-se quatro séculos desde que o projeto colonial europeu se instalou no Brasil (JABLONSKI, 2021; ALMEIDA, 2019), inscrevendo suas lógicas de dominação no que hoje se denomina racismo estrutural, entendido como um sistema de poder sustentado pelo Estado por meio de leis, políticas e práticas institucionais que reproduzem desigualdades raciais e moldam tanto as relações sociais quanto as percepções coletivas (ALMEIDA, 2019).

No século XVII, o projeto colonial consolidou um sistema hierárquico racial amparado por teorias pseudocientíficas que situavam as pessoas brancas como superiores e as pessoas negras como inferiores, naturalizando práticas de dominação e explotação (JABLONSKI, 2021). Essa hierarquia transcendeu as fronteiras coloniais e, durante o século XIX, influenciou profundamente as sociedades latino-americanas, associando pessoas de pele branca à modernidade e ao progresso e originando os discursos de democracia racial, especialmente no Brasil (WADE et al., 2015).

Em meados do século XX, essa narrativa se consolidou como justificativa de relações sociais aparentemente cordiais, baseadas na ideia de que o mestiçamento teria garantido a harmonia entre os grupos raciais (BAILEY, 2009). Décadas depois, embora estudos genéticos antirracistas tenham evidenciado a inexistência de raças biológicas, seus achados foram reinterpretados de forma conveniente para reforçar o mito da democracia racial, deslocando o foco do racismo estrutural e enfraquecendo as lutas pela equidade racial (WADE et al., 2015).

Essa estrutura manifesta-se na saúde pública por meio do silenciamento institucional e simbólico das desigualdades e da desvalorização de saberes, em que políticas estagnadas e a provisão limitada de serviços garantem apenas a sobrevivência biológica, sem assegurar condições materiais e sociais para uma vida digna (GUBERT et al., 2017; DE FRANÇA et al., 2020).

No âmbito da interseccionalidade, a mulher negra representa um paradoxo da sociedade brasileira, pois enquanto no imaginário nacional é exaltada como símbolo de sensualidade e alegria, na vida cotidiana sofre humilhações e tratamentos degradantes (GONZALEZ, 2020). Essa contradição sustenta um ciclo intergeracional de desigualdades, reproduzido nas esferas do acesso à saúde, ao trabalho e à vida familiar, afetando tanto a ela quanto sua geração.

O racismo estrutural manifesta-se de maneira interdependente com sexismo e classismo, expressando-se por meio da violência simbólica e interpessoal, que legitima desigualdades sociais (BOURDIEU, 1998; CRENSHAW, 2002; MINAYO, 2006). Essas violências são especialmente frequentes entre mulheres negras em contextos precários (SANTOS E CARMO et al., 2023; CAICEDO et al., 2023), podendo ter consequências letais (MOROSKOSKI et al., 2022). Tais evidências apontam para a vulnerabilidade dessas mulheres em um sistema patriarcal e ressaltam a necessidade de políticas institucionais integradas. Embora exista, a Lei Maria da Penha (n.º 11.340/2006), isoladamente não abrange todas as dimensões da opressão estrutural, incluindo a atenção saúde de baixa qualidade, a ajuda social insuficiente, o trabalho precário e a violência doméstica por seus próprios parceiros atingindo não apenas elas, mas também a sua geração (LEI MARIA DA PENHA, 2006; SILVA et al., 2024; SANTOS E CARMO, 2023; PEREIRA E GASPAR, 2021; MOROSKOSKI et al., 2022; FRANCISCO et al., 2025).

Apesar dos avanços legais, a análise sociodemográfica dos efeitos da violência interpessoal ainda é limitada, sobretudo em relação aos (às) chefes de família que sofrem agressões. Essa lacuna evidencia a importância de abordagens que considerem simultaneamente a interseccionalidade entre raça, gênero e classe, bem como o impacto articulado da violência estrutural e interpessoal na gênese dos transtornos mentais comuns especialmente em contextos periféricos, onde as condições socioeconômicas intensificam tais efeitos.

Nas periferias brasileiras, frequentemente caracterizadas como espaços liminares, a insuficiência de respostas efetivas às necessidades básicas pode contribuir para o aumento de quadros de ansiedade, estresse e depressão, fenômenos que

contrastam com a concepção ampliada de saúde mental (DE FRANÇA et al., 2020; ROCHA et al., 2025; FREEMAN et al., 2022). Ademais, tais transtornos, especialmente entre mulheres, têm sido frequentemente reduzidos a explicações de caráter estritamente clínico-biológico, centradas na ação dos estrogênios na modulação do humor ao longo das fases hormonais e reprodutivas (DE ANDRADE et al., 2006). No entanto, uma perspectiva mais abrangente evidencia que essas mulheres estão inseridas em contextos marcados por condições demográficas adversas, desigualdades sociais e formas de vulnerabilidade profundamente enraizadas no cotidiano (ANSELMI et al., 2008; BEZERRA et al., 2021), as quais, em territórios periféricos, podem se intensificar.

Nesse sentido, grande parte da produção acadêmica sobre o tema não desagrega esses fenômenos, comumente classificados como transtornos mentais comuns, por raça ou cor da pele, nem por outros fatores de risco à exposição, reproduzindo uma cegueira estrutural que limita a compreensão de seus determinantes. Considerando o contexto apresentado, o presente estudo investiga a associação entre raça/cor da pele, percepções de violência e saúde mental em adultos chefes de família em bairros periféricos de São Paulo.

1.1. Raça, interseccionalidade e produção social das desigualdades em saúde

A forma como raça e cor são percebidas e tratadas na América Latina, especialmente no Brasil, influencia diretamente o acesso a direitos, oportunidades e reconhecimento social (GUIMARÃES, 2002a; CRENSHAW, 2002).

Embora o conceito de raça seja frequentemente usado para classificar pessoas com base em características físicas visíveis, como a cor da pele (GUIMARÃES, 2002a), estudos genéticos mostram que essas classificações não têm base científica sólida (MAGLO et al., 2016; PASCHOU et al., 2008). A contradição torna-se evidente quando constatamos que pode haver mais diversidade genética entre indivíduos de um mesmo grupo de ascendência europeia do que entre esses indivíduos e pessoas de ascendência africana (MAGLO et al., 2016b; PASCHOU et al., 2008). Isso demonstra que as chamadas “raças humanas” não se distinguem de forma consistente do ponto de vista biológico, reforçando a ideia de que as categorias

raciais são construções sociais, e não realidades genéticas. Nesse sentido, essas categorias foram historicamente criadas para manter privilégios inclinados preferencialmente aos brancos e distribuir injustamente direitos e oportunidades (PACHTER, 2020; BOZZANO, 2020). Essa desconstrução do conceito biológico de raça é especialmente relevante na América Latina, onde as categorias raciais, embora desprovidas de base genética consistente, continuam a produzir efeitos concretos na estrutura social, marcando desigualdades históricas e cotidianas (GUIMARÃES, 2003b; MAGLO et al., 2016a; PASCHOU et al., 2008).

A situação torna-se ainda mais indignante quando os próprios brasileiros de raça/cor da pele negra (pretas e pardas) enfrentam desigualdades interseccionais superiores às da população branca, perpetuando um desafio para as políticas públicas que exige respostas intersetoriais urgentes e transformadoras. Essa problemática envolve a população autodeclarada negra cerca de 112,7 milhões de pessoas que, segundo o Censo Demográfico Brasileiro de 2022, já representa um contingente superior ao dos brancos (88,2 milhões), conforme a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BELANDI E GOMES, 2022).

As desigualdades sociais no Brasil se expressam de forma contundente na expectativa de vida, que pode variar em até 4,0 anos para os homens e 6,5 anos para as mulheres entre áreas ricas e pobres, refletindo uma distribuição profundamente desigual de recursos e condições de vida (BILAL et al., 2019).

As desigualdades raciais também se manifestam nas formas de identificação. A autodeclaração racial, no caso da população negra, pode funcionar como uma estratégia de defesa e adaptação diante das hierarquias raciais historicamente constituídas. Estudos apontam que, em Porto Alegre (cidade de maioria branca), pessoas com apenas 10% de ascendência africana têm até 14 vezes mais probabilidade de se autodeclararem negras do que em Salvador, onde predominam populações negras (CHOR et al., 2019).

Esses padrões demográficos revelam como o racismo estrutura a vida cotidiana, produzindo mecanismos de opressão que atravessam gerações. No caso das mulheres negras, em especial, essa realidade é ainda mais marcada, pois elas

enfrentam simultaneamente desigualdades de classe, gênero e raça, perpetuando um ciclo de exclusão que afeta tanto sua posição social quanto as condições de vida de suas famílias.

As mulheres negras no Brasil, como exemplo paradigmático expostas ao esse racismo estrutural, evidenciam o racismo intergeracional atravessando e condicionando suas trajetórias individuais e familiares (GONZALEZ, 2020). Na fase da adolescência já enfrentam violência simbólica em um contexto de interseccionalidade que combina racismo e sexismo para subordinar e objetificar seus corpos, limitando seu pleno reconhecimento como sujeitos de desejo e afeto (LIMA et al., 2025a).

A materialização dessa violência simbólica na mulher negra e pobre intensifica sua vulnerabilidade diante de estruturas sociais, econômicas e públicas profundamente desiguais e hierarquizadas (BOURDIEU, 1998). O funcionamento dessas estruturas manifesta-se como violência estrutural, resultante de sistemas que reproduzem a exclusão e limitam o acesso efetivo aos direitos humanos e de cidadania (FARMER, 2003).

De fato, a baixa escolaridade e a pobreza evidenciam as vulnerabilidades estruturais enfrentadas por essas mulheres negras, expostas a violência psicológica, física e sexual por parte de seus parceiros, além de vivenciarem privações alimentares durante a gestação (MORAES E REICHENHEIM, 2002; RAMALHO et al., 2020). As políticas que deveriam garantir sua proteção, como a Lei Maria da Penha (n.º 11.340/2006) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, mostram-se ineficazes ao não priorizarem mecanismos específicos de identificação e acompanhamento para essas mulheres (LEI MARIA DA PENHA, 2006; RIBEIRO et al., 2020; SALLES et al., 2023).

No âmbito da saúde, a taxa de mortalidade materna entre essas mulheres atinge 126 óbitos por 100.000 nascidos vivos, número claramente superior ao observado entre mulheres brancas, que é de 64 por 100.000 nascidos vivos, persistindo mesmo na região Sudeste, de maior disponibilidade de recursos, onde o índice é de 116 óbitos por 100.000 nascidos vivos (SILVA et al., 2024). Estudos mostram que

cerca de 17% das ocorrências nacionais de condições perinatais adversas entre filhos de mulheres negras poderiam ser evitadas caso essas mulheres tivessem os mesmos níveis de acesso e qualidade de cuidado que as mulheres brancas, grupo que apresenta os menores índices de partos prematuros, baixo peso ao nascer, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e mortes neonatais precoces (REBOUÇAS et al., 2024). Os registros de raça/cor da população negra no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos mostram estagnação ou até aumento da incompletude (acima de 10%) nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, regiões mais pobres do Brasil. Esse cenário, em contraste com os avanços observados nas demais regiões do país, evidencia o baixo compromisso institucional na garantia de informações qualificadas sobre essas populações (SANTANA et al., 2023). Apesar dos avanços da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que busca reverter o abandono histórico do corpo negro, esse racismo institucional ainda persiste em municípios com baixa adesão, onde as limitações estruturais dificultam a implementação efetiva de uma atenção integral no Sistema Único de Saúde (SOUZAS, 2005; BRASIL, 2017a; OLIVEIRA E MAGALHÃES, 2022).

Outras iniquidades em sua esfera socioeconômica se refletem nas mulheres negras com parceiro; embora recebam apoio social para mitigar a pobreza, permanecem expostas à violência doméstica conjugal, que se inscreve em um sistema patriarcal, em 50% dos casos (PEREIRA E GASPAR, 2021). Enquanto, as mulheres negras sem parceiro e com filhos pequenos apresentam uma probabilidade quatro vezes maior de reduzir forçosamente refeições ou porções de alimentos, incorrendo em insegurança alimentar (SANTOS et al., 2023). A insuficiência das políticas sociais agrava essas desigualdades, uma vez que as transferências monetárias não identificam a violência doméstica sofrida por suas beneficiárias, cuja prevenção dependeria da aplicação efetiva e institucional da Lei Maria da Penha (n.º 11.340/2006) (MAGALHÃES et al., 2024; LEI MARIA DA PENHA, 2006).

No âmbito laboral, essas mulheres negras, muitas vezes expostas ao trabalho informal que exige longas jornadas, apresentam 59% maior risco de autorrelato de saúde negativa, acentuado por razões de gênero (DE MELO et al., 2023). Essas

condições laborais são consideradas decentes por essas próprias mulheres, sob sua perspectiva psicossocial, embora não estejam em conformidade com as definições de trabalho decente estabelecidas por organismos internacionais (RIBEIRO et al., 2016). A precarização desses contratos, reforçada pela Lei n.º 13.467/2017, limita a proteção trabalhista, as contribuições à seguridade social e as garantias mínimas, o que potencializa as inequidades em saúde (BRASIL, LEI NO. 13.467, 2017b; LEE E DI, 2022).

Filhos e adolescentes de mulheres negras, marcados pela interseccionalidade e residentes em periferias, enfrentam controle policial seletivo baseado em preconceitos em 60% dos casos (RAMOS E MUSUMECI, 2004), além de serem vítimas de crimes contra a propriedade cometidos por terceiros, o que agrava suas vulnerabilidades e aumenta em 99% a probabilidade de apresentarem repercussões psicossociais (MILIAUSKAS et al., 2023). Apesar disso, ainda não existem políticas que respaldem efetivamente o contexto em que vivem.

A exposição precoce à violência estrutural alcança os filhos de mulheres negras, afetando 46% desse grupo na trajetória educacional, especialmente quando pertencem a famílias de baixa renda. Mesmo com a Lei nº 14.723/2023 que garante vagas a grupos historicamente desfavorecidos, persistem expressões de racismo simbólico que evidenciam a continuidade de hierarquias raciais legitimadas por imaginários meritocráticos (LAMENHA et al., 2024; BRASIL, LEI NO. 14.723, 2023c)

Ainda que evidências internacionais indiquem que pessoas negras e com ascendência africana tenham conquistado títulos de pós-graduação e ocupado cargos profissionais de destaque (TETEH et al., 2020), no contexto brasileiro tais avanços pouco se refletem em igualdade de oportunidades, uma vez que as estruturas sociais seguem limitando o reconhecimento e a mobilidade desse grupo (LAMENHA et al., 2024).

Na continuidade dessa vida precária, ao ingressarem no mercado de trabalho, permanecem expostos a uma prevalência de 18,3% de assédio e 28,8% de violência psicológica de raiz racial praticada por seus empregadores (FRANCISCO et al., 2025; FEIJÓ et al., 2022), o que evidencia a limitada eficácia da Portaria nº

1.823/2012 e a reprodução institucional das desigualdades nos espaços laborais (BRASIL, LEI NO. 1.823, 2012d).

Mais tarde, na vida adulta e na velhice, apresentam 47 % mais multimorbidade (OLIVEIRA et al., 2022), o que pode explicar o pior nível de qualidade de vida observada, caracterizada por menor apoio social e mais sintomas depressivos (TAVARES et al., 2023).

As barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à atenção primária à saúde expressam o racismo estrutural que atravessa as políticas públicas no Brasil. Quando o sistema falha em acolher e responder de forma qualificada às necessidades dessas famílias, condições evitáveis como doenças infecciosas, deficiências nutricionais, anemia, diabetes e doenças cardiovasculares tendem a se agravar (HONE et al., 2017). Apesar da expansão da Estratégia Saúde da Família ter contribuído para a redução da mortalidade por essas causas, os dados revelam que essa redução foi proporcionalmente maior entre pretos e pardos (15,4%) do que entre brancos (6,8%), o que torna evidente tanto o potencial mitigador das políticas de atenção primária quanto a profundidade das desigualdades raciais acumuladas ao longo do tempo (HONE et al., 2017). Embora a expansão da Estratégia Saúde da Família tenha sido associada a uma redução mais intensa da mortalidade por causas sensíveis à atenção primária entre pardos e pretos do que entre brancos, evidenciando o potencial redistributivo da atenção primária (HONE et al., 2017), a persistência de diferenças nos níveis absolutos de mortalidade e a natureza estrutural dos determinantes raciais da saúde indicam que políticas setoriais isoladas, ainda que fundamentais, não são suficientes para eliminar desigualdades historicamente produzidas.

Assim, em diferentes contextos, essas pessoas ao serem prejulgadas pela cor da pele e pela pertença a classes sociais baixas presentes em contextos precários, vivenciam o reforço do racismo por meio do classismo, o que permite que preconceitos culturais aparentemente neutros mascarem ideias racistas presentes na sociedade (DE LIMA et al., 2019). Deste modo, gerações de famílias negras inseridas na demografia das grandes cidades brasileiras refletem desigualdades

sociais e territoriais marcadas pela segregação residencial de grupos raciais e econômicos, o que se expressa no fato de que 34 % desses residentes relatam saúde regular ou ruim, evidenciando a persistência das desigualdades que os tornam socialmente vulneráveis (GUIMARÃES et al., 2022c). Assim, essa situação crítica do racismo estrutural, que se alastra como uma praga silenciosa pelo Brasil sob um sistema social desprovido de uma ética verdadeiramente humanista, exige respostas urgentes nas áreas da saúde, educação e trabalho, a fim de melhorar as condições dignas de vida de 41,4 % dos chefes de família (DE FRANÇA et al., 2020).

1.2. Violência psicológica, física e sexual no contexto das desigualdades sociais

A violência pode assumir múltiplas formas e produzir impactos profundos e duradouros na vida das vítimas. A violência psicológica caracteriza-se por práticas como humilhações, ameaças, intimidações, isolamento social e controle coercitivo, que comprometem a autoestima, a autonomia e a saúde mental, frequentemente de maneira invisível e silenciosa (WHO, 2014; MINAYO, 2006). Já a violência física envolve o uso da força corporal ou de objetos com a intenção de ferir, causar dor ou provocar lesões, sendo amplamente documentada em contextos de violência doméstica, comunitária e institucional (KRUG et al., 2002). Por sua vez, a violência sexual engloba qualquer ato de natureza sexual praticado sem consentimento, incluindo coerção, assédio, estupro e exploração sexual, violando não apenas a integridade física, mas também os direitos humanos fundamentais (OMS, 2002; HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

Essas diferentes formas de violência estão interligadas e frequentemente se sobrepõem, reforçando ciclos de vulnerabilidade, desigualdade de gênero e exclusão social. Além de consequências físicas imediatas, geram impactos duradouros na saúde mental, como ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e maior risco de suicídio (WHO, 2014). Reconhecer a violência em suas múltiplas dimensões é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas integradas de prevenção, proteção e cuidado às vítimas.

As desigualdades sociais, sustentadas em práticas rotineiras das organizações, exigem que estas desenvolvam em sua estrutura uma atenção consciente e crítica aos problemas sociais por meio da justiça social, de modo a promover a equidade para todos os seus membros (RASHKOVA et al., 2023). Entretanto, quando essa atenção não se concretiza, os estereótipos sociais atuam como formas de violência simbólica (BOURDIEU, 1998), classificando os pobres como calorosos, mas incompetentes, e os ricos como competentes, mas frios. Esse mecanismo de compensação naturaliza hierarquias, invisibiliza desigualdades estruturais e reforça a ilusão de justiça social (FU et al., 2019).

Nesse contexto, a percepção de justiça das pessoas de baixa renda é condicionada por sua experiência cotidiana, marcada não apenas pela desigualdade material, mas também por situações de violência psicológica (humilhações, exclusões, estigmatizações) e, em muitos casos, pela violência física e institucional que atravessa suas vidas em territórios marginalizados. Ao perceberem moralmente a injustiça diante dessas desigualdades, emerge uma reivindicação implícita por maior equidade por meio da justiça distributiva (JIA et al., 2020; PETKANOPOULOU et al., 2025), apontando para a necessidade de políticas públicas que enfrentem tanto os efeitos objetivos quanto subjetivos da violência social e estrutural.

Esse pode ser um claro exemplo de como as vivências de pessoas socialmente racializadas, em especial as mulheres, estão expostas à precariedade, uma manifestação de violência estrutural caracterizada pela falta de segurança e estabilidade laboral e vital, resultante de condições sociais e econômicas que geram empregos instáveis e reduzem as proteções sociais, deteriorando sua saúde, seus vínculos comunitários e sua participação política (SCHAAP et al., 2022). Essa precariedade não é apenas um problema econômico, mas também um terreno que sustenta e amplifica diversas formas de violência de gênero interpessoais, comunitárias, laborais e institucionais, ao reforçar relações de poder desiguais, limitar o acesso a recursos e aumentar a exposição a práticas discriminatórias e agressões (BOHREN et al., 2023; FRANCISCO et al., 2025; PEREIRA E GASPAR, 2021; SÁNCHEZ et al., 2023). Essas violências podem-se manifestar como uma

experiência cotidiana no presente, uma memória persistente do passado e uma percepção social marcada por estigmas que se projeta sobre outras mulheres do entorno, afetando de maneira mais intensa aquelas na condição de chefes de família (SÁNCHEZ et al., 2023).

No Brasil, classificado como estatista, essa tendência também se observa entre os gêneros: as mulheres com trabalho informal apresentam uma prevalência 49 % maior de má saúde autopercebida do que os homens com trabalho informal mesmo após ajuste por características sociodemográficas (UTZET et al., 2021). Embora homens apresentem ligeiramente maior prevalência de má saúde autopercebida, a violência psicológica no trabalho afeta de forma desproporcional as mulheres, especialmente aquelas de raça/cor negra. Entre a população ocupada afetada, 28,8% das vítimas de violência psicológica são mulheres negras (FRANCISCO et al., 2025), evidenciando desigualdades de gênero e raça que podem ter impactos significativos sobre a saúde mental.

Por outro lado, a violência física ou sexual perpetrada por um parceiro íntimo nas estimativas da América Latina (região tropical) pode constituir um fator persistente na vida de mulheres de raça/cor negra entre 15 e 49 anos, com uma prevalência de 38% ao longo da vida e de 12% nos 12 meses anteriores à pesquisa em 2018; dados que superam as estimativas globais de 23% e 6%, respectivamente, para o período de 2000 a 2018 (SARDINHA et al., 2022).

Essas evidências podem refletir histórias concretas de mulheres brasileiras que, em contextos de violência por parte do parceiro, priorizam a maternidade e adotam o silêncio ou a permanência como formas de resistência e proteção aos seus filhos, mesmo à custa do próprio bem-estar (KELLY et al., 2009).

Em contraste, mulheres negras brasileiras, frequentemente sem parceiro, chefes de família, beneficiárias de programas de transferência de renda, com baixa escolaridade e renda restrita ao salário mínimo, além de expostas a condições insalubres como esgoto a céu aberto ou ausência de banheiro no domicílio, vivenciam formas persistentes de violência estrutural e institucional, estando desproporcionalmente representadas entre os 5,4% dos casos de insegurança

alimentar grave durante a gestação (RAMALHO et al., 2020). Essa realidade é expressão do racismo estrutural (ALMEIDA, 2019), que historicamente relegou mulheres negras a posições de maior vulnerabilidade social, perpetuando ciclos de exclusão, negando-lhes acesso a direitos básicos e naturalizando a precariedade como parte de suas vidas.

Quando somada à instabilidade habitacional, essa condição impacta de forma ainda mais violenta crianças e jovens negros, como evidenciam aqueles com diagnóstico de anemia falciforme, que apresentam dietas caracterizadas por maior consumo de ultraprocessados e menor ingestão de cereais integrais (FERNÁNDEZ et al., 2022). Tal situação reflete o efeito combinado da violência estrutural e institucional (WERNECK, 2016), que atravessa gerações e fragiliza a saúde da população negra desde a gestação até a juventude, ao mesmo tempo em que evidencia o modo pelo qual o racismo compromete a qualidade de vida e a dignidade de forma sistemática.

Apesar de receberem ajuda social, isso parece não ser suficiente, pois mulheres e crianças negras beneficiárias do programa Bolsa Família podem estar incluídas em mais de 60 % dos casos de violência intrafamiliar, sendo os agressores, em 50 % dos casos, os parceiros das vítimas (PEREIRA E GASPAR, 2021).

A realidade pode-se inserir em um emaranhado de desigualdades estruturais que restringem o acesso a serviços culturalmente pertinentes, territorialmente acessíveis e economicamente viáveis (ESSUE et al., 2025). Tal restrição pode estar associada ao racismo epistêmico estrutural, que sistematicamente subestima ou invalida suas experiências ao privilegiar saberes hegemônicos que não apenas deslegitimam sua palavra, mas também perpetuam sua exclusão simbólica e cognitiva (SAMBARAJU, 2025).

Dessa forma, muitas dessas mulheres em situações adversas recorrem prioritariamente a apoios informais, como familiares, vizinhos e amigos, condicionadas por fatores individuais, relacionais e estruturais, em vez de buscar ajuda em instituições formais (STILLER et al., 2025). Outras, por outro lado, podem não buscar nenhum tipo de apoio, porque internalizaram o racismo, o que distorce

sua percepção e as leva a acreditar, equivocadamente, que não são merecedoras de uma vida digna ou justa (ADHIKARI et al., 2025).

Entre as mulheres brasileiras agredidas por seus parceiros de forma física (79,2%), psicológica (43,7%) e sexual (10,5%), a maioria era branca, com escolaridade igual ou superior a 8 anos, tinha entre 20 e 29 anos e residia principalmente nos estados do Acre, Mato Grosso do Sul, Paraná, Tocantins e Rio Grande do Sul, segundo dados do Sistema de Informação de Condições de Saúde de Notificação Obrigatória (SINAN) (AZEVEDO et al., 2025).

No entanto, as mulheres de raça/cor negra, ao não se atreverem a denunciar, continuam sendo as principais vítimas de violência letal, representando uma parte significativa da taxa média nacional de 6,24 mortes por 100.000 mulheres, com aumentos especialmente marcados nas regiões Norte e Nordeste do país (MOROSKOSKI et al., 2022). Essa proporção pode incluir mulheres classificadas em situação de risco extremo de feminicídio (51,3%) (CAICEDO et al., 2023), como aquelas que foram vítimas de violência exercida por seus próprios parceiros em sua maioria física (91,8%), psicológica (38,4%) e sexual (1,8%) entre os anos 2009 e 2018 em Mato Grosso do Sul, caracterizadas também pela juventude e baixa escolaridade (SANTOS E CARMO et al., 2023).

A essas condições pode se somar a desigualdade territorial, que afeta principalmente mulheres de raça/cor negra vítimas de agressão, que em alguns contextos, como em Minas Gerais, onde chegam a percorrer até 327 quilômetros para acessar serviços especializados de atendimento (PINTO et al., 2023), o que reforça a vulnerabilidade estrutural que enfrentam.

Esse contexto mostra que, embora a violência afete tanto mulheres brancas quanto negras, sua manifestação letal, assim como barreiras territoriais, institucionais e estruturais, recai de forma desproporcional sobre as mulheres negras, evidenciando um padrão radicalizado de exclusão e vulnerabilidade. Por isso, as mulheres sobreviventes de violência de gênero ressignificam a justiça para além do punitivo, demandando reconhecimento, reparação, equidade, proteção, autonomia, empoderamento e transformação social, evidenciando a brecha entre suas

demandas e os marcos institucionais que persistem em reduzir a justiça ao castigo (HESTER et al., 2023).

Nesse sentido, o preocupante panorama atual pode ser compreendido a partir de uma abordagem socioecológica que associa fatores comunitários (desordem e insegurança nos bairros), fatores estruturais (baixos níveis de alfabetização feminina) e fatores individuais (aceitação da violência interpessoal ou a crença na punição física infantil), os quais, por sua vez, podem contribuir tanto para a normalização social da violência contra as mulheres quanto para sua internalização pelas próprias vítimas, que podem acabar considerando-a aceitável ou inevitável (THULIN et al., 2022). Esse cenário no Brasil pode se manifestar em bairros com alta percepção de violência, que têm 35 % mais de probabilidade de serem percebidos como maiores por seus residentes, o que sugere que a insegurança ou o medo decorrente dessa percepção podem influenciar diretamente a forma como as pessoas experienciam e representam mentalmente seu entorno (DE ALMEIDA et al., 2018).

1.3. Saúde mental, vulnerabilidade social e exclusão estrutural

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental é “um estado de bem-estar que permite enfrentar as tensões da vida, desenvolver capacidades, aprender e trabalhar bem, e contribuir para a comunidade” (FREEMAN et al., 2022). No entanto, a realidade internacional está longe dessa concepção, uma vez que desigualdades estruturais expõem, sobretudo, mulheres de raça/cor negra a microagressões raciais e de gênero, sustentadas por suposições e estereótipos negativos enraizados na sociedade e agravadas por condições sociais desfavoráveis, como baixa escolaridade, desemprego, insegurança alimentar, insuficiência de renda, precariedade habitacional e restrições no acesso à saúde (ERVING et al., 2022; KIRKBRIDE et al., 2024). Essas condições não são ocasionais, mas produto de um sistema opressor que perpetua ciclos intergeracionais de desvantagem e compromete profundamente a saúde mental (KIRKBRIDE et al., 2024), inviabilizando a plena materialização dessa definição.

Esse contexto pode ser decorrente das condições sociais e estruturais presentes na América Latina, o que explicaria por que os transtornos de ansiedade e depressão são problemas comuns de saúde mental, com prevalências de 14,55%, 6,61% e 3,27% para ansiedade ao longo da vida, nos últimos 12 meses e no momento atual, respectivamente, e de 12,58%, 5,30% e 3,12% para depressão nesses mesmos períodos (ERRAZURIZ et al., 2025a; ERRAZURIZ et al., 2023b).

A ansiedade e a depressão são transtornos mentais comuns, decorrentes de fatores biológicos, psicológicos e socioambientais. A primeira manifesta-se por preocupação excessiva e incontrolável, reações físicas intensas e comportamentos de evitação (ABEND, 2023), enquanto a segunda envolve perda de interesse ou prazer, tristeza, sensação de cansaço, falta de concentração, sentimento de culpa ou baixa autoestima, além de alterações no sono ou no apetite (SADOCK, 2015). Ambos podem deteriorar a qualidade de vida: a ansiedade provoca crises diante de situações frequentemente estressantes, enquanto a depressão, de sintomatologia mais prolongada e às vezes complementar à ansiedade, associa-se frequentemente à vulnerabilidade social, econômica e educativa, especialmente em pessoas com baixo nível educacional e baixos rendimentos econômicos (BIETE et al., 2025; TORRES et al., 2023).

No Brasil, os diagnósticos de ansiedade e depressão entre adultos chefes de família representaram 16,2% e 4,2%, respectivamente, e foram mais frequentes em mulheres, pessoas de raça/cor negra e aquelas sem diploma universitário, que se destacaram entre as características sociodemográficas observadas (NUNES et al., 2016). Outro estudo brasileiro também aponta que as mulheres negras apresentam mais do que o dobro (aproximadamente 2,4 vezes) o risco de transtornos mentais comuns em comparação aos homens brancos (SMOLEN et al., 2018). Nesse sentido, pode-se identificar estruturas interseccionais de opressão, sobretudo relacionadas à raça/cor negra, que não se restringem no contexto brasileiro, mas também se manifestam em América Latina (NUNES et al., 2016; SMOLEN et al., 2018)

A violência psicológica, física e sexual contra a mulher brasileira constitui um exemplo claro de comprometimento da saúde mental, pois está associada a um risco entre duas e três vezes maior de apresentar transtornos mentais comuns, tanto em experiências recentes (últimos 12 meses) quanto passadas (últimos sete anos), respectivamente (MENDONÇA et al., 2017). Este último é similar a uma probabilidade três vezes maior de apresentar transtornos mentais comuns quando a mulher, durante a gestação, foi agredida por seu parceiro de forma psicológica, física e sexual (LUDERMIR et al., 2014).

Essa situação pode estar inserida em contextos socioeconômicos vulneráveis, nos quais mães adolescentes agredidas durante a gravidez e ameaçadas de violência física, assim como aquelas que apresentam qualquer transtorno mental comum, apresentam um risco independente entre duas e três vezes maior de ter filhos com baixo peso ao nascer (FERRI et al., 2007). Essas mulheres, que podem ser de raça/cor negra, viveram pobreza durante a infância, o que constitui um marcador significativo de maior risco para transtornos mentais na juventude (ANSELMI et al., 2008). Somado a outras condições socioambientais desiguais, como o ambiente residencial, o trauma e o estresse acumulado, assim como complicações pré e perinatais, esses fatores podem atuar como antecedentes para que seus filhos apresentem transtornos mentais graves na vida extrauterina (ANGLIN et al., 2021).

A problemática pode se estender à qualidade de vida quando crianças e adolescentes com transtornos mentais, que estão sob os cuidados de mulheres de raça/cor negra (mães ou avós), enfrentam vulnerabilidade social, evidenciada pelo baixo acesso à moradia própria (RÉGIO et al., 2023). Essa vulnerabilidade limita a possibilidade de compartilhamento das refeições familiares diárias, já que conseguem compartilhar apenas uma ou duas refeições em família, o que está associado à redução do risco de transtornos mentais em crianças e adolescentes em 13 % e 25 %, respectivamente (AGATHÃO et al., 2021).

Entre esses transtornos mentais comuns, a dor musculoesquelética auto informada, especialmente nas pernas, associou-se significativamente com ansiedade, estresse

e depressão, manifestando-se com prevalências de 11% para os dois primeiros transtornos e 8,3% para o terceiro (ROCHA et al., 2025).

Em gerações vinculadas a mulheres de raça/cor negra, seus filhos universitários podem enfrentar desigualdades sociais relacionadas a identidade de gênero, orientação sexual e baixos rendimentos, fatores interseccionais que aumentam entre seis e oito vezes o risco de apresentar sintomas graves de ansiedade e depressão, independentemente da idade e do nível educacional (LIMA et al., 2025b). Posteriormente, ao ingressarem no mercado de trabalho, esses jovens podem enfrentar assédio laboral, associado a um aumento de quase sete vezes na probabilidade de desenvolver transtornos mentais comuns, independentemente de condições sociodemográficas, de personalidade e laborais (FEIJÓ et al., 2022).

Assim, esse amplo contexto fundamenta que a carga de transtornos mentais comuns recai predominantemente sobre mulheres de raça/cor negra e com menor nível de escolaridade, que apresentam prevalências de 11,3% e 10,5% de depressão e ansiedade, respectivamente, condições que, por sua vez, podem estar associadas a um risco 5,6 vezes maior de suicídio (SCARABELOT et al., 2024). Isso pode ocorrer porque essas pessoas utilizaram 36% menos os serviços de atenção primária para transtornos mentais ao longo de mais de meia década (2010-2016) (MEDEIROS et al., 2023), o que pode decorrer das adversidades vividas, relacionadas a desigualdades estruturais no entorno social que nem sempre demandam tratamentos médicos ou psicológicos (BANTJES et al., 2023). Por isso, é necessário compreender o comprometimento da saúde mental está profundamente vinculado a experiencia de opressão, interseccionalidade e injustiça social, e não apenas a uma perspectiva médico-psiquiátrica baseada em uma compreensão limitada e muitas vezes lucrativa desses fenômenos (BERESFORD E ROSE, 2023); dessa forma, se as estratégias estivessem centradas nesses enfoques, poder-se-ia reduzir os transtornos mentais comuns, que representam uma parte significativa dos mais de 154 mil internamentos hospitalares anuais e geram um custo estimado superior a 67 milhões de dólares por ano, ao longo de mais de uma década (2008–2019) (CARTERI et al., 2020).

Diante da complexidade e da heterogeneidade das manifestações do racismo e da violência, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos que investigam esse fenômeno em diferentes contextos sociais, territoriais e culturais, a fim de compreender como tais processos produzem impactos sobre a saúde mental.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a associação entre autodeclaração de cor/raça, experiências autorreferidas de violência e transtornos mentais comuns (TMC) em chefes de família residentes em bairros periféricos do município de São Paulo.

2.2. Objetivos específicos

1. Analisar a prevalência de autodeclaração de cor/raça e características sociodemográficas entre adultos chefes de família em bairros periféricos do Estado de São Paulo (Brasilândia, Vila/Jardim Elba e Cidade Tiradentes).

2. Avaliar a associação entre a autodeclaração de cor/raça e saúde mental, avaliada pelo escore do SRQ-20 (≥7), ajustado por características sociodemográficas.

3. Avaliar a associação entre as experiências de violência autodeclaradas e saúde mental, operacionalizada pelo escore do SRQ-20 (≥7), ajustado por características sociodemográficas.

4.Avaliar a associação entre a autodeclaração de cor/raça e saúde mental, explorando o papel das experiências de violência autodeclaradas, ajustado por características sociodemográficas.

3. HIPÓTESES

- A prevalência de autodeclaração de cor/raça e das características sociodemográficas difere entre chefes de família que se autodeclaram negros e brancos nos bairros periféricos estudados.

- Os chefes de família que se autodeclaram negros apresentam maior probabilidade de transtornos mentais do que os que se autodeclaram brancos, mesmo após ajuste por características sociodemográficas.
- A presença de experiências de violência autodeclaradas entre chefes de família está associada a maior risco de transtornos mentais, independentemente da cor/raça e das características sociodemográficas.
- A relação entre autodeclaração de cor/raça e transtornos mentais entre chefes de família é parcialmente mediada por experiências de violência, de modo que adultos negros que vivenciam violência apresentam maior risco de transtornos mentais do que os brancos.

4. MÉTODO

4.1. Caracterização do estudo

Esta pesquisa é um estudo transversal analítico de base populacional realizado a partir de dados coletados em 2024 (junho a agosto), subprojeto incluído em um projeto multicêntrico mais amplo denominado: “Inquérito da soberania, segurança alimentar e saúde da população negra e comunidades tradicionais” vinculado aos Agentes de Pastoral Negros do Brasil, que investiga a prevalência de insegurança alimentar e nutricional e determinantes socias de saúde da população negra e a sua relação com a discriminação social autorreferida em territórios selecionados em São Paulo e outros dez Estados Brasileiros.

4.2. Abrangência geográfica

O presente estudo concentrou-se na análise dos dados de ocorrências epidemiológicas de interesse em três bairros periféricos de São Paulo: Brasilândia (Zona Norte) Cidade Tiradentes e Jardim Elba (Zona Leste), ver anexo 1. Esses territórios coincidem com áreas com mais de 50% de prevalência de população negra na capital (IBGE, 2022) e de acordo com o reconhecimento de pertencimento realizado pelos Agentes de Pastoral Negros (APNs), propositores do projeto.

4.3. Amostra

O presente estudo foi desenvolvido como um subprojeto dentro de um projeto maior. A amostra inicial foi calculada para estimar proporções de interesse na população adulta dos distritos de Brasilândia, Jardim Elba e Cidade Tiradentes, ajustada para os objetivos analíticos, incluindo subgrupos e variáveis adicionais, respeitando a seleção aleatória e a estratificação.

A população do subprojeto incluiu adultos com 18 anos ou mais, residentes fixos nos distritos. Considerou-se chefe de família o morador principal responsável pelo domicílio e, na sua ausência, o sucessor imediato; em cada domicílio foi selecionado apenas um participante elegível.

O tamanho mínimo de amostra foi calculado pela fórmula de proporções em amostragem complexa:

$$n = \frac{z^2 . p . (1 - p) . deff}{d^2}$$

com Z = 1,96 (95% de confiança), p = 0,40 (proporção esperada de indivíduos negros/pardos, Censo 2010), deff = 2 (efeito de delineamento) e d = 0,10 (erro absoluto). O resultado teórico foi 184 participantes; para precisão em subgrupos, ajustou-se para 480, e considerando 25% de não resposta, a amostra-alvo foi de 640 domicílios.

A seleção ocorreu por amostragem probabilística em múltiplos estágios, estratificada por bairro. Quadras foram sorteadas proporcionalmente ao número de domicílios; aquelas com menos de 10 lotes foram agrupadas com vizinhas para atingir o mínimo necessário, garantindo sorteio aleatório e representatividade do estrato. Quadras com mais de 10 lotes foram mantidas isoladas, e foram designadas quadras de reserva para substituir domicílios não válidos ou não respondentes.

Dentro de cada conglomerado, listaram-se os domicílios e sorteou-se um participante elegível por lar. Durante a coleta, foram aplicados critérios de exclusão: indivíduos com menos de 18 anos, pessoas incapacitadas de responder, aqueles que recusaram participar ou apresentaram questionários incompletos.

Questionários incompletos foram excluídos das análises conforme o tipo de tratamento estatístico adotado.

Para manter a representatividade de cada estrato e assegurar precisão em subgrupos, a amostra foi ampliada, resultando em 719 participantes, acima da amostra-alvo de 640. Esse aumento respeita o desenho probabilístico, melhora a precisão das estimativas e não compromete a validade estatística.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia, lida previamente antes da assinatura. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o número 6.450.015.

4.4. Instrumento de coleta dos dados

Para a realização deste estudo, foi estabelecida uma parceria com a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN), responsável por disponibilizar gratuitamente o aplicativo de coleta de dados APP VIGSAN. Além das questões sociodemográficas e de insegurança alimentar originalmente contempladas no instrumento, foram incorporados itens específicos de interesse desta pesquisa, com destaque para os módulos sobre violência e saúde mental, que constituem o foco do presente estudo (Anexo 3).

O questionário incluiu questões da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019), especificamente o módulo “Violência”, reformulado na edição de 2019 para abranger separadamente a violência psicológica, física e sexual, permitindo uma avaliação mais detalhada das manifestações subjetivas de violência nos últimos 12 meses (BRASIL, 2020).

A avaliação da saúde mental foi realizada por meio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e amplamente validado no Brasil para rastreamento de transtornos mentais comuns (TMC). O SRQ-20 apresenta elevada sensibilidade e especificidade, com consistência interna adequada (α de Cronbach ≈ 0,86), sendo considerado um dos principais instrumentos epidemiológicos para identificação provável de transtornos

mentais comuns em populações adultas (MARI E WILLIAMS, 1986; GONÇALVES et al., 2008). Além disso, o instrumento investiga sintomas ocorridos nos 30 dias anteriores, incluindo ansiedade, humor deprimido, sintomas somáticos, fadiga, dificuldades cognitivas e sofrimento psíquico (GONÇALVES et al., 2008).

A abordagem dos instrumentos, foram compostos por perguntas estruturadas encontra-se disponível para acesso livre (file:///C:/Users/silvi/Downloads/instrumento%20da%20Rede%20PENSAN.pdf) no site da Rede PENSAN. Os módulos incluem informações sobre o respondente (n=18), sobre o domicílio, incluindo dados do responsável e de insegurança alimentar (n=67), discriminação (n=11), violência (n=12) e saúde mental (n=20).

4.5. Variáveis do estudo

Quadro 1 - Variáveis do estudo, São Paulo Capital, 2024

Variáveis	**Forma como será expressa/categorias**
A - DADOS DO ENTREVISTADOR	
A.1 Variável independente	
Raça/cor da pele	0=Branco 1=Negro
A.2 Características sociodemográficas	
Idade de vida (faixa étaria)	1=18 a 20 anos 2=21 a 30 anos 3=31 a 40 anos 4=41 a 50 anos 5=51 a 60 anos 6=61 a 70 anos 7=mais de 70 anos
Sexo	0=Masculino 1=Feminino
Alfabetização	0=Não 1=Sim
Escolaridade	1=Superior completo 2=Superior incompleto 3=Segundo grau completo 4=Segundo incompleto 5=Fundamental completo 6=Fundamental incompleto

	7=Não frequentou
A.3 Características econômicas	
Situação de trabalho	0=Possui renda 1=Não possui renda
Ocupação	0=Carteira assinada ou autônomo que paga INSS 1=Sem carteira assinada
A.4 Condições de saúde	
Estado de saúde	1=muito bom 2=bom 3=regular 4=ruim
Hipertensão arterial	0=sim 1=não
Saúde mental	0=sim 1=não
Problemas odontológicos	0=sim 1=não
Problemas de articulação	0=sim 1=não
Problemas respiratórios	0=sim 1=não
Número de sintomas	0=sim 1=não
Sequelas da COVID	0=sim 1=não
B - DADOS DO DOMICÍLIO	
B.1 Características habitacionais/contextuais	
Tipo de residência	Casa/Outro
Material da construção	Alvenaria com revestimento/ Alvenaria sem revestimento/Outro
Água potável	Sim/ Sim, mas com problemas
Esgoto	Rede/ Fossa sem rede/ Rio, Lago, Mar/ Vala
Faixa de aglomeração	menos 0,5/ 0,5 a 0,9/ 1 a 1,4/ 1,5 a 1,9/ 2 ou mais
Bairro	1=Jardim Elba 2=cidade Tiradentes 3=Brasilândia
B.2 Características econômicas	
Faixa de renda	mais de 5 SM/ mais de 2 a 5 SM/ mais de 1 a 2 SM/

	mais de 1/2 a 1 SM/ entre 1/4 e 1/2 SM/ menos de 1/4 SM/ não teve renda
Perda de emprego	0=Não 1=Sim
Produz alimento	0=Sim 1=Não
B.3 Acesso a políticas sociais	
Cadastro único SUS	0=Não 1=Sim
Bolsa família	0=Não 1=Sim
Outro benefício	0=Não 1=Sim
Cesta de alimentos	0=Não 1=Sim
Restaurantes populares	0=Não 1=Sim
Vale gás	0=Não 1=Sim
Ajuda por instituição ou caridade	0=Não 1=Sim
B.4 Dimensão psicossocial	
Vergonha da raça/cor da pele	0=Não 1=Sim
C- VIOLÊNCIA (nos últimos 12 meses)	
C.1 Variável exposição	
C1.1- Violência Física: ▪ Alguém te deu um tapa ou uma bofetada? ▪ Alguém te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar? ▪ Alguém te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo? ▪ Alguém tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito? ▪ Alguém te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?	0=Não 1=Sim
C1.2 - Violência Psicológica: ▪ Alguém te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas? ▪ Alguém gritou com você ou te xingou?	0=Não 1=Sim

▪ Alguém usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento? ▪ Alguém ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você? 10) Alguém destruiu alguma coisa sua de propósito?	
C1.3- Violência Sexual: 11) Alguém tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade? 12) Alguém te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?	0=Não 1=Sim
Onde a violência acontece	Local Público/trabalho/ residência/outros locais
D - SAÚDE MENTAL (TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS) (nos últimos 30 dias)	
D.1 Variavél desfecho (dependente)	
1) Você se sentiu ou tem se sentido nervoso, tenso ou preocupado? 2) Você se assustou ou tem se assustado com facilidade? 3) Você tem se sentido triste ultimamente? 4) Você chorou ou tem chorado mais do que de costume? 5) Você teve ou tem tido dores de cabeça frequentemente? 6) Você dormiu ou tem dormido mal? 7) Você sentiu ou tem sentido desconforto estomacal? 8) Você teve ou tem tido má digestão? 9) Você teve ou tem tido falta de apetite? 10) Você teve ou tem tido tremores nas mãos? 11) Você se cansou ou tem se cansado com facilidade? 12) Você teve ou tem tido dificuldade em tomar decisão? 13) Você teve ou tem tido dificuldade de ter satisfação em suas tarefas? 14) O seu trabalho te trouxe ou te traz sofrimento? 15) Você teve ou tem tido dificuldade de pensar claramente? 16) Você sentiu-se ou tem se sentido cansado todo o tempo?	0=Não 1=Sim

17) Você se sentiu ou se sente incapaz de desempenhar papel útil na sua vida? 18) Você tem perdido o interesse pelas coisas? 19) Você tem pensado em dar fim à sua vida? 20) Você se sentiu ou se sente inútil em sua vida?	

*Categorias agrupadas

4.5.1. Variável desfecho (dependente)

Saúde Mental: medida pelo SRQ-20 (≥7 = caso positivo; <7 = caso negativo), conforme recomendação para adultos (GONÇALVES et al., 2008).

4.5.2. Variável independente

Autodeclaração de raça/cor da pele como determinante estrutural.

4.5.3. Variável exposição

Autodeclaração de violência nos últimos 12 meses, categorizadas em violência física, psicológica e sexual, além do local de ocorrência (domicílio, trabalho, espaço público ou outros) (BRASIL, 2020).

4.5.4. Covariáveis (variáveis de ajuste):

Como covariáveis, incluíram-se características sociodemográficas (sexo, idade de vida, alfabetização e escolaridade) econômicas (situação de trabalho, ocupação, faixa de renda, perda de emprego, produz alimento), habitacionais/contextuais (bairro, tipo de residência, material da construção, água potável, esgoto, faixa de aglomeração), condições de saúde (estado de saúde, hipertensão arterial, saúde mental, problemas odontológicos, problemas de articulação, problemas respiratórios, número de sintomas , sequelas da COVID), acesso a políticas sociais (cadastro único SUS, bolsa família, outro benefício, cesta de alimentos, restaurantes populares, vale gás, ajuda por instituição ou caridade) e dimensão psicossocial (vergonha da raça/cor da pele).

4.6. Coleta dos dados

Previamente à coleta de dados presencial, os entrevistadores foram treinados e orientados para interagir de forma cuidadosa e respeitosa com os participantes. O treinamento foi realizado em duas etapas. A primeira pela Fiocruz, parceira do projeto, que ofereceu um curso preparatório e disponibilizou um manual de orientação. Na segunda etapa, antes do início da pesquisa de campo os entrevistadores possaram pelo treinamento operacional para uso do aplicativo e testes em cenário real, buscando alinhar a abordagem dos entrevistados e sanar possíveis dificuldades. Além disso, foi elaborado um folheto ilustrado sobre a pesquisa, entregue no momento da entrevista. Os entrevistadores, preferencialmente integrantes dos APNs, atuaram devidamente identificados com crachá no momento da entrevista. A pesquisa também foi divulgada em meios de comunicação locais e por meio de cartazes fixados em pontos de grande circulação.

Os dados foram coletados presencialmente, de porta em porta, após a adaptação e elaboração dos questionários e o planejamento da coleta. As informações foram registradas em tablets e celulares, por meio de autodeclaração dos participantes. Foi designado um tutor dos entrevistadores em cada um dos três territórios e semanalmente eram emitidos relatórios das pesquisas, o que possibilitou a avaliação da qualidade dos dados. Os dados ficam armazenados na base de dados da Rede PENSSAN (nuvem). A final da pesquisa a Rede PENSSAN forneceu aos pesquisadores do projeto uma planilha no formato no formato *.xlsx*.

4.7. Análise dos dados

A análise estatística foi realizada utilizando o software SAS (Statistical Analysis System).

Inicialmente, foi realizada a etapa de análise descritiva, com a caracterização da amostra segundo variáveis de características sociodemográficas, econômicas, habitacionais e de acesso a políticas sociais, de raça/cor, experiência de violência e saúde mental, apresentando frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central e dispersão, conforme a natureza das variáveis. Nessa etapa

algumas variáveis tiveram as suas categorias agrupadas em razão da baixa frequência das respostas.

Na sequência, foram conduzidas análises bivariadas para avaliar a associação entre as variáveis de interesse. O teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2) foi aplicado para verificar a associação entre o desfecho principal (TMC), exposição principal (raça/cor), variável explicativa (violência física, psicológica e sexual) e covariáveis (características sociodemográficas, econômicas, habitacionais e de acesso a políticas sociais).

Posteriormente, foram ajustados modelos de regressão logística binária, com o desfecho saúde mental (SRQ-20 ≥ 7 pontos = caso positivo de sofrimento psíquico; < 7 pontos = caso negativo). Para avaliar a associação entre raça/cor, experiências de violência e transtornos mentais comuns (TMC), foram utilizados modelos de regressão logística ajustados por covariáveis. Foram especificados três modelos:

- **Modelo 1:** Saúde mental ~ raça/cor (ajustado por covariáveis);
- **Modelo 2:** Saúde mental ~ experiência de violência (ajustado por covariáveis);
- **Modelo 3:** Saúde mental ~ raça/cor + experiência de violência (ajustado por covariáveis).

As covariáveis consideradas potenciais fatores de confusão incluíram características sociodemográficas, econômicas, habitacionais e de acesso a políticas sociais, com base em critérios teóricos e evidências da literatura (conforme Quadro 1).

Foram incluídos 719 chefes de família no estudo. Para a variável raça/cor, 718 participantes apresentaram dados completos (540 negros e 178 brancos), adotando-se análise por casos disponíveis para essa variável. Apesar do desbalanceamento entre negros (540) e brancos (178), aplicaram-se estratégias de sobreamostragem, ajustes e ponderações nos modelos, além da seleção aleatória de domicílios e participantes, garantindo comparabilidade entre os grupos, representatividade da amostra e minimização de vieses.

Nas covariáveis, foram consideradas apenas as respostas válidas, excluindo-se os dados faltantes (*missing*).

A comparação entre os modelos permitiu explorar o possível papel mediador da experiência de violência na associação entre raça/cor e saúde mental, com base na variação dos odds ratios (OR) e dos intervalos de confiança de 95%.

Para avaliar a adequação dos modelos, foram aplicados o teste de Hosmer-Lemeshow e medidas de qualidade de ajuste, como o R^2 de Nagelkerke (Pseudo-R^2). Adicionalmente, foram explorados termos de interação entre raça/cor e violência, a fim de identificar possíveis modificações de efeito. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

5. RESULTADOS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes, segundo a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em bairros periféricos de São Paulo, Brasil. 2024.

Variável	Total	Transtornos mentais comuns[1]		p. valor
		Não n (%)	Sim n (%)	
Determinante Estrutural				
Raça/cor da pele				
Negro (pardo e preto)	170 (23,74)	120 (24,39)	50 (22,32)	0,546
Branco	546 (76,26)	372 (75,61)	174 (77,68)	
Características Sociodemográficas				
Sexo				
Masculino	264 (36,87)	215 (43,70)	49 (21,88)	**<,001**
Feminino	452 (63,13)	277 (56,30)	175 (78,12)	
Idade (em anos)				
18 a 20	37 (5,15)	31 (6,29)	6 (2,65)	0,096
21 a 30	203 (28,23)	149 (30,22)	54 (23,89)	
31 a 40	163 (22,67)	102 (20,69)	61 (26,99)	
41 a 50	111 (15,44)	75 (15,21)	36 (15,93)	
51 a 60	90 (12,52)	61 (12,37)	29 (12,83)	
61 a 70	82 (11,40)	51 (10,34)	31 (13,72)	
mais de 70	33 (4,59)	24 (4,88)	9 (3,98)	
Alfabetização				
Sim	686 (95,54)	475 (96,54)	211 (93,36)	0,055
Não	32 (4,46)	17 (3,46)	15 (6,64)	
Escolaridade				
Superior completo	41 (5,71)	31 (6,30)	10 (4,42)	**0,001**
Segundo grau completo	340 (47,35)	253 (51,42)	87 (38,50)	
Fundamental completo	175 (24,37)	114 (23,17)	61 (26,99)	
Fundamental incompleto ou não frequentou	162 (22,56)	94 (19,11)	68 (30,09)	
Características Econômicas				
Situação de trabalho				

Possui renda	449 (62,45)	331 (67,14)	118 (52,21)	**0,001**
Não possui renda	270 (37,55)	162 (32,86)	108 (47,79)	
Ocupação				
Carteira assinada ou autônomo que paga INSS	319 (53,61)	241 (59,51)	78 (41,05)	**<,001**
Sem carteira assinada	276 (46,38)	164 (40,49)	112 (58,95)	
Faixa de renda ²				
Mais de 5 SM	18 (2,76)	16 (3,53)	2 (1,01)	**<,001**
Mais de 2 a 5 SM	176 (26,99)	154 (34,00)	22 (11,06)	
Mais de 1 a 2 SM	229 (35,12)	155 (34,22)	74 (37,19)	
Mais de 1/2 a 1 SM	121 (18,56)	70 (15,45)	51 (25,63)	
Entre 1/4 e 1/2 SM	76 (11,66)	41 (9,05)	35 (17,58)	
Menos de 1/4 SM	19 (2,91)	9 (1,99)	10 (5,02)	
Não teve renda	13 (1,99)	8 (1,76)	5 (2,51)	
Características Habitacionais/Contextuais				
Bairro				
Sapopemba	236 (33,01)	198 (40,49)	38 (16,81)	**<,001**
Cidade Tiradentes	291 (40,70)	159 (32,51)	132 (58,41)	
Brasilândia	188 (26,29)	132 (26,99)	56 (24,79)	

Legenda:
¹ Classificação baseada no escore do SRQ-20, utilizando o ponto de corte ≥ 7 para indicar provável Transtorno Mental Comum (TMC). ² Cálculo referente ao Salário-Mínimo (SM) brasileiro em 2025, fixado em R$ 1.518,00

Na Tabela 1, observou-se que as mulheres apresentaram prevalência significativamente maior de TMC (78,12 %) em comparação aos homens (21,88 %; $p < 0,001$).

Em relação à escolaridade, verificou-se que o segundo grau completo (38,50%), seguido do fundamental incompleto ou não frequentou (30,09%), pertenceram as ocorrências mais altas de TMC (p=0,001).

As condições laborais e econômicas se destacaram como os fatores mais expressivos. Entre as pessoas sem renda, 47,79% apresentaram TMC, em contraste com 52,21% entre os que possuem renda ($p < 0,001$). Da mesma forma, pessoas sem carteira assinada apresentaram prevalência de 58,95% de TMC, enquanto entre aqueles com carteira assinada esse percentual foi de 41,05% ($p < 0,001$).

A faixa de renda mensal ($p < 0,001$) mostrou que pessoas com renda mais de 1 a 2 salários mínimo apresentaram 37,19% de TMC, enquanto entre aqueles com renda acima de cinco salários mínimos essa prevalência foi de apenas 1,01%.

Também foram identificadas diferenças significativas segundo o território (p < 0,001). Em Cidade Tiradentes 58,41% dos participantes apresentaram TMC, seguido por Brasilândia (24,79%), enquanto Sapopemba apresentou menor prevalência (16,81%).

Embora a variável raça/cor não tenha apresentado associação estatisticamente significativa (p = 0,546), observou-se que 77,68% das pessoas brancas e 22,32% das pessoas negras (pardas e pretas) apresentaram TMC. A idade (p = 0,096) e a capacidade de ler e escrever (p = 0,055) não atingiram significância estatística, apesar de tendências importantes, especialmente entre os participantes que sabem ler e escrever (93,36% com TMC).

Tabela 2. Associação entre exposição à violência e condições de saúde, segundo a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em bairros periféricos de São Paulo, Brasil. 2024.

Variável	Total	Transtornos mentais comuns[1]		p. valor
		Não n (%)	Sim n (%)	
Exposição (autodeclaração de violência)				
Sofreu violência				
Não	592 (82,34)	428 (86,81)	164 (72,56)	**<.001**
Sim	127 (17,66)	65 (13,19)	62 (27,44)	
Condições de saúde				
Estado de saúde				
Muito bom	156 (21,70)	132 (26,75)	24 (10,62)	**<,001**
Bom	328 (45,62)	252 (51,12)	76 (33,63)	
Regular	203 (28,23)	98 (19,89)	105 (46,46)	
Ruim	32 (4,45)	11 (2,24)	21 (9,29)	
Hipertensão arterial				
Sim	626 (87,07)	438 (88,84)	188 (83,19)	**0,036**
Não	93 (12,93)	55 (11,16)	38 (16,81)	
Percepção de saúde mental				
Sim	671 (93,32)	480 (97,36)	191 (84,51)	**<,001**
Não	48 (6,68)	13 (2,64)	35 (15,49)	
Problemas odontológicos				
Sim	665 (92,49)	469 (95,13)	196 (86,73)	**<,001**
Não	54 (7,51)	24 (4,87)	30 (13,27)	
Problemas de articulação				
Sim	577 (80,25)	416 (84,38)	161 (71,24)	**<,001**
Não	142 (19,75)	77 (15,62)	65 (28,76)	
Problemas respiratórios				
Sim	589 (81,92)	414 (83,98)	175 (77,43)	**0,034**
Não	130 (18,08)	79 (16,02)	51 (22,57)	
Número de sintomas				
0	227 (31,57)	182 (36,92)	45 (19,91)	**<,001**
1	318 (44,23)	228 (46,25)	90 (39,82)	
2	103 (14,33)	56 (11,36)	47 (20,80)	

3	50 (6,95)	22 (4,46)	28 (12,39)
4 ou mais	21 (2,92)	5 (1,01)	16 (7,08)

Legenda:
¹ Classificação baseada no escore do SRQ-20, utilizando o ponto de corte ≥ 7 para indicar provável Transtorno Mental Comum (TMC).

Na Tabela 2 a exposição à violência mostrou-se como uma das variáveis mais fortemente associadas à ocorrência de prováveis TMC (p < 0,001). Os participantes que não relataram ter sofrido violência apresentaram prevalência consideravelmente mais elevada de TMC (72,56%) em comparação com aqueles que sofreram violência (27,44%).

Além disso, observou-se intensa associação entre o estado de saúde autorreferido e os TMC (p < 0,001). A percepção do estado de saúde “regular” e “bom” com 46,46% e 33,63%, respectivamente, destacaram como as mais altas prevalências de TMC, em comparação com os que relataram estado de saúde “muito bom” (10,62%) e “ruim” (9,29%).

No que se refere às condições crônicas, a presença de pressão arterial elevada também esteve associada à maior prevalência de TMC (p = 0,036). Entre os participantes com pressão alta, 83,19% apresentaram TMC, em comparação com 16,81% entre aqueles sem esse diagnóstico.

A associação entre a percepção de saúde mental e ocorrência de TMC também foi significativa (p < 0,001). Entre as pessoas que reportaram ter saúde mental, 84,51% apresentaram TMC, enquanto entre aqueles que não reportaram histórico de saúde mental, a prevalência foi de 15,49%.

Outras condições de saúde igualmente se mostraram associadas à ocorrência de TMC. Os problemas odontológicos estiveram associados a uma prevalência de TMC de 86,73% (p<,001), assim como os problemas de articulação (71,24%; p <,001) e de problemas respiratórios (77,43%; p= 0,034).

Também, identificou-se uma relação direta entre o número de sintomatologias relatadas e a prevalência de TMC (p < 0,001). Enquanto apenas 7,08% dos participantes com 4 ou mais sintomas apresentaram TMC, entre aqueles que relataram um sintoma esse percentual atingiu 39,82%.

Tabela 3. Associação entre contexto domiciliar e vulnerabilidade socioeconômica, segundo a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em bairros periféricos de São Paulo, Brasil. 2024.

Variável	Total	Transtornos mentais comuns[1]		p. valor
		Não n (%)	Sim n (%)	
Condições de saúde				
Sequelas da COVID				
Sim	659 (93,61)	461 (95,25)	198 (90,00)	**0,008**
Não	45 (6,39)	23 (4,75)	22 (10,00)	
Características Habitacionais/Contextuais				
Tipo de residência				
Casa	668 (92,91)	468 (94,93)	200 (88,50)	**0,001**
Outro	51 (7,09)	25 (5,07)	26 (11,50)	
Material da construção				
Alvenaria com revestimento	527 (73,60)	371 (75,56)	156 (69,33)	**0,013**
Alvenaria sem revestimento	146 (20,39)	99 (20,16)	47 (20,89)	
Outro	43 (6,01)	21 (4,28)	22 (9,78)	
Acesso á água potável				
Sim	524 (73,29)	378 (76,67)	146 (65,77)	**0,002**
Sim, mas com problemas	191 (26,71)	115 (23,33)	76 (34,23)	
Esgoto				
Rede	550 (76,60)	409 (82,96)	141 (62,67)	**<,001**
Fossa sem rede	168 (23,40)	84 (17,04)	84 (37,33)	
Faixa de aglomeração				
Menos 0,5	199 (27,68)	154 (31,24)	45 (19,92)	**<,001**
0,5 a 0,9	303 (42,14)	221 (44,83)	82 (36,28)	
1 a 1,4	159 (22,11)	89 (18,05)	70 (30,97)	
1,5 a 1,9	27 (3,76)	9 (1,83)	18 (7,96)	
2 ou mais	31 (4,31)	20 (4,05)	11 (4,87)	
Características econômicas				
Perda de emprego				
Não	586 (81,50)	409 (82,96)	177 (78,32)	0,137
Sim	133 (18,50)	84 (17,04)	49 (21,68)	
Produz alimento				
Não	171 (24,02)	126 (25,77)	45 (20,18)	0,106
Sim	541 (75,98)	363 (74,23)	178 (79,82)	
Acesso a políticas sociais				
Cadastro SUS				
Não	506 (71,17)	378 (77,78)	128 (56,89)	**<,001**
Sim	205 (28,83)	108 (22,22)	97 (43,11)	
Bolsa família				
Não	531 (74,16)	393 (80,20)	138 (61,06)	**<,001**
Sim	185 (25,84)	97 (19,80)	88 (38,94)	
Outro benefício				
Não	662 (92,07)	457 (92,70)	205 (90,71)	0,359
Sim	57 (7,93)	36 (7,30)	21 (9,29)	
Cesta de alimentos				
Não	541 (76,30)	389 (80,54)	152 (67,26)	**0,001**
Sim	168 (23,70)	94 (19,46)	74 (32,74)	
Restaurantes populares				
Não	588 (82,24)	433 (88,19)	155 (69,20)	**<,001**

Sim	127 (17,76)	58 (11,81)	69 (30,80)	
Vale gás				
Não	641 (90,28)	454 (93,03)	187 (84,23)	**0,001**
Sim	69 (9,72)	34 (6,97)	35 (15,77)	
Ajuda por instituição ou caridade				
Não	490 (69,21)	356 (73,40)	134 (60,10)	**<0,001**
Sim	218 (30,79)	129 (26,60)	89 (39.90)	
Dimensão psicossocial				
Vergonha da raça/cor da pele				
Não	585 (82,51)	432 (89,07)	153 (68,30)	**<,001**
Sim	124 (17,49)	53 (10,93)	71 (31,70)	

Legenda:
¹ Classificação baseada no escore do SRQ-20, utilizando o ponto de corte ≥ 7 para indicar provável Transtorno Mental Comum (TMC).

Na tabela 3, pessoas que relataram sequelas da COVID-19 apresentaram maior prevalência de TMC (90,00%) em comparação aos que não referiram sequelas (10,00%) (p = 0,008).
Em relação ao tipo de residência, moradores de “casa” apresentaram maior frequência de TMC (88,50%) do que os residentes em "outro" (10,00%) (possivelmente mais precárias) (p = 0,001).

Entre os aspectos estruturais, material da “alvenaria com revestimento” esteve associado a maior ocorrência de TMC (69,33%), comparado aos com “alvenaria sem revestimento” e “outro” (20,89% e 9,78%, respectivamente) (p = 0,013). O acesso à água potável também influenciou negativamente a saúde mental: aqueles com aceso à água, relataram 65,77% de TMC, em contraste com 34,23% entre os que tinham água potável, mas com problemas (p = 0,002).

A rede de esgoto mostrou forte associação com TMC, em comparação com os que tinham fossa sem rede (62,67% vs. 37,33%) (p < 0,001). De maneira semelhante, na faixa de aglomeração viver em áreas densidade domiciliar (entre 0,5 e 0,9 e entre 1 a 1,4) esteve associado a maior prevalência de TMC (36,28% e 30,97%), em comparação dos que vivem com 2 ou mais da aglomeração (4,87%) (p < 0,001).

Quanto às condições econômicas, aqueles que não perderam o emprego apresentaram maior probabilidade de TMC (78,32%), em comparação aos que perderam o emprego (21,68%), embora sem significância estatística (p = 0,137).

Entretanto, pessoas não inscritas no cadastro único estiveram associadas a maior ocorrência de TMC (56,89%), em comparação de indivíduos cadastrados (43,11%) (p < 0,001).

A Bolsa Família também se associou a maior prevalência de TMC, principalmente para queles que não receberam (61,06% vs. 38,94%) (p < 0,001). A dependência de cestas de alimentos revelou cenário semelhante, com 67,26% entre os que não receberam o auxílio versus 32,74% entre os que receberam (p = 0,001). O fato de não utilizar os restaurantes populares e vale gás também esteve associada principalmente a maiores prevalências de TMC (69,20% e 84,23%, respectivamente), ambas com significância estatística (p < 0,001 e p = 0,001).

Também, contar com ajuda por instituição ou caridade mostrou forte associação com transtornos mentais (60,10% entre os que não receberam ajuda versus 39,90% entre os que receberam) (p < 0,001). Sentimentos de não vergonha da raça/cor da pele apresentaram associação expressiva, com prevalência de TMC de 68,30% entre os que não relataram vergonha, em comparação com 31,70% entre os que relataram (p < 0,001). A produção de alimento próprio, embora apresente tendência maior prevalência de TMC (79,82% vs. 20,18%), não alcançou significância estatística (p = 0,106).

Tabela 4. Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) segundo modelo de Regressão Logística. São Paulo, Brasil. 2024.

Variável	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Determinante Estrutural									
Raça/cor									
Branco (Referência)									
Negro (pardo e preto)	0,53	0,29 - 0,97	**0,041**	-	-	-	0,53	0,27 - 0,98	**0,042**
Características Sociodemográficas									
Sexo									
Masculino (Referência)									
Feminino	1,86	1,07 - 3,28	**0,032**	1,82	1,04 - 3,20	**0,037**	1,92	1,08 - 3,42	**0,026**
Idade (em anos)									
18 a 20 (Referência)									
21 a 30	0,87	0,25 - 3,02	0,831	1,62	0,45 - 5,82	0,459	1,27	0,35 - 4,57	0,715
31 a 40	1,78	0,52 - 6,17	0,361	3,25	0,90 - 11,77	0,072	2,66	0,73 - 9,62	0,137
41 a 50	0,83	0,23 - 3,04	0,775	1,53	0,40 - 5,78	0,534	1,19	0,31 - 4,52	0,802
51 a 60	0,39	0,10 - 1,51	0,168	0,79	0,19 - 3,34	0,752	0,64	0,15 - 2,70	0,544
61 a 70	0,49	0,12 - 2,05	0,330	0,88	0,20 - 3,80	0,864	0,73	0,17 - 3,17	0,675
mais de 70	0,35	0,05 - 2,40	0,287	0,76	0,13 - 4,64	0,770	0,47	0,07 - 3,03	0,426

Características econômicas									
Ocupação									
Carteira assinada ou autônomo que paga INSS (Referência)									
Sem carteira assinada	1,73	1,03 - 2,88	**0,037**	2,01	1,21 - 3,34	**0,007**	1,81	1,07 - 3,06	**0,028**
Condições de saúde									
Estado de saúde									
Muito bom (Referência)									
Bom	1,96	0,90 - 4,27	0,090	2,23	1,03 - 4,83	**0,043**	2,29	1,05 - 5,01	**0,038**
Regular	17,67	7,40 - 42,23	**<,001**	18,31	7,81 - 42,90	**<,001**	19,07	7,98 - 45,57	**<,001**
Ruim	14,53	3,84 - 54,94	**<,001**	12,80	3,42 - 47,92	**<,001**	14,72	3,82 - 56,65	**<,001**
Percepção da saúde mental									
Sim (Referência)									
Não	10,31	3,77 - 28,24	**<,001**	6,39	2,32 - 17,62	**<,001**	7,16	2,61 - 19,67	**<,001**
Odontológicos									
Sim (Referência)									
Não	3,17	1,35 - 7,41	**0,008**	-	-	-	-	-	-
Sequelas da COVID									
Sim (Referência)									
Não	2,99	1,15 - 7,75	**0,025**	-	-	-	-	-	-
Acesso a políticas sociais									
Cadastro SUS									
Não (Referência)									
Sim	2,90	1,63 - 5,15	**<,001**	2,99	1,60 - 5,59	**<,001**	2,88	1,52 - 5,45	**<,001**
Restaurantes populares									
Não (Referência)									
Sim	2,62	1,44 - 4,77	**<,001**	-	-	-	1,85	1,00 - 3,42	**0,049**
Características habitacionais / contextuais									
Acesso á água potável									
Sim (Referência)									
Sim, mas com problemas	2,15	1,20 - 3,85	**0,010**	1,90	1,04 - 3,49	**0,038**	1,86	1,00 - 3,47	**0,049**
Bairro									
Jardim Elba (Referência)									
Cidade Tiradentes	-	-	-	2,80	1,40 - 5,61	**0,004**	2,52	1,25 - 5,09	**0,010**
Brasilândia	-	-	-	2,83	1,30 - 6,16	**0,009**	2,60	1,17 - 5,75	**0,019**
Exposição									
Sofreu violência									
Não (Referência)									
Sim	-	-	-	4,07	2,16 - 7,67	**<,001**	4,08	2,14 - 7,76	**<,001**

Legenda: OR = Odds Ratio (Razão de Chances); IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%. Modelos de regressão logística *stepwise* ajustados, com o Transtorno Mental Comum (TMC $\geq$ 7) como desfecho. O Modelo 1 avalia a associação principal de Raça/Cor; o Modelo 2 avalia a associação principal de Experiência de Violência; e o Modelo 3 avalia Raça/Cor e Experiência de Violência simultaneamente no modelo completo.

Os modelos de regressão logística, apresentados na tabela 4, indicaram associações significativas entre características sociodemográficas, condições de vida, experiências de violência e a ocorrência de TMC. Pessoas negras apresentaram menor probabilidade de TMC em comparação às brancas (OR ≈ 0,53), associação que se manteve após ajustes sucessivos, embora com significância marginal e intervalos de confiança próximos da unidade, o que recomenda cautela na interpretação.

As mulheres apresentaram aproximadamente o dobro de probabilidade de TMC em relação aos homens (OR = 1,92; IC95%: 1,08–3,42), associação consistente em todos os modelos, independentemente de raça/cor, condições socioeconômicas e exposição à violência. A ausência de vínculo formal de trabalho também se associou a maior probabilidade de TMC (OR = 1,81; IC95%: 1,07–3,06), reforçando o papel da precariedade laboral como determinante independente da saúde mental.

Observou-se forte gradiente entre pior estado de saúde autorreferido e TMC, com associações particularmente elevadas entre indivíduos que relataram saúde regular (OR = 19,07; IC95%: 7,98–45,57) ou ruim (OR = 14,72; IC95%: 3,82–56,65). De forma semelhante, o histórico prévio de pior percepção da própria saúde mental (OR = 7,16; IC95%: 2,61–19,67) apresentou uma das associações mais robustas com o desfecho, mesmo após o ajuste por violência e raça/cor.

Indicadores de vulnerabilidade socioeconômica e territorial como não ter carteira assinada (OR = 1,81; IC95%: 1,07–3,06), cadastro no SUS (OR= 2,88; IC95%: 1,52-5,45), problemas no acesso à água potável (OR = 1,86; IC95%: 1,00–3,47), uso de restaurantes populares (OR = 1,85; IC95%: 1,00–3,42) e residência em bairros periféricos estiveram consistentemente associados a maior probabilidade de TMC (Cidade Tirantes OR= 2,52; IC95%: 1,25-5,09 e Brasilândia OR= 2,60; IC95%:1,17-5,75).

A experiência de violência destacou-se como um dos determinantes mais expressivos, estando associada a uma probabilidade aproximadamente quatro vezes maior de TMC, efeito que se manteve estável após ajustes por raça/cor e demais covariáveis, evidenciando seu impacto independente sobre a saúde mental.

A vivência de violência apresentou associação robusta com o TMC (OR= 4,08; IC95%: 2,14-7,76).

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que os transtornos mentais comuns em adultos chefes de família residentes em bairros periféricos de São Paulo estão fortemente associados a um conjunto de desigualdades estruturais, condições socioeconômicas adversas e experiências de violência. De modo geral, observou-se maior ocorrência de sofrimento psíquico entre mulheres, indivíduos em situação de trabalho informal, com pior percepção de saúde e expostos a condições precárias de vida, como dificuldades de acesso a água potável e dependência de políticas sociais, além de maior presença em territórios periféricos específicos e vivência de violência.

Embora a associação direta entre raça/cor da pele e transtornos mentais não tenha se mostrado estatisticamente significativa de forma isolada, os achados sugerem que essa relação se manifesta de maneira indireta, mediada por desigualdades sociais e condições de vida que afetam desproporcionalmente determinados grupos populacionais. Nesse sentido, a experiência de violência e a inserção em contextos de vulnerabilidade emergem como elementos centrais na compreensão do sofrimento psíquico, reforçando a importância de abordagens que considerem a interseccionalidade entre raça, gênero e classe.

Adicionalmente, os resultados apontam que o sofrimento mental não pode ser compreendido apenas a partir de determinantes individuais ou clínicos, mas deve ser interpretado à luz das condições estruturais que moldam o cotidiano desses indivíduos. A concentração de fatores de risco em determinados territórios periféricos evidencia o papel das desigualdades territoriais na produção de iniquidades em saúde mental, indicando que o lugar de moradia constitui um importante determinante social da saúde.

Dessa forma, os achados deste estudo contribuem para ampliar a compreensão sobre os determinantes dos transtornos mentais comuns em contextos urbanos

periféricos, destacando a necessidade de políticas públicas intersetoriais que enfrentem simultaneamente a violência, a precarização das condições de vida e as desigualdades sociais que sustentam essas iniquidades.

A persistência das desigualdades sociais no Brasil revela-se de forma particularmente intensa nos territórios periféricos urbanos, onde condições de vida precárias, acesso limitado a direitos sociais e exposição recorrente à violência conformam um cenário de vulnerabilidade estrutural. Nesse contexto, a saúde mental emerge como um dos desfechos mais sensíveis dessas desigualdades, refletindo não apenas fatores individuais, mas, sobretudo, processos históricos e sociais que atravessam raça/cor, gênero e classe.

Evidências recentes indicam que adultos chefes de família residentes em bairros periféricos estão expostos a múltiplos fatores de risco, incluindo inserção laboral precária, dificuldades de acesso a recursos básicos e experiências frequentes de violência interpessoal, elementos que se associam de maneira significativa à ocorrência de transtornos mentais comuns. Esses fatores não se distribuem de forma homogênea na população, mas seguem padrões estruturados por desigualdades históricas, nas quais o racismo, o sexismo e a exclusão social desempenham papel central (DE FRANÇA et al., 2020).

Nesse sentido, compreender a saúde mental em contextos periféricos exige ultrapassar abordagens estritamente biomédicas e reconhecer a interdependência entre condições materiais de vida, experiências subjetivas de violência e marcadores sociais como raça/cor da pele. Tal perspectiva permite evidenciar que o sofrimento psíquico não é apenas um fenômeno individual, mas uma expressão das iniquidades sociais que estruturam a sociedade brasileira.

Embora, em contextos urbanos, os transtornos mentais comuns se manifestem tanto em diferentes faixas etárias quanto em distintos níveis socioeconômicos, sem discriminação por essas características (RIBEIRO et al., 2020; SANTOS et al., 2019), as periferias apresentam barreiras significativas para acessar a ajuda necessária para uma vida digna (DE FRANÇA et al., 2020). Essa limitação tem sido especialmente evidente especialmente para as pessoas negras, cujo acesso aos

recursos é parcial frente à grande magnitude das necessidades (GUBERT et al., 2017).

Embora o debate sobre equidade de gênero reconheça que os homens também são afetados por mandatos da masculinidade e inclusive com repercussões para a saúde mental, as mulheres permanecem como o grupo mais vulnerabilizado em contextos estruturados por privilégios masculinos. Tal dinâmica evidencia que as desigualdades de gênero operam de forma relacional, tornando estratégico o envolvimento dos homens como aliados em oposição à sua construção como antagonistas, na transformação das relações de gênero, especialmente no enfrentamento das violências (VAN et al., 2025). Nesse sentido, chefes de família, homens e mulheres residentes em territórios periféricos, podem atuar na modulação dessas dinâmicas, particularmente quando consideradas as intersecções com a raça/cor da pele, que tendem a intensificar as desigualdades, sobretudo entre a população negra (BURGARD et al., 2017; SMOLEN et al., 2018).

No presente estudo, as mulheres apresentaram a maior prevalência de transtornos mentais comuns (TMC), com 38,73% de registros autorreferidos, o que reforça a centralidade das desigualdades de gênero na produção do sofrimento psíquico.

No Modelo 3, plenamente ajustado, observou-se que parte das associações permaneceu significativa após o controle simultâneo por raça/cor da pele, experiência de violência e demais covariáveis sociodemográficas, econômicas, condições de saúde e acesso a políticas sociais e características habitacionais/contextuais. Destacaram-se como grupos com maior frequência de transtornos mentais comuns: mulheres, trabalhadoras sem carteira assinada, indivíduos com pior estado de saúde autorreferido e pior percepção da própria saúde mental, além daqueles com barreiras no acesso à água potável, cadastrados em políticas sociais e usuários de restaurantes populares, bem como residentes em territórios periféricos como Cidade Tiradentes e Brasilândia e pessoas que relataram vivência de violência.

Em conjunto, esses achados sugerem que os transtornos mentais comuns estão associados a múltiplas dimensões de vulnerabilidade material, territorial,

institucional e relacional. Embora a variável raça/cor da pele não tenha apresentado associação estatisticamente significativa de forma isolada, sua relevância analítica se mantém no contexto das desigualdades estruturais que permeiam os demais fatores associados, assim como a experiência de violência, que se configura como importante elemento na compreensão dos desfechos em saúde mental.

Os resultados desta pesquisa apontam para a articulação de múltiplos determinantes sociais na ocorrência de transtornos mentais comuns em chefes de família, evidenciando a complexidade dessas iniquidades em contextos periféricos. Além disso, sugerem que tais determinantes não atuam de forma isolada, mas se articulam de maneira interseccional e configuram-se num gradiente de iniquidades em saúde mental. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de estratégias intersetoriais no enfrentamento do problema, conforme discutido a seguir, à luz de evidências epidemiológicas.

A experiência de violência foi um dos achados mais expressivos do estudo: indivíduos (em especial mulheres chefes de família) que relataram violência apresentaram 4,08 vezes mais probabilidade de TMC (OR= 4,08; IC95%: 2,14-7,76), mesmo após ajuste por raça/cor e demais covariáveis. Esse resultado é consistente com a literatura que aponta a violência psicológica, física e sexual como determinante robusto de sofrimento psíquico e transtornos mentais comuns, inclusive em períodos críticos do curso da vida como a gestação (LUDERMIR et al., 2014; MENDONÇA et al., 2017). Além disso, o efeito observado dialoga com interpretações socioecológicas que articulam violência interpessoal, violência institucional e determinantes estruturais (pobreza, isolamento territorial, barreiras culturais e desigualdades de gênero), produzindo trajetórias de adoecimento em contextos vulneráveis (SHANNON et al., 2017). Assim, a violência deve ser entendida não apenas como evento individual, mas como expressão de desigualdades estruturais, frequentemente normalizada em territórios periféricos e atravessada por hierarquias de gênero e raça.

O papel do racismo estrutural na saúde mental é amplamente reconhecido: como sistema que hierarquiza acesso a recursos e reconhecimento, ele opera por práticas

discriminatórias, estigmas e exclusão institucional, com efeitos psicossociais cumulativos (MOREIRA; TELLES, 2008; WILLIAMS; MOHAMMED, 2009). Essa dinâmica tende a incidir de modo particularmente agudo sobre grupos racializados, sobretudo quando combinada a respostas públicas insuficientes às necessidades básicas, como apontado em contextos de pobreza e insegurança alimentar (GUBERT et al., 2017). Estudos nacionais sugerem maior risco de transtornos mentais comuns entre pessoas negras, evidenciando como desigualdades estruturais podem se traduzir em sofrimento psíquico (NUNES et al., 2016). Neste estudo, destaca-se a alta prevalência de sofrimento em três dos bairros de maior prevalência de população negra na cidade de São Paulo.

Contudo, diferentemente do esperado, o presente estudo encontrou menor probabilidade de TMC entre chefes de família negros em comparação aos brancos (OR = 0,53; IC95%: 0,27–0,98), resultado que exige interpretação cautelosa. Em primeiro lugar, a significância é marginal e o intervalo de confiança é próximo da unidade, o que sugere sensibilidade a variações amostrais. Em segundo lugar, esse achado não deve ser interpretado como “proteção” racial, mas como um sinal de que a relação entre raça/cor e saúde mental pode ser profundamente modulada por fatores contextuais, institucionais e de mensuração. Uma hipótese plausível é a subidentificação do sofrimento psíquico em populações racializadas, seja por barreiras no acesso, seja pelo subdiagnóstico ou menor reconhecimento institucional do adoecimento mental. Evidências no Brasil indicam baixa utilização da atenção primária para demandas de saúde mental e subdiagnóstico de depressão em territórios vulneráveis falha que instrumentos padronizados conseguem captar, mas que nem sempre se converte em reconhecimento clínico e cuidado (PITCAIRN et al., 2021; MEDEIROS et al., 2023). Nessa perspectiva, a menor chance de relato pode refletir desigualdades no reconhecimento e na legitimação do sofrimento, e não menor ocorrência real de sintomas.

Além disso, o achado deve ser situado no contexto da pobreza e da precariedade social, que podem atravessar grupos raciais distintos em territórios periféricos, produzindo sofrimento psíquico distribuído de forma ampla. Essa condição pode

refletir uma pior percepção da própria saúde mental para padecer de 7,16 vezes mais chance de TMC (OR = 7,16; IC95%: 2,61–19,67). Processos estruturais de desigualdade, expressos na pobreza, afetam a saúde mental independentemente de distinções raciais explícitas, e podem reduzir diferenças aparentes em contextos de privação intensa (DE FRANÇA et al., 2020). Isso não elimina a centralidade do racismo, mas sugere que, em periferias, desigualdades territoriais e materiais podem produzir "convergência" de vulnerabilidades, atingindo também pessoas brancas residentes em áreas historicamente excluídas algo compatível com sua própria conclusão de que vulnerabilidade não se restringe às populações negras quando o território é periférico.

A interpretação racial também deve considerar que a autodeclaração de raça/cor no Brasil depende simultaneamente de ascendência e do contexto social do entorno, e não apenas de atributos individuais como escolaridade (CHOR et al., 2019). Mesmo quando pessoas negras experimentam mobilidade educacional ascendente, isso não se traduz necessariamente em benefícios equivalentes aos observados entre pessoas brancas, seja em renda, seja em satisfação com a vida, o que reforça a persistência das hierarquias raciais (ASSIS, 2025). Ademais, evidências indicam que negros com alta escolaridade podem relatar maior discriminação do que homens brancos, mostrando que a escolarização não neutraliza a racialização das relações sociais (BURGARD et al., 2017). Portanto, o resultado observado no presente estudo deve ser lido como expressão de um cenário complexo, em que desigualdades estruturais e dinâmicas de mensuração podem alterar a direção de associações quando múltiplas covariáveis são incluídas.

Em contraste, o efeito de gênero mostrou-se consistente: mulheres chefes de família apresentaram 92% mais probabilidade de TMC do que homens (OR = 1,92; IC95%: 1,08–3,42). Esse resultado é compatível com a literatura que aponta maior risco de transtornos mentais comuns entre mulheres negras quando comparadas a homens brancos (SMOLEN et al., 2018), e com evidências sobre a importância da pobreza ao longo do curso da vida como preditor de transtornos mentais na juventude, especialmente entre mulheres (ANSELMI et al., 2008; GRAPIGLIA et al.,

2021). A análise também deve considerar que mulheres negras vivenciam formas específicas de violência mediadas pelo racismo, incluindo sexualização, desumanização e violências simbólicas que atravessam a esfera íntima e social (LIMA et al., 2025a), compondo trajetórias de vida marcadas por precariedade.

A violência institucional aparece como eixo transversal nessa produção do adoecimento. No campo da saúde, a literatura aponta desigualdades na qualidade do cuidado e na proteção de mulheres e crianças negras (SILVA et al., 2024; REBOUÇAS et al., 2024), bem como fragilidades na completude de registros e no compromisso institucional com a produção de informação qualificada (SANTANA et al., 2023). Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra exista, sua implementação permanece heterogênea e limitada, e o racismo institucional continua operando como barreira ao cuidado integral (BRASIL, 2017; OLIVEIRA; MAGALHÃES, 2022). Em paralelo, políticas socioeconômicas podem falhar ao reduzir vulnerabilidades a uma dimensão estritamente monetária, sem incorporar a violência doméstica e outros determinantes estruturais como no caso do Bolsa Família, que não identifica de modo sistemático a violência conjugal entre beneficiárias (PEREIRA; GASPAR, 2021).

No âmbito da violência doméstica, o texto também sugere que padrões de notificação podem refletir desigualdades informacionais e institucionais: mulheres brancas com maior escolaridade relatam proporcionalmente mais violência em determinados estados, o que pode refletir maior capacidade de reconhecer e acionar mecanismos legais, mais do que maior ocorrência em termos absolutos (AZEVEDO et al., 2025; DEBONI et al., 2018). Em contrapartida, mulheres negras enfrentam maiores barreiras para acesso à proteção e justiça, e permanecem mais vulneráveis à violência letal, especialmente em regiões historicamente desfavorecidas (MOROSKOSKI et al., 2022). Ainda que a Lei Maria da Penha represente marco importante, limitações de implementação e barreiras associadas ao racismo institucional podem reduzir sua efetividade para mulheres negras, mantendo a violência mesmo após denúncias (LEI MARIA DA PENHA, 2006; WERMUTH; MEZZARI, 2021).

Outro eixo fundamental no presente estudo foi o trabalho. A informalidade na ausência de carteira assinada se associou a maior probabilidade de TMC (OR = 1,81; IC95%: 1,07–3,06), corroborando a literatura que descreve o trabalho informal como condição laboral mais desfavorável em razão da ausência de proteção social, estabilidade contratual e remuneração adequada, frequentemente em ambientes insalubres (BENAVIDES et al., 2022). No Brasil, estudos clássicos já mostram maior chance de transtornos mentais em trabalhadores informais independentemente de escolaridade e renda (LUDERMIR; LEWIS, 2003), e esse cenário é agravado pela precarização e flexibilização das relações de trabalho, intensificadas por reformas recentes (PRONI, 2013; LEE; DI, 2022; BRASIL, Lei nº 13.467/2017b). Ademais, ambientes laborais formalmente estruturados não são necessariamente protetores: assédio laboral frequente é associado a transtornos mentais, inclusive após ajuste por fatores pessoais e ocupacionais (FEIJÓ et al., 2022), e desequilíbrios psicossociais no trabalho podem aumentar afastamentos por transtornos mentais (SILVA; FISCHER, 2014). No caso das mulheres, a informalidade tende a operar como mecanismo de precarização estrutural, reforçando a dupla jornada e reduzindo o tempo para autocuidado, o que piora a saúde percebida e pode intensificar sofrimento psíquico (GRIEP et al., 2016; JONSSON et al., 2021). Essas dinâmicas dialogam com evidências internacionais sobre precariedade e saúde mental em ocupações extenuantes (CHAN et al., 2024).

O gradiente entre pior saúde autorreferida e TMC foi um dos efeitos mais fortes do estudo com ORs muito elevados para saúde regular e ruim (OR = 19,07; IC95%: 7,98–45,57 e OR = 14,72; IC95%: 3,82–56,65, respectivamente), indicando que o sofrimento psíquico se articula a percepções de adoecimento global e possivelmente a condições crônicas e limitações funcionais, o que é coerente com evidências de que vulnerabilidade social e precariedade laboral estão associadas à pior autoavaliação de saúde, especialmente entre mulheres (UTZET et al., 2021; DE MELO et al., 2023). Esse resultado reforça a necessidade de compreender saúde mental de forma integrada e situada na vida cotidiana, e não como fenômeno exclusivamente biomédico.

A associação entre uso de restaurantes populares e TMC (OR = 1,85; IC95%: 1,00–3,42) sugere que marcadores de insegurança alimentar e pobreza se conectam ao sofrimento psíquico. Embora haja poucos estudos diretamente comparáveis, evidências mostram relação dose-resposta entre insegurança alimentar e estresse, ansiedade e sintomas depressivos em mulheres em condição de vulnerabilidade, especialmente na gestação (LARAIA et al., 2006), e a violação do direito à alimentação adequada pode repercutir intergeracionalmente (RAMALHO et al., 2020; SANTOS et al., 2023). Além disso, limitações de cobertura e qualidade dos restaurantes populares podem restringir sua capacidade de garantir proteção alimentar efetiva (SOUSA et al., 2021; FAGUNDES et al., 2022), e aspectos nutricionais do serviço também merecem atenção, dado o teor elevado de sódio por refeição (CARRIJO et al., 2018).

De forma convergente, barreiras ao acesso à água potável também se associaram a maior probabilidade de TMC (OR = 1,86; IC95%: 1,00–3,47), reforçando a relevância da insegurança hídrica como determinante social. Evidências sugerem que a combinação de insegurança hídrica e insegurança alimentar tem efeito sinérgico sobre sofrimento psíquico, sobretudo entre mulheres (MUSHAVI et al., 2020; BOATENG et al., 2022), e que a insegurança hídrica pode impactar saúde mental tanto indiretamente (via insegurança alimentar) quanto diretamente (BREWIS et al., 2019). No Brasil, desigualdades de saneamento e gestão orientada por lógicas de rentabilidade contribuem para a manutenção de acesso desigual à água segura (AURÉLIO et al., 2004; SILVA et al., 2021), e mesmo quando existem sistemas de vigilância, a qualidade e utilidade estratégica da informação podem ser limitadas (MATA et al., 2022). Esses elementos sugerem que intervenções de saúde mental em periferias precisam incluir o enfrentamento de desigualdades infraestruturais básicas.

Os resultados territoriais também reforçam a importância do contexto residencial. Residentes de Cidade Tiradentes e Brasilândia apresentaram maiores chances de TMC do que residentes do Jardim Elba, indicando que o território funciona como componente ativo da vulnerabilidade psicossocial (Cidade Tirantes OR= 2,52;

IC95%: 1,25-5,09 e Brasilândia OR= 2,60; IC95%:1,17-5,75). A segregação residencial derivada de padrões históricos de distribuição espacial associados a renda e raça está associada a piores condições de vida, maior exposição à violência e estresse crônico, aumentando vulnerabilidade em saúde mental (WILLIAMS; COLLINS, 2001; SAPOLSKY, 2017). Evidências internacionais mostram que desordem, violência percebida e segregação se associam a maior ansiedade, enquanto coesão social pode atuar como fator protetor (DAOUD et al., 2020). Esse tipo de achado converge com estudos que atribuem parcela relevante da variabilidade em saúde mental a características percebidas do bairro e a conexões sociais (MCANENEY et al., 2015), reforçando a necessidade de intervenções comunitárias e intersetoriais.

O achado de maior chance de TMC entre pessoas cadastradas no SUS pode ser interpretado como marcador de vulnerabilidade e maior proximidade com serviços, e não necessariamente como efeito adverso do cadastro em si (OR= 2,88; IC95%: 1,52-5,45). No Brasil, o acesso a cuidados em saúde mental é limitado e uma proporção reduzida de pessoas recebe tratamento minimamente adequado, gerando pressão sobre serviços especializados (WANG et al., 2017). Embora a reforma psiquiátrica e o modelo psicossocial comunitário busquem ampliar acesso e qualificar cuidado (ONOCKO et al., 2018; AMARANTE; NUNES, 2018), sua consolidação enfrenta obstáculos relacionados a financiamento, capacitação profissional, apoio às famílias e articulação da rede (SAMPAIO; BISPO, 2021), além de estigma e desinformação (RODRIGUES et al., 2025). Assim, o cadastro pode refletir maior exposição a condições sociais adversas e maior probabilidade de identificação de sofrimento psíquico em pessoas que de fato acessam algum nível do sistema.

Em síntese, os achados do estudo sugerem que os transtornos mentais comuns em periferias urbanas devem ser interpretados como expressão de desigualdades estruturais e interseccionais, em que gênero, violência, precariedade laboral, privação de recursos essenciais (água e alimentação), fragilidades institucionais e território operam de forma combinada. O resultado observado para raça/cor com menor chance de TMC entre negros não deve ser lido como contradição ao papel

do racismo estrutural, mas como indicativo de que, em territórios periféricos, desigualdades contextuais e vieses de reconhecimento/diagnóstico podem alterar a direção de associações e produzir aparentes inversões. Isso reforça a importância de abordagens analíticas sensíveis ao contexto e de estratégias de cuidado que enfrentem simultaneamente violências e privações materiais.

O presente estudo é de natureza transversal, o que limita a capacidade de estabelecer relações causais entre violência e transtornos mentais comuns em chefes de família e seus integrantes em áreas periféricas. Para superar essas limitações, recomenda-se a realização de estudos de coorte, tanto prospectivos quanto retrospectivos, que possibilitem analisar de forma mais precisa as diferentes experiências dessa população. Além disso, sugere-se a inclusão de métodos mistos que considerem perspectivas subjetivas, com o objetivo de capturar experiências interseccionais de maneira mais abrangente.

Outra limitação significativa foi a impossibilidade de avaliar a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições públicas que atuam nesse contexto. Por isso, torna-se necessário implementar avaliações periódicas desses serviços, garantindo que as políticas existentes promovam uma abordagem integral e atendam às necessidades específicas das pessoas afetadas.

Como o estudo focou nas mulheres, há necessidade de pesquisas multicêntricas e intergeracionais que considerem a segregação por raça/cor da pele e a possível transmissão intergeracional de vulnerabilidades. Esses estudos poderiam subsidiar políticas públicas mais sensíveis e eficazes, prevenindo a persistência de transtornos mentais comuns e suas implicações econômicas e sanitárias a longo prazo.

Além disso, considerando a equidade de gênero e uma abordagem de cuidado integral, é fundamental incluir os homens em pesquisas futuras, tanto como possíveis vítimas quanto como agentes perpetuadores da violência. A participação masculina em programas educativos voltados à promoção da igualdade de gênero poderia contribuir para reduzir as taxas de feminicídio, fomentar a paternidade responsável e prevenir a discriminação de gênero.

Enfatiza-se também a necessidade de desenvolver políticas públicas integradas que respeitem a dignidade e os direitos de todas as pessoas, garantam acesso a serviços de saúde mental de qualidade e promovam uma abordagem interseccional e intersetorial, especialmente em áreas periféricas onde a evidência epidemiológica indica maior vulnerabilidade social.

Por fim, promover saúde mental em populações radicalizadas e periféricas demandas respostas intersetoriais e institucionalmente transformadoras, incorporando uma perspectiva de interseccionalidade e decolonialidade que reconheça experiências situadas e comprometa serviços com práticas antirracistas, ética humanística e integralidade (LAZARIDOU; FERNANDO, 2022). Nessa direção, os resultados do presente estudo reforçam que, embora o racismo atinja de forma desproporcional a população negra, pessoas brancas residentes em periferias também podem experimentar vulnerabilidades significativas, o que indica que o enfrentamento do sofrimento psíquico nesses territórios exige políticas públicas que articulem saúde, proteção social, trabalho, segurança alimentar, saneamento e prevenção da violência.

7. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo reforçam que os transtornos mentais comuns em contextos periféricos são expressão de processos sociais complexos, marcados pela interseção entre desigualdades econômicas, violência e vulnerabilidades estruturais. Nesse sentido, a compreensão do sofrimento psíquico demanda a superação de abordagens individualizantes, incorporando a análise dos determinantes sociais da saúde e das iniquidades que estruturam a sociedade brasileira. Tais evidências apontam para a urgência de políticas públicas intersetoriais que atuem de forma integrada sobre as condições de vida, a prevenção da violência e a redução das desigualdades sociais.

8. REFERÊNCIAS

ABEND R. Understanding anxiety symptoms as aberrant defensive responding along the threat imminence continuum. Neurosci Biobehav Rev, v. 152: 105305, 2023.

ADHIKARI, B.; AMARATUNGA, C.; MUKUMBANG, F. C.; MISHRA, S. R. Why should we be concerned by internalised racism in global health? *BMJ Global Health*, v. 10, n. 6, e016740, 2025.

AGATHÃO BT, et al. The role of family meal frequency in common mental disorders in children and adolescents over eight months of follow-up. PLoS One, v. 16, n. 2: e0243793, 2021.

ALMEIDA, Silvio. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

AMARANTE, P., NUNES, M. O. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. Cien Saude Colet, v. 23, n. 6: 2067–74, 2018.

ANGLIN, D. M. et al. From Womb to Neighborhood: A Racial Analysis of Social Determinants of Psychosis in the United States. *American Journal of Psychiatry*, v. 178, n. 7, p. 599–610, 2021.

ANSELMI, L. et al. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, supl. 2, p. 26–33, 2008.

ANSELMI, L. et al. Prevalence and early determinants of common mental disorders in the 1982 birth cohort, Pelotas, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, supl. 2, p. 26–33, 2008.

ASSIS, B. C. S. A raça/cor modifica o efeito da mobilidade educacional intergeracional na satisfação com a vida e na renda familiar? Resultados do ELSA-Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 41, n.1: e00092924, 2025.

AURÉLIO, P. M., et al. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil--the inverse equity hypothesis revisited. Soc Sci Med, v. 58:1181-1189, 2004.

AZEVEDO, L. S.; OLIVEIRA, N. N.; OLIVEIRA, R. R. Reports, excess risk and spatial distribution of domestic violence against women, Brazil, 2015–2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 34, e20240277, 2025.

BAILEY SR. Legacies of race: identities, attitudes, and politics in Brazil. Stanford: Stanford University Press; 2009.

BANTJES J, et al. The mental health of university students in South Africa: Results of the national student survey. J Affect Disord, v. 321, n. 1, p. 217-226, 2023.

BELANDI, C.; GOMES, I. Census: Self-reported brown population is the majority in Brazil for the first time. *Agência IBGE Notícias* [Internet], 2023 [citado 13 jun. 2025]. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/…

BENAVIDES, F. G., et al. Informal employment, precariousness, and decent work: from research to preventive action. Scand J Work Environ Health, v. 48, n. 3, p. 169-172, 2022.

BERESFORD, P.; ROSE, D. Decolonising global mental health: The role of Mad Studies. *Global Mental Health*, v. 10, e30, 2023.

BEZERRA H. et al. Prevalence and Associated Factors of Common Mental Disorders in Women: A Systematic Review. *Public Health Ver, v.*142:1604234, 2021.

BIETE, C. et al. Household food insecurity and symptoms of anxiety and depression during pregnancy: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, v. 21, n. 1, e13714, 2025.

BILAL, U. et al. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *The Lancet Planetary Health*, v. 3, n. 12, p. e503–e510, 2019.

BOATENG G, O., et al. The syndemic effects of food insecurity, water insecurity, and HIV on depressive symptomatology among Kenyan women. Social science & medicine, v. 295:113043, 2022

BOHREN, M. A. et al. Towards a better tomorrow: addressing intersectional gender power relations to eradicate inequities in maternal health. *EClinicalMedicine*, v. 67, 102180, 2023.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BOZZANO, S. G. Racismo estrutural: uma análise genealógica no campo da saúde coletiva brasileira. *Em Tese* [Internet], 2020 [citado 13 jun. 2025]. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/…

BRASIL. Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017b. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)… *Jusbrasil* [Internet]. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/478059431/lei-13467-17. Acesso em: 9 set. 2025.

BRASIL. Lei Nº 14.723 de 13 novembro de 2023c. [Internet] 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14723.htm Acesso em: 18. out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012d. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 11 set. 2025.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. Diretoria de Pesquisa. Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2020 Disponível em: https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Questionario-PNS-2019.pdf Acesso em: jul. 2025.

BREWIS, A., et al. Household water insecurity may influence common mental disorders directly and indirectly through multiple pathways: Evidence from Haiti. Social science & medicine. v. 238:112520, 2019.

BURGARD S, et al. Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States. Cad Saude Publica, v. 33 (Suppl 1):e00110516, 2017.

CAICEDO-ROA, M. et al. Risk of Femicide and Quality of Life Assessment of Women Victims of Intimate Partner Violence in Campinas, São Paulo, Brazil. *Global Social Welfare*, v. 10, n. 2, p. 181–193, 2023.

CARRIJO, A. P., et al. Is What Low-Income Brazilians Are Eating in Popular Restaurants Contributing to Promote Their Health? Nutrients, v. 10, n. 4: 414, 2018.

CARTERI, R. B. et al. A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 14, n. 3, p. 283–289, 2020.

CHOR, D. et al. Context-dependence of race self-classification: Results from a highly mixed and unequal middle-income country. *PLoS One*, v. 14, n. 5, e0216653, 2019.

CRENSHAW, K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. *Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002.

DAOUD, N., et al. Residential segregation, neighborhood violence and disorder, and inequalities in anxiety among Jewish and Palestinian-Arab perinatal women in Israel. Int J Equity Health, v. 19, n. 1:218, 2020.

DE ALMEIDA, C. F. et al. Contextual characteristics associated with the perceived neighbourhood scale in a cross-sectional study in a large urban centre in Brazil. *BMJ Open*, v. 8, n. 8, e021445, 2018.

DE FRANÇA, et al. Equality and poverty: views from managers and professionals from public services and household heads in the Belo Horizonte Metropolitan Area, Brazil. *International Journal for Equity in Health*, v. 19, n. 1, p. 132, 2020.

DE LIMA, T. J. S. et al. Black people are convicted more for being Black than for being poor: the role of social norms and cultural prejudice on biased racial judgments. *PLoS One*, v. 14, n. 9, e0222874, 2019.

DE MELO G., et al. Long working hours and self-rated health in the national Brazilian working population: gender and employment status differences, 2019. BMC Public Health, v. 23, n. 1:2095,2023.

DEBONI, M. A, SILVA, L. V. F. Lei Maria da Penha: análise de campanhas publicitárias de combate à violência contra a mulher. Rev Fragmentos Cult, v. 28, n. 2, p. 191-206, 2018.

ERRAZURIZ A, et al. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Reg Health Am, v. 26:100587, 2023b.

ERRAZURIZ, A., et al. Prevalence of anxiety disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Reg Health Am, v. 45: 101057, 2025a.

ERVING, C. L.; WILLIAMS, T. R.; FRIERSON, W.; DERISSE, M. Gendered racial microaggressions, psychosocial resources, and depressive symptoms among Black women attending a historically Black university. *Society and Mental Health*, v. 12, n. 3, p. 230–247, 2022.

ESSUE, B. M. et al. Women's experiences of gender-based violence supports through an intersectional lens: a global scoping review. *BMJ Public Health*, v. 3, n. 1, e001405, 2025.

FAGUNDES, A., et al. Public infrastructure for food and nutrition security in brazil: fufilling the constitutional commitment to the human right to adequate food. Food Secur, v. 14, n. 4, p. 897-905, 2022.

FARMER, P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press, 2003.

FEIJÓ, F. R. et al. Association between workplace bullying and common mental disorders in civil servants from a middle-income country. *Industrial Health*, v. 60, n. 2, p. 121–132, 2022.

FERNÁNDEZ, J. R. et al. Food insecurity and dietary quality in children and adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, v. 44, n. 1, p. e15–e21, 2022.

FERRI, C. P. et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in São Paulo, Brazil. *BMC Public Health*, v. 7, p. 209, 2007.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalence of psychological violence in the employed Brazilian population and its occurrence in the workplace: National Survey of Health 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 28, e250025, 2025.

FREEMAN, M. The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry*, v. 21, n. 3, p. 391–392, 2022.

FU, A. et al. Does perceiving the poor as warm and the rich as cold enhance perceived social justice? Effects of activating compensatory stereotypes on justice perception. *Frontiers in Psychology*, v. 10, p. 1361, 2019.

GONÇALVES D. et al. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saude Publica 2008; 24(2):380-390.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 380–390, 2008.

GONZALEZ, Lélia. *Por um feminismo afro-latino-americano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GRAPIGLIA, C. Z, et al. Factors associated with common mental disorders: a study based on clusters of women. Rev Saude Publica, v. 55, n. 1:77, 2021.

GRIEP, R. H., et al. Work-Family Conflict and Self-Rated Health: the Role of Gender and Educational Level. Baseline Data from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). Int J Behav Med, v. 23, n. 3: 372-382, 2016.

GUBERT, M. B. et al. Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended? *Public Health Nutrition*, v. 20, n. 8, p. 1513–1522, 2017.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. *Classes, raças e democracia*. São Paulo: Editora 34, 2002a.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Depois da democracia racial. *Tempo Social*, v. 15, n. 2, p. 269–288, 2003b.

GUIMARÃES, J. M. N. et al. Racial inequities in self-rated health across Brazilian cities: does residential segregation play a role? *American Journal of Epidemiology*, v. 191, n. 6, 2022c.

HEISE, Lori; GARCIA-MORENO, Claudia. Violence by intimate partners. In: KRUG, E. G. et al. (org.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 87–121.

HESTER, M. et al. What is justice? Perspectives of victims-survivors of gender-based violence. *Violence Against Women*, v. 31, n. 2, p. 570–597, 2023.

HONE, T. et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLOS Medicine*, v. 14, n. 5, 2017.
https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Questionario-PNS-2019.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022* [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/22827-censo-demografico-2022.html. Acesso em: 28 ago. 2025.

JABLONSKI, N. G. Skin color and race. *American Journal of Physical Anthropology*, v. 175, n. 2, p. 437–447, 2021.

JIA, Q.; ZHOU, J.; HUANG, M. Life satisfaction predicts perceived social justice: the lower your life satisfaction, the less just you perceive society to be. *Frontiers in Psychology*, v. 11, 540835, 2020.

JONSSON J., et al. Precarious employment and general, mental and physical health in Stockholm, Sweden: a cross-sectional study. Scand J Public Health, v. 49, n. 2: 228-236, 2021.

KELLY, U. A. “I’m a mother first”: the influence of mothering in the decision-making processes of battered immigrant Latino women. *Research in Nursing & Health*, v. 32, n. 3, p. 286–297, 2009.

KIRKBRIDE J.B., et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry, v. 23, n. 1, p. 58-90, 2024.

KRUG, E. G. et al. (org.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAMENHA, L. R. et al. Camouflaged prejudice and the affirmation of skin colour differences: assessment of racism among Brazilian undergraduate dental students. *Acta Odontológica Latinoamericana*, v. 37, n. 2, p. 134–143, 2024.

LARAIA, B. A., et al. Psychosocial factors and socioeconomic indicators are associated with household food insecurity among pregnant women. J Nutr, v. 136, n. 1, p. 177-182, 2006.

LAZARIDOU F, FERNANDO S. Deconstructing institutional racism and the social construction of *whiteness*: A strategy for professional competence training in culture and migration mental health. *Transcult Psychiatry,* v. 59, n. 2, p. 175-187, 2022.

LEE, J.; DI RUGGIERO, E. How does informal employment affect health and health equity? Emerging gaps in research from a scoping review and modified e-Delphi survey. *International Journal for Equity in Health*, 2022.

LEI MARIA DA PENHA, LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006 [Internet] 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm Acesso em: 10 out. 2025.

LIMA, B. M. G. et al. Raça/cor, gênero e classe nas relações sociais e afetivas de jovens negras: uma abordagem interseccional. *Cad. Saúde Pública*, v. 41, n. 8:e00200424, 2025a.

LIMA, J. D. et al. Intersectionality and mental health in university students: a jeopardy index approach. *Revista de Saúde Pública*, v. 59, e3, 2025b.

LUDERMIR, A. B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. V. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 1, p. 29–35, 2014.

LUDERMIR, A.B, LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* v. 38, n. 9, p. 485-489, 2003.

MAGALHÃES J, et al. Health, economic and social impacts of the Brazilian cash transfer program on the lives of its beneficiaries: a scoping review. *BMC Public Health*, v. 24, n. 1: 2818, 2024.

MAGLO, K. N. et al. Against the new bio-race politics: lessons from the genetics of race. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, v. 1, e5, 2016a.

MAGLO, K. N.; MERSHA, T. B.; MARTIN, L. J. Population genomics and the statistical values of race: an interdisciplinary perspective on the biological classification of human populations and implications for clinical genetic epidemiological research. *Frontiers in Genetics*, v. 7, n. 22, 2016b.

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

MATA, R. N., et al. Drinking Water Quality Surveillance Information System (SISAGUA): evaluation of data completeness on water supply coverage, Brazil, 2014-2020. *Epidemiol Serv Saude,* v. 31, n. 3: e20211095, 2022.

MCANENEY, H., et al. Individual factors and perceived community characteristics in relation to mental health and mental well-being. *BMC Public Health,* v. 15:1237, 2015.

MEDEIROS, S. et al. Racial inequalities in mental healthcare use and mortality: a cross-sectional analysis of 1.2 million low-income individuals in Rio de Janeiro, Brazil, 2010–2016. *BMJ Global Health*, v. 8, n. 12, e013327, 2023.

MENDONÇA, M. F. S.; LUDERMIR, A. B. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 32, 2017.

MILIAUSKAS, C. R. et al. Community violence in neighborhoods and common mental disorders among Brazilian adolescents. *BMC Psychiatry,* v. 23, n. 1: 772, 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MORAES, C.L, REICHENHEIM, M.E. Violencia doméstica durante el embarazo en Río de Janeiro, Brasil. Int J Gynecol Obstet, v. 79, n. 3, p. 269-277, 2002.

MOREIRA V., TELLES T. C. B. Experiences of stigma in depression: a cross cultural study. *PsicoUSF,* v. 13, n. 2, p. 233-241, 2008.

MOROSKOSKI, M.; BRITO, F. A. M.; OLIVEIRA, R. R. Time trend and spatial distribution of the cases of lethal violence against women in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 30, e3609, 2022.

MUSHAVI, R. C., et al."When you have no water, it means you have no peace": A mixed-methods, whole-population study of water insecurity and depression in rural Uganda. *Soc Sci Med,* v. 245: 112561, 2020.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 38, n. 2, p. 91–97, 2016.

OLIVEIRA, F. E. G. et al. Racial inequalities in multimorbidity: baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*, v. 22, n. 1, p. 1319, 2022.

OLIVEIRA, L.G.F. E MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. *R. bras. Est. Pop.,* v.39, 1-13, e0214, 2022.

ONOCKO, C.R.T., et al. Functioning of Psychosocial Care centers in four cities in Brazil. *Rev Panam Salud Publica, v*. 42: e113, 2018.

PACHTER, L. M. Racism, discrimination, and biomedical research: the role of the academic journal in transforming health care. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, v. 41, n. 1, p. 511–512, 2020.

PASCHOU, P. et al. Tracing sub-structure in the European American population with PCA-informative markers. *PLoS Genetics*, v. 4, n. 7, e1000114, 2008.

PEREIRA, M. U. L.; GASPAR, R. S. Socioeconomic factors associated with reports of domestic violence in large Brazilian cities. *Frontiers in Public Health*, v. 9, 623185, 2021.

PETKANOPOULOU, K. et al. Why do people object to economic inequality? The role of distributive justice and social harmony concerns as predictors of support for redistribution and collective action. *British Journal of Social Psychology*, v. 64, n. 2, e12877, 2025.

PINTO, I. V. et al. Descriptive study of reported cases of sexual violence and specialized care services in the state of Minas Gerais, Brazil, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 2, e2022907, 2023.

PITCAIRN C. F. M, et al. Inequalities in the prevalence of major depressive disorder in Brazilian slum populations: a cross-sectional analysis. Epidemiol Psychiatr Sci, n. 30: e66, 2021.

PRONI, M. W. Trabalho decente e vulnerabilidade ocupacional no Brasil. *Economia e Sociedade,* 2013.

RAMALHO, A. A. et al. Food insecurity during pregnancy in a maternal-infant cohort in Brazilian Western Amazon. *Nutrients*, v. 12, n. 6, 1578, 2020.

RAMOS E MUSUMECI. Elemento suspeito: Abordagem policial e discriminação na cidade do Rio de Janeiro Boletim Segurança e Cidadania; 3(8):1–16, 2004.

RASHKOVA, Y.; MOI, L.; CABIDDU, F. Addressing the societal challenges in organizations: the conceptualization of mindfulness capability for social justice. *Journal of Business Ethics*, 2023.

REBOUÇAS, P. et al. Ethno-racial inequalities on adverse birth and neonatal outcomes: a nationwide, retrospective cohort study of 21 million Brazilian newborns. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 37, 100833, 2024.

RÉGIO, L. et al. The care provided to black-skinned children and adolescents with mental health problems in the intersection between gender and race. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 31, e3941, 2023.

RIBEIRO I. et al. Common mental disorders and socioeconomic status in adolescents of ERICA. *Rev Saúde Pública,* v. 54, n. 4, 2020.

RIBEIRO, M. A. et al. Discussing the Notion of Decent Work: Senses of Working for a Group of Brazilian Workers without College Education. Front Psychol, v. 7: 207, 2016.

RIBEIRO, S. et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 9, p. 3421–3430, 2020.

ROCHA, S. G. M. O. et al. Musculoskeletal pain associated with common mental disorders among bus terminal workers in Brazil. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 22, n. 4, e20241301, 2025.

RODRIGUES, MA. Acceso equitativo a los servicios de salud mental en Brasil. Eur Psychiatry, 68(Suppl 1): S812–3, 2025.

SADOCK, B. J., SADOCK, V. A., & RUIZ, P. Kaplan-Sadock: Sinopsis de Psiquiatría (11ª ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2015.

SALLES, C. R. et al. Rise and fall of household food security in Brazil, 2004 to 2022. Cad Saúde Publica, v. 39. n. 1: e00191122, 2023.

SAMBARAJU, R. ‘They attacked you just like that’: negotiating racial epistemics in making claims about racism. *British Journal of Social Psychology*, v. 64, n. 1, e12846, 2025.

SAMPAIO, M.L., BISPO, J. J. P. Hacia una atención integral de la salud mental: experiencias y desafíos de la atención psicosocial en Brasil. BMC Salud Pública, v. 21, n. 1: 1352, 2021.

SÁNCHEZ, O. D. R.; ZAMBRANO, E.; DANTAS-SILVA, A.; SURITA, F. G. Perceptions of Brazilian women at a public obstetric outpatient clinic regarding domestic violence: a qualitative study. *BMJ Open*, v. 13, n. 6, e071838, 2023.

SANTANA, B. et al.Trend of incompleteness of maternal schooling and race/skin color variables held on the Brazilian Live Birth Information System, 2012–2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 1, e2022725, 2023.

SANTOS G. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil [Prevalence of common mental disorders and associated factors in urban residents of São Paulo, Brazil]. Cad Saude Publica, v. 35, n. 11: e00236318, 2019.

SANTOS, J. D.; CARMO, C. N. D. Characteristics of intimate partner violence in Mato Grosso do Sul state, Brazil, 2009–2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 32, n. 1, e2022307, 2023.

SANTOS, L. A., et al. Gender, skin color, and household composition explain inequities in household food insecurity in Brazil. *PLOS Global Public Health*, v. 3, n. 10, e0002324, 2023.

SAPOLSKY, R.M. Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst. Illustrated edição. New York, New York: Penguin Press; 2017. 800 p.

SARDINHA, L. et al. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, v. 399, n. 10327, p. 803–813, 2022.

SCARABELOT, L. F. et al. Mental disorders in adults from Ribeirão Preto, Brazil: a cross-sectional analysis of two birth cohorts. *BMC Public Health*, v. 24, n. 1, p. 2465, 2024.

SCHAAP, A. et al. The politics of precarity. *Contemporary Political Theory*, v. 21, n. 1, p. 142–173, 2022.

SHANNON, G. D. et al. ¿Somos iguales? Using a structural violence framework to understand gender and health inequities from an intersectional perspective in the Peruvian Amazon. Glob Health Action, v. 10(sup2):1330458, 2017.

SILVA, A. D. et al. Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. *Revista de Saúde Pública*, v. 58, p. 25, 2024.

SILVA, F. B. D., et al. Deprived areas and community water fluoridation in Brazil: a multilevel approach for refocusing public policy. Epidemiol Health, v. 43:e2021031, 2021.

SILVA, J.J.S, FISCHER F.M. Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. PLoS One, v. 9, n. 12: e115885, 2014.

SMOLEN J. et al. Intersectionality of Race, Gender, and Common Mental Disorders in Northeastern Brazil. *Ethn Dis*, v. 28, n. 3, p. 207-2014, 2018.

SMOLEN, J. R. et al. Intersectionality of race, gender, and common mental disorders in Northeastern Brazil. *Ethnicity & Disease*, v. 28, n. 3, p. 207–214, 2018.

SOUSA, M. S., et al. Evaluation of the Effectiveness of Brazilian Community Restaurants for the Dimension of Low-Income People Access to Food. Nutrients, v. 13, n. 18: 2671, 2021.

SOUZAS, R. A saúde da população negra: uma questão de direito e equidade. Revista de Educação Popular, Uberlândia, n. 4, p. 94-102, 2005. Disponível em: https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/19919/10641. Acesso em: 19 out. 2025.

STILLER, M. et al. Help-seeking behaviors among survivors of intimate partner violence during pregnancy in 54 low- and middle-income countries: evidence from Demographic and Health Survey data. *BMC Public Health*, v. 25, n. 1, p. 413, 2025.

TAVARES, D. et al. Quality of life in older adults according to race/color: a cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal*, v. 141, n. 1, p. 67–77, 2023.

TETEH, D. K. et al. Genetic ancestry, skin color and social attainment: the four cities study. *PLoS One*, v. 15, n. 8, e0237041, 2020.

THULIN, E. J. et al. Evaluating community factors associated with individually held intimate partner violence beliefs across 51 countries. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 37, n. 21–22, p. NP20065–NP20091, 2022.

TORRES, L. S. S. et al. Determinants of socioeconomic factors for quality of life and depressive symptoms in community-dwelling older people: a cross-sectional study in Brazil and Portugal. *PLoS One*, v. 18, n. 6, e0287163, 2023.

UTZET, M. et al. Informal employment and poor self-perceived health in Latin America and the Caribbean: a gender-based comparison between countries and welfare states in a pooled analysis of 176,786 workers. *Global Health*, v. 17, n. 1, p. 140, 2021.

VAN L. et al MANdatory - why men need (and are needed for) gender equality progress. *Front Psychol,* v. 15: 1263313, 2025.

WADE P. et al. Genomic research, publics and experts in Latin America: Nation, race and body. Soc Stud Sci, v. 45, n. 6, p. 775-796, 2015.

WANG. Y. P, et al. Patterns and predictors of health service use among people with mental disorders in São Paulo metropolitan area, Brazil. Epidemiol Psychiatr Sci, v. 26, n. 1, p. 89-101, 2017.

WERMUTH MAD, MEZZARI LG. Effectiveness or symbolism? An analysis of protective emergency measures in the rite of the Maria da Penha Law. Direito Desenvolv [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 01]; 12(1):180-201. Available from: https:// heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/ ddesnvol12&div=16&id=&page=

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

WILLIAMS D.R, MOHAMMED S.A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. J Behav Med, v. 32, n. 1, p. 20-47, 2009

WILLIAMS, D, R., COLLINS, C. Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. Public Health Rep, v. 116, n. 1, p. 404-416, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: WHO, 2014.

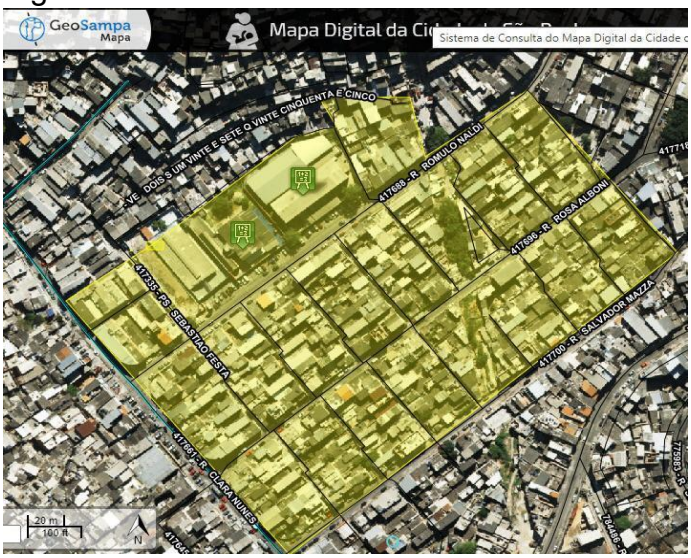
9. ANEXOS

9.1 Anexo 1 – Mapas dos bairros arrolados na pesquisa

Bairro Brasilândia

Delimitação: Rua Clara Nunes/ Rua Rômulo Naldi/ Rua Rosa Alboni/ Rua Salvador Mazza/ EMEF Cecilia Moraes e EMEF Berta Luz.

Figura 1



Fonte: Censo 2010

Bairro Vila Elba / Jardim Elba

Figura 2

Fonte: Censo 2010

Bairro Cidade Tiradentes

Delimitação: Terminal 2 de ônibus / Centro de Referencia da População Negra - Instituto Social Espaço Negro / Batalhão da Policia Militar / Av. Metalúrgica, que passa pelo CEU Água Azul e vai até o Terminal 2 de ônibus / PA Gloria / Rua João Badue / Delegacia 54 DP / Rua dos Pedreiros / Rua Francisco Viana / Rua José Pinto e Av. Leandro.

Figura 3

Fonte: Censo 2010

9.2 Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (FMB)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Insegurança Alimentar e Saúde da População Negra
Pesquisador: Maria Rita Marques de Oliveira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 73275623.6.0000.5411
Instituição Proponente: Instituto de Biociências de Botucatu
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Fundação Oswaldo Cruz

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.450.015

Apresentação do Projeto:
As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa. O objetivo será analisar a prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional e determinantes sociais de saúde da população negra e a sua relação com a discriminação social autorreferida em territórios selecionados em São Paulo e outros dez Estados brasileiros. Trata-se de um estudo transversal de base populacional, no qual será realizado um inquérito, a ser respondido pelo responsável da família, face a face. O inquérito inclui a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que mede a experiência com a fome, e uma outra escala que mede a experiência com a discriminação. Essa última será validada para uso no Brasil durante a pesquisa. Serão levantadas também informações gerais do perfil sociodemográfico da família. Com os resultados, espera-se contribuir com informações sobre a soberania, a segurança alimentar e determinantes específicos da saúde da população negra no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário: Analisar a prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional e determinantes socias de saúde da população negra e a sua relação com a discriminação social autorreferida em territórios selecionados em São Paulo e outros dez Estados Brasileiros.
Objetivo Secundário: Realizar a tradução transcultural e realizar a validação de face e conteúdo da

Endereço: Chácara Butignolli , s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **E-mail:** cep@fmb.unesp.br

escola de discriminação racial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo oferece riscos à saúde relativos a constrangimentos ao responder o inquérito. A identidade não será revelada. Se o(a) voluntário(a) sentir-se lesado(a) pelo estudo por eventuais danos decorrentes da pesquisa, terá o direito de buscar indenização e terá acompanhamento pelos pesquisadores em caso de assistência médica/psicológica.

Benefícios: O resultado da pesquisa ajudará a entender os determinantes da insegurança alimentar nos territórios e o quanto a discriminação de raça/cor interfere nesse processo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata de um estudo transversal de base populacional, no qual será realizado inquérito, a ser respondido pelo responsável da família, face a face. O inquérito inclui a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que mede a experiência com a fome e uma outra escala que mede a experiência com a discriminação. Essa última será validada para uso no Brasil durante a pesquisa. Serão levantadas também informações gerais do perfil sócio-demográfico da família. O trabalho será desenvolvido em 11 estados brasileiros em três etapas, envolvendo São Paulo na primeira etapa. O número de participantes será de 10.000 com financiamento próprio no valor de R$ 209.000,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados: folha de rosto, anuência institucional, projeto de pesquisa, cronograma e o TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Pendência 1:

1 – O TCLE deverá ser adequado no seguinte item: a) No item RISCOS E DESCONFORTOS, na frase "Este estudo não oferece riscos à sua saúde, salvo possíveis constrangimentos ao responder o inquérito", deverá ser alterado para constar que o inquérito pode causar

desconforto e constrangimentos, que seguiram com assistência e acompanhamento por parte dos pesquisadores. b) Deverá também constar no TCLE o tempo de aplicação do questionário (inquérito).
Resposta do pesquisador: O TCL foi corrigido, conforme solicitado. O texto foi alterado conforme solicitado e o tempo foi indicado. Foi inserido um pedido de autorização para gravar o grupo focal.
Pendência atendida.

Pendência 2:Quanto aos Riscos descritos na plataforma, deverá o pesquisador constar os mesmos dizeres do TCLE.
Resposta do pesquisador: A plataforma foi alterada
Pendência atendida.

Pendência 3: Apresentar termo de anuência do patrocinador do estudo.
Resposta do pesquisador: Foram juntados ao processo, os documentos de indicação das emendas, fornecidos pela Fiocruz.
Pendência atendida.

Pendência 4: - Esclarecer quais os locais a pesquisa será executada.
Resposta do pesquisador: Os locais onde a pesquisa será realizada foram acrescidos na brochura do projeto.
Pendência atendida.

Pendência 5: Trata-se de estudo multicêntrico? Se sim, deverá ser cadastrada a informação
de estudo multicêntrico na Plataforma Brasil para os CEPs dos centros participantes analisem o projeto.
Resposta do pesquisador: Não trata de estudo Multicêntrico. Os APN são uma organização de abrangência nacional e serão os responsáveis pelo estudo. Há um grupo de pesquisadores
que estão assessorando o processo, incluindo a Profa. Denise da Fiocruz, Ana Maria Segall e uma supervisão direta da UNESP (profa. Maria Rita) em todos os territórios serão
os mesmos responsáveis.
Pendência atendida

Pendência 6: Qual a conduta/encaminhamento será adotada a partir dos resultados da

pesquisa?
Resposta do pesquisador: Essa pesquisa almeja Políticas Públicas. Já aconteceram reuniões com o Ministério da Saúde, interessado nesses resultados de determinação social da saúde. Isso foi melhor esclarecido na brochura em resultados esperados.
Pendência atendida

Considerações Finais a critério do CEP:
Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, o PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO.
O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.
Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2194592.pdf	01/10/2023 23:08:20		Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	01/10/2023 23:07:43	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLcorrigido.pdf	01/10/2023 23:07:01	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
Outros	Patrocinador_doc2.pdf	01/10/2023 23:05:53	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
Declaração do Patrocinador	Patrocinador_doc1.pdf	01/10/2023 23:04:31	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRevisto.pdf	01/10/2023 23:04:02	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	13/08/2023 16:04:38	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
Declaração de concordância	Concordancia.pdf	13/08/2023 16:04:18	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFinal.pdf	13/08/2023 16:03:08	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/08/2023 16:02:49	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	13/08/2023 16:01:52	Maria Rita Marques de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BOTUCATU, 24 de Outubro de 2023

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

9.3 Anexo 3 – Questões do inquérito

Selecione

10 - Você já teve diagnóstico positivo para o novo coronavírus (ou Covid-19)?

Selecione

11 - Você já tomou a vacina da Covid-19?

Selecione

12 - Por que você não tomou a vacina da Covid-19?

Selecione

13 - De um modo geral, como você considera seu estado de saúde?

Selecione

14 - Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, o que você procura com mais frequência? (LER AS OPÇÕES)

Selecione

15 - O que geralmente ocorre quando procura o serviço de saúde?

Selecione

16 - Caso não tenha sido atendido(a), qual foi o motivo?

Selecione

17 - Nos últimos 12 meses apresentou alguma dessas doenças?

Selecione

18 - Doenças específicas: Nos últimos 12 meses recebeu diagnóstico de alguma dessas doenças?

Selecione

1 - Localização do domicílio

PenSSAN App

Selecione

2 - A moradia está localizada em território de povos e comunidades tradicionais?

Selecione

3 - Qual comunidade tradicional ou povos?

Selecione

4 - Você é a pessoa de referência da sua casa (chefe da casa)?

Selecione

5 - Qual a idade da pessoa de referência?

6 - Qual o sexo da pessoa de referência?

Selecione

7 - Como você define a raça ou cor da pessoa de referência?

Selecione

8 - A pessoa de referência sabe ler e escrever?

Selecione

9 - Até que série (grau) escolar frequentou a pessoa de referência?

Selecione

10 - Qual a situação de trabalho da pessoa de referência?

Selecione

11 - Qual a ocupação da pessoa de referência?

Selecione

12 - Neste momento qual é o local de trabalho da pessoa de referência?

Selecione

13 - Algum morador de sua casa teve diagnóstico positivo de COVID-19?

Selecione

14 - Algum morador(a) da sua casa ainda tem problema de saúde (sequela) decorrente da COVID-19?

Selecione

15 - Você perdeu uma ou mais pessoas da família (morreu alguém) nos últimos 12 meses?

Selecione

16 - Quais as causas da morte?

Selecione

17 - Essa(s) pessoa(s) contribuía(m) com a renda familiar?

Selecione

18 - Tipo de residência

Selecione

19 - Qual o número de cômodos na sua residência incluindo banheiros?

1

20 - Qual o material de construção das paredes externas da sua residência?

Selecione

21 - Tem acesso à água potável na sua sua residência?

Selecione

22 - Como é feita a coleta de esgoto na sua residência?

Selecione

23 - Número de pessoas no domicílio

1

☐ D24 - Eu moro sozinho

Número de pessoas por faixa de idade:

25 - Quantos moradores com até 5 anos

Menos de 5 anos - Digitar número

26 - Quantos moradores entre 6 e 18 anos

Entre 6 e 18 anos - Digitar número

27 - Quantos moradores entre 19 e 59 anos

Entre 19 e 59 anos - Digitar número

28 - Quantos moradores 60 anos ou mais

Com 60 anos ou mais - Digitar número

D29 - Desde o início da pandemia do Coronavírus (ou Convid-19) em 2020 até o dia de hoje, vocês acolheram alguém na sua família como morador permanente?

Selecione

Nos últimos 30 dias qual foi a renda familiar?

(DE TRABALHO COM CARTEIRA ASSINADA OU NÃO, DE PENSÃO, DE APOSENTADORIAS, DE BENEFÍCIOS COMO O BOLSA FAMÍLIA OU DE OUTROS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA, DE SEGURO DESEMPREGO, DE DOAÇÕES OU OUTRAS FORMAS DE RENDA)

☐ 30 - Não sei informar

$ 31 - Renda familiar

32 - Das faixas de renda abaixo, qual aquela que mais se aproxima da renda de sua família: (ATENÇÃO: LER TODAS AS ALTERNATIVAS E MARCAR APENAS UMA)?

Selecione

33 - Nos últimos 3 meses, qual é a situação de emprego e renda na sua casa?

Selecione

Enfrentamento da INSAN e questões alimentares

34 - Tem crianças menores de 6 anos?

Selecione

35 - Se sim, as crianças frequentam a creche?

Selecione

Violência

1. Nos últimos 12 meses, alguém te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

2. Nos últimos 12 meses, alguém gritou com você ou te xingou?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

3. Nos últimos 12 meses, alguém usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

4. Nos últimos 12 meses, alguém ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

5. Nos últimos 12 meses, alguém destruiu alguma coisa sua de propósito?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

6. Nos últimos 12 meses, alguém te deu um tapa ou uma bofetada?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

7. Nos últimos 12 meses, alguém te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar?

Selecione

Se sim, onde?

11. Nos últimos 12 meses, alguém tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade?

Selecione

PenSSAN App

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

12. Nos últimos 12 meses, alguém te ameaçou ou forçou a ter relações sexuais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

Se em outro local, qual?

8. Nos últimos 12 meses, alguém te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

9. Nos últimos 12 meses, alguém tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

10. Nos últimos 12 meses, alguém te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto?

Selecione

Se sim, onde?

Selecione

Se em outro local, qual?

Saúde Mental e Estresse

1. Nos últimos 30 dias, você se sentiu ou tem se sentido nervoso, tenso ou preocupado?

Selecione

2. Nos últimos 30 dias, você se assustou ou tem se assustado com facilidade?

Selecione

3. Nos últimos 30 dias, você tem se sentido triste ultimamente?

Selecione

4. Nos últimos 30 dias, você chorou ou tem chorado mais do que de costume?

Selecione

5. Nos últimos 30 dias, teve ou tem tido dores de cabeça frequentemente?

PenSSAN App

Selecione

6. Nos últimos 30 dias, você dormiu ou tem dormido mal?

Selecione

7. Nos últimos 30 dias, você sentiu ou tem sentido desconforto estomacal?

Selecione

8. Nos últimos 30 dias, você teve ou tem tido má digestão?

Selecione

9. Nos últimos 30 dias, você teve ou tem tido falta de apetite?

Selecione

10. Nos últimos 30 dias, você teve ou tem tido tremores nas mãos?

Selecione

11. Nos últimos 30 dias, você se cansou ou tem se cansado com facilidade?

Selecione

12. Nos últimos 30 dias, você teve ou tem tido dificuldade em tomar decisão?

Selecione

13. Nos últimos 30 dias, você teve ou tem tido dificuldade de ter satisfação em suas tarefas?

Selecione

14. Nos últimos 30 dias, o seu trabalho te trouxe ou te traz sofrimento?

Selecione

15. Nos últimos 30 dias, você sentiu-se ou tem se sentido cansado todo o tempo?

Selecione

16. Nos últimos 30 dias, você teve ou tem tido dificuldade de pensar claramente?

Selecione

17. Nos últimos 30 dias, você se sentiu ou se sente incapaz de desempenhar papel útil na sua vida?

Selecione

18. Nos últimos 30 dias: Tem perdido o interesse pelas coisas?

Selecione

19. Nos últimos 30 dias: Tem pensado em dar fim à sua vida?

Selecione

20. Nos últimos 30 dias, você se sentiu ou se sente inútil em sua vida?

Selecione