

Associação entre etnia e sobrepeso/obesidade populacional no Brasil

Thaís da Luz Fontoura Pinheiro¹, Lenise David da Silva¹, Carollyne Maragoni Santos², Gabriel Mutschal de Oliveira¹, Dalciomar Pimentel Borba¹, Eduardo Botti Abbade¹

RESUMO

Introdução: A obesidade é uma doença multifatorial, crônica e progressiva, que afeta parcelas consideráveis da população mundial e brasileira. Estudos mostram que sociedades e ambientes com maiores níveis de racismo estrutural podem desencadear maiores níveis de prevalência de obesidade nas suas populações marginalizadas. Assim, a maior vulnerabilidade das populações de etnia preta no Brasil, decorrentes do racismo estrutural e institucional instaurado, leva a maiores índices de sobrepeso e obesidade ocasionadas pela incapacidade de tais populações garantirem a segurança alimentar. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi analisar a evolução da prevalência do sobrepeso e obesidade nas populações da etnia branca e preta no Brasil, avaliando hábitos alimentares com potencial de promover a obesidade. Além disso, buscou-se relacionar o agravamento do IMC populacional no Brasil com a etnia e o racismo estrutural presente na sociedade brasileira. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de cunho transversal. Foram selecionadas 12 questões padronizadas do inquérito VIGITEL realizados nos anos de 2011 a 2020. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, e para comparação entre os grupos étnicos aplicou-se o teste T de *Student*. **Resultados:** Os resultados, de modo geral, evidenciam que indivíduos da etnia preta apresentam maior grau de IMC (Kg/m²) em comparação à etnia branca. Os dados de IMC entre as capitais brasileiras demonstram que tanto em 2011, quanto em 2020, as médias do índice avaliado foram maiores entre a população de etnia preta, apresentando 26,03 Kg/m² e 27,07 Kg/m² respectivamente, enquanto os indivíduos declarados brancos tiveram médias de 25,7 Kg/m² e 26,45 Kg/m² nos mesmos anos. O IMC médio nos anos de 2011 a 2020, de 25,99 Kg/m² para a etnia branca, e de 26,50 Kg/m² para a etnia preta indicam sobrepeso no âmbito nacional. Ademais, o consumo médio de verduras e legumes foi inferior entre a etnia preta, a qual manifestou uma frequência alimentar maior no consumo de refrigerante ou suco artificial do que a etnia branca, apresentando, de um modo geral, uma alimentação de menor qualidade. **Conclusão:** O IMC médio e a prevalência de sobrepeso estão aumentando nas populações das capitais do Brasil, sendo tal aumento mais acentuado nas populações da etnia preta. Também se observou que as populações da etnia preta possuem uma alimentação de menor qualidade, quando comparado à alimentação da população de etnia branca.

Palavras-Chave: Desigualdade racial em saúde, Obesidade, Comportamento alimentar, Índice de massa corporal, Sobrepeso.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença multifatorial, crônica e progressiva, que afeta parcelas consideráveis da população mundial e brasileira¹⁻³. Em se tratando de uma doença multifatorial, inúmeras são as causas relacionadas à ingestão e queima calórica que desencadeiam a obesidade nos indivíduos⁴⁻⁷. No entanto, a existência de ambientes obesogênicos agrava a problemática da obesidade coletiva, uma vez que se trata de ambientes capazes de fomentar e promover a

obesidade^{8,9}. Neste sentido, estudos mostram que sociedades e ambientes com maiores níveis de racismo estrutural podem desencadear maiores níveis de prevalência de obesidade nas suas populações marginalizadas^{8,10}.

O racismo estrutural refere-se às maneiras pelas quais as sociedades promovem a discriminação [racial], por meio de sistemas [injustos] de reforço mútuo (por exemplo, em habitação, educação, emprego, rendimentos, benefícios, crédito, mídia, saúde, justiça criminal, etc.) que, por sua vez, reforçam crenças discriminatórias, valores e

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), Brasil

² Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil



distribuição de recursos, refletidos na história, cultura e instituições interconectadas¹¹ (a. Junto ao conceito de racismo estrutural convencionou-se somar o termo institucional, no sentido da naturalidade e funcionamento da propagação da desigualdade racial. Ou seja, racismo institucional não se expressa de forma explícita, mas de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações¹². O racismo existe, não apenas nas crenças e atitudes de algumas ou muitas pessoas, mas na estrutura intrínseca da sociedade¹³, haja vista que tal fenômeno desencadeia efeitos de desigualdade na sociedade como um todo.

Sendo assim, não se pode reduzir o racismo à pobreza e à miséria justamente por seus efeitos que, estudos apresentam a complexidade envolvida¹⁴. Logo, o negacionismo da temática traz consigo a desigualdade socioeconômica decorrente da segregação, trazendo questões a pensar sobre o compromisso social¹⁵.

A consolidação do racismo estrutural no Brasil tem raízes históricas, podendo ser observada não somente na sociedade, mas também nas relações políticas, econômicas e culturais entre minorias populacionais¹⁶. A democracia racial configura-se um mito sobre condições paritárias, considerando que as desigualdades entre brancos e não-brancos na contemporaneidade são evidentes no acesso à educação, no mercado de trabalho, nas condições monetárias e experiência social¹⁷. Logo, é razoável assumir que a maior vulnerabilidade das populações de etnia preta no Brasil, decorrentes do racismo estrutural e institucional instaurado, leva a maiores índices de sobrepeso e obesidade ocasionadas pela incapacidade de tais populações garantirem as quatro dimensões da segurança alimentar (disponibilidade, acesso, consumo e regularidade)¹⁸.

A obesidade como uma doença endêmica, preditora de centenas de doenças crônicas que atinge 40% da população mundial, não é específica a apenas um grupo da população, mesmo assim ela acomete populações mais pobres restritas a serviços de saúde e práticas que as promovam^{19,20}. Um exemplo é o racismo estrutural/ institucional operacionalizado pela segregação residencial racial limitada a escassez e acesso a alimentos saudáveis corroborando para que bairros de baixo nível socioeconômico com residentes de minorias raciais tenham a oferecer somente ambientes obesogênicos⁸.

Este estudo tem como propósito analisar a evolução da prevalência do sobrepeso e obesidade nas populações da etnia branca e preta no Brasil, analisando ainda hábitos alimentares com potencial de promover a obesidade, buscando relacionar o agravamento do

sobrepeso e obesidade no Brasil com a etnia e o racismo estrutural presente na sociedade brasileira.

MÉTODO

Este estudo ecológico de recorte transversal analisa os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado nos anos de 2011 a 2020. O estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) é baseado em uma coleta sistemática de dados realizada pelo Ministério da Saúde, tendo iniciado em 2006 e ocorrendo anualmente. Este levantamento cria dados anuais sobre a população adulta (≥ 18 anos) residente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Cabe destacar que o tamanho mínimo da amostra em cada uma das capitais é definido pelo VIGITEL como sendo de no mínimo 2.000 entrevistas telefônicas. Assim, o sistema estima uma frequência das variáveis investigadas com 95% de coeficiente de confiança e 2% de erro amostral. Visando atingir os objetivos desta pesquisa, foram selecionadas 12 questões padronizadas do inquérito VIGITEL. A Tabela 1 mostra os detalhes sobre as questões analisadas.

Os dados referentes à altura e ao peso possibilitaram o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) utilizado como indicador de fator de risco à saúde. O IMC foi calculado para cada um dos registros utilizando a equação [eq. 1] padrão do IMC a seguir:

$$(Eq. 1) \quad IMC = \frac{[peso \text{ (em kg)}]}{[altura \text{ (em m)}]^2}$$

Os valores obtidos foram classificados de acordo com as categorias previstas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo: (1) normal [IMC < 25]; (2) sobrepeso [IMC ≥ 25]; (3) obesidade I [IMC ≥ 30]; (4) obesidade II [IMC ≥ 35]; e (5) obesidade III [IMC ≥ 40]. Os resultados do estudo foram analisados de forma interpretativa, utilizando estatística descritiva de tendência central e dispersão para analisar a evolução das variáveis investigadas no estudo. O estudo também adotou a análise do teste T de *Student* para comparação entre os grupos étnicos analisados como variáveis de agrupamento.

Cabe salientar que o sistema VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Brasil Ministério da Saúde. Por se tratar de entrevista telefônica, foi obtido consentimento verbal, ao invés do termo de consentimento livre e esclarecido.

Tabela 1

Variáveis do levantamento VIGITEL selecionadas para este estudo

Código	Descrição	Respostas (recodificadas)
Q 6	Idade	Valor em anos;
Q 7	Sexo	(1) Masculino; e (2) Feminino.
Q 8	Escolaridade	(1) Curso primário; (2) Admissão; (3) Curso ginásial ou ginásio; (4) 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau; (5) 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo; (6) 3º grau ou curso superior; (7) Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado); (8) Nunca estudou; (9) Não sabe; e (10) Não quis responder.
Q 9	Peso [em quilogramas (kg)]	Valor em Kg.
Q 11	Altura [em metros (m)]	Valor em m.
Q 14	Situação de gravidez.	(1) Sim; (2) Não; e (3) Não sabe.
Q 16	Quantos dias da semana costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume [alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha (desconsiderar batata, mandioca ou inhame)].	
Q 17	Quantos dias da semana costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru.	
Q 19	Quantos dias da semana costuma comer verdura ou legume cozido com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame.	(1) Nunca; (2) Quase nunca; (3) 1 a 2 dias por semana; (4) 3 a 4 dias por semana; (5) 5 a 6 dias por semana; e (6) Todos os dias.
Q 27	Quantos dias da semana costuma comer frutas.	
Q29	Quantos dias da semana costuma tomar refrigerante ou suco artificial.	
Q36	Frequência de consumo de bebida alcoólica	(1) Menos de 1 dia por mês; (2) Menos de 1 dia por semana; (3) 1 a 2 dias por semana; (4) 3 a 4 dias por semana; (5) 5 a 6 dias por semana; (6) Todos os dias.
Q 69	Cor ou raça	(1) Branca; (2) Preta; (3) Amarela; (4) Parda; (5) Indígena; (6) Não sabe; e (7) Não quis informar

RESULTADOS

Esta seção apresenta os resultados do estudo para o IMC médio, assim como a frequência de consumos de alimentos selecionados. A Tabela 2 apresenta as médias e os respectivos desvios padrão do

IMC das populações de etnia Branca e Preta das capitais do Brasil entre os anos de 2011 a 2020, considerando a faixa etária compreendida entre 20 a 59 anos.

Observa-se que das vinte e sete cidades, cinco delas relacionadas à etnia preta reduziram a média do IMC entre os anos de 2011 e 2020, com

destaque pelo declínio mais acentuado para João Pessoa (-1,54), Rio Branco (-1,22) e Manaus (-0,28). Em relação à etnia branca, observou-se que apenas a amostra de Goiânia (-0,22) apresentou redução da variável analisada. Notou-se a prevalência de maiores médias de IMC para a etnia preta, sendo que os índices mais elevados foram obtidos nas cidades de Curitiba (28,9), Florianópolis (28,69) e Rio de Janeiro (28,61) no ano de 2020. Foi possível verificar

que, neste mesmo ano, em dezenove capitais, a etnia branca apresentou menores médias de IMC em comparação com a etnia preta.

Os dados de IMC entre as capitais brasileiras divulgados na Tabela 2 possibilitou inferir que tanto em 2011, quanto em 2020, as médias do índice avaliado foram maiores entre a população de etnia preta, apresentando 26,03 e 27,07 respectivamente, enquanto os indivíduos declarados brancos tiveram

Tabela 2

Média (desvio padrão) do IMC das populações de etnia Branca e Preta das capitais do Brasil, para as faixas etárias de 20 a 59 anos

Capitais	2011		2020		Diferença	
	Branca	Preta	Branca	Preta	Branca	Preta
Aracaju	25,69 (4,89)	25,48 (4,77)	26,03 (4,45)	28,08 (5,08)	0,34	2,6
Belém	25,86 (4,84)	26,07 (4,44)	26,39 (5,6)	27,51 (5,26)	0,53	1,44
Belo Horizonte	25,34 (4,85)	26,13 (4,31)	25,5 (4,67)	27,23 (5,67)	0,16	1,1
Boa Vista	25,92 (4,84)	25,88 (4,4)	27,35 (5,73)	27,95 (5,85)	1,43	2,07
Campo Grande	25,78 (4,84)	25,55 (5,15)	26,85 (4,79)	26,48 (5,59)	1,07	0,93
Cuiabá	26,37 (5,64)	25,88 (4,81)	26,62 (5,26)	27,56 (4,72)	0,25	1,68
Curitiba	25,66 (4,45)	26,48 (5,73)	26,09 (4,71)	28,9 (4,67)	0,43	2,42
Distrito Federal	25,44 (4,4)	26,21 (4,74)	25,83 (4,61)	26,68 (4,09)	0,39	0,47
Florianópolis	25,41 (4,82)	25,3 (4,48)	26 (4,67)	28,69 (5,12)	0,59	3,39
Fortaleza	25,97 (4,96)	26,84 (5,81)	26,77 (4,4)	27,55 (4,62)	0,8	0,71
Goiânia	25,79 (4,93)	25,22 (4,26)	25,57 (4,31)	28,3 (11,39)	-0,22	3,08
João Pessoa	25,79 (4,83)	26,95 (5,89)	26,55 (5,2)	25,41 (5,04)	0,76	-1,54
Macapá	26,14 (4,83)	26,21 (5,05)	27,18 (4,99)	27,87 (5,75)	1,04	1,66
Maceió	25,64 (5,04)	26,31 (5,06)	26,46 (5,96)	26,06 (4,8)	0,82	-0,25
Manaus	26,13 (4,68)	26,74 (5,53)	27,04 (5,36)	26,46 (4,87)	0,91	-0,28
Natal	25,91 (4,93)	26,05 (4,8)	26,8 (5,12)	27,26 (5,85)	0,89	1,21
Palmas	25,14 (4,41)	25,71 (5,12)	26,31 (4,42)	25,79 (4,76)	1,17	0,08
Porto Alegre	25,98 (4,91)	27,08 (5,37)	26,89 (4,66)	26,89 (6,35)	0,91	-0,19
Porto Velho	25,94 (5)	26,6 (5,31)	26,18 (4,98)	26,92 (4,99)	0,24	0,32
Recife	25,58 (4,44)	26,17 (5,02)	26,3 (5,63)	28,3 (5,72)	0,72	2,13
Rio Branco	25,87 (4,89)	27,73 (6,79)	26,66 (5,21)	26,51 (4,97)	0,79	-1,22
Rio de Janeiro	26,13 (4,95)	26,25 (4,96)	26,93 (4,98)	28,61 (5,41)	0,8	2,36
Salvador	25,11 (4,27)	25,99 (4,91)	26,33 (4,41)	26,54 (4,78)	1,22	0,55
São Luís	25,15 (4,22)	25,5 (4,48)	25,53 (4,1)	25,75 (4,9)	0,38	0,25
São Paulo	25,78 (4,58)	26,55 (6,38)	27,28 (4,87)	28,08 (6,62)	1,5	1,53
Teresina	24,96 (4,31)	24,76 (4,61)	26,46 (4,93)	26,35 (5,17)	1,5	1,59
Vitória	25,3 (4,76)	25,42 (5,07)	26,38 (5,37)	26,42 (4,75)	1,08	1
BRASIL	25,7 (4,78)	26,03 (5,05)	26,45 (4,95)	27,07 (5,47)	0,75	1,04

Nota: Foram desconsideradas as mulheres que declararam estarem grávidas na ocasião da entrevista feita pela equipe do VIGITEL.

médias de 25,7 e 26,45 nos mesmos anos. É importante ressaltar que o aumento das médias do IMC ocorreu para os dois grupos étnicos analisados, embora a diferença tenha sido maior para a etnia preta (1,04), do que para a branca (0,75). Houve um acréscimo em 22 capitais na média do IMC da população declarada preta, sendo os números mais expressivos os que se referem à Florianópolis (3,39) e à Goiânia (3,08). Todavia, Goiânia foi a única cidade que apresentou redução na média do IMC do grupo

étnico branco no período estudado, passando de 25,79 em 2011, a 25,57 em 2020. Em contrapartida, João Pessoa e Rio Branco apresentaram expressiva redução no IMC na etnia preta, contrastando com o crescimento de IMC na etnia branca.

A Tabela 3 a seguir apresenta os resultados para o teste T de *Student* realizado com o propósito de verificar a existência de diferença significativa entre os IMC médio das populações de etnia Branca e Preta, da faixa etária de 20 a 59 anos, nos anos de 2011 a

Tabela 3

Comparação do IMC Médio nas Capitais e no Brasil considerando as populações das etnias (1) Branca e (2) Preta, na faixa etária de 20 a 59 anos, nos anos de 2011 a 2020

	IMC Médio (1)	IMC Médio (2)	T-valor	p-valor	N (1)	N (2)	Desv. Pad. (1)	Desv. Pad. (2)
Aracaju	25,97	26,25	-1,62	0,1048	3106	1171	4,90	5,47
Belém	26,20	26,47	-1,35	0,1786	2787	817	4,90	5,07
Belo Horizonte	25,56	26,33	-4,73	0,0000 ***	4251	1124	4,74	5,26
Boa Vista	26,20	26,10	0,51	0,6096	3301	681	4,70	4,89
Campo Grande	26,38	26,86	-2,08	0,0373 *	4577	526	5,03	5,29
Cuiabá	26,23	26,90	-3,91	0,0001 ***	3624	1179	4,97	5,38
Curitiba	25,95	27,07	-4,46	0,0000 ***	7298	359	4,62	5,23
Distrito Federal	25,65	26,79	-4,94	0,0000 ***	7459	439	4,66	5,08
Florianópolis	26,16	27,13	-4,70	0,0000 ***	3868	627	4,77	4,97
Fortaleza	25,71	26,11	-2,00	0,0451 *	4496	653	4,72	5,09
Goiânia	26,03	27,07	-5,18	0,0000 ***	4260	692	4,84	5,26
João Pessoa	26,36	26,75	-2,15	0,0313 *	2561	1107	4,87	5,23
Macapá	26,04	26,67	-3,31	0,0010 ***	3886	861	4,91	5,39
Maceió	26,73	27,38	-2,66	0,0078 ***	2916	534	5,23	5,24
Manaus	26,06	26,74	-3,51	0,0004 ***	4770	752	4,92	5,10
Natal	25,70	25,81	-0,62	0,5346	5319	933	4,61	4,69
Palmas	26,14	27,20	-5,50	0,0000 ***	6454	723	4,85	5,64
Porto Alegre	26,26	26,65	-2,15	0,0319 *	3510	1007	5,14	5,08
Porto Velho	26,10	26,88	-4,36	0,0000 ***	3889	970	4,95	5,21
Recife	26,37	26,75	-1,77	0,0770	2919	649	4,91	5,04
Rio Branco	26,29	27,21	-4,92	0,0000 ***	4289	894	5,06	5,36
Rio de Janeiro	25,54	26,11	-3,74	0,0002 ***	1639	2710	4,68	4,92
Salvador	25,60	25,53	0,44	0,6585	3400	1420	4,71	4,76
São Luis	26,20	26,69	-2,77	0,0056 **	5949	932	4,91	5,22
São Paulo	25,64	26,01	-2,27	0,0231 *	3036	1248	4,72	5,05
Teresina	25,54	26,58	-6,06	0,0000 ***	3919	908	4,55	5,07
Vitória	25,57	26,30	-3,96	0,0001 ***	4699	725	4,51	5,19
BRASIL	25,99	26,50	-14,89	0,0000 ***	112182	24641	4,83	5,16

Nota: Foram desconsideradas as mulheres que declararam estarem grávidas na ocasião da entrevista feita pela equipe do VIGITEL. * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

2020, nas capitais do Brasil. O IMC médio foi obtido por meio do cálculo da média aritmética dos valores de IMC obtidos para os respondentes de etnia branca e preta, pertencentes à faixa etária de 20 a 59 anos, obtidos nas pesquisas VIGITEL dos anos de 2011 a 2020.

Os dados presentes na Tabela 3 consideram o fator demográfico conforme diferença de média entre as etnias branca e preta, a fim de aferir a significância estatística entre as amostras. A partir da comparação de médias entre as etnias avaliadas, identificou-se diferenças significativas entre os níveis de sobrepeso e obesidade nestes grupos de indivíduos de algumas capitais analisadas. Os resultados mostram que indivíduos da etnia preta apresentam maior grau de IMC em sua maioria, frente a branca.

Conforme foi possível observar, três capitais, sendo elas as cidades de Salvador, Natal e Boa Vista, apresentaram diferença significativa e, por sua vez, com valor de *t* e *p* semelhantes às principais capitais que possuem elevadas médias de IMC para a população étnica preta (Florianópolis e Goiânia). Os resultados ainda demonstram que a média brasileira do IMC das duas etnias indica sobrepeso no âmbito nacional, tendo em vista os valores preconizados pela OMS e utilizados como parâmetro neste estudo, sendo de 25,99 para a etnia branca, e de 26,50 para a etnia preta.

A frequência média de consumo de alimentos específicos das populações de etnia Branca e Preta das capitais do Brasil, dentro das faixas etárias de 20 a 59 anos, para os anos de 2011 a 2020, estão representados na Figura 1. Esses alimentos específicos estão representados pelas variáveis Q16, Q17, Q19, Q27, Q29 e Q36.

Ao considerar os resultados das seis variáveis em conjunto, a Figura 1 evidencia que a média de consumo de verduras e legumes (cozidos e crus), salada, frutas, e bebida alcoólica por parte da população de etnia Branca é superior ao da população de etnia Preta. O consumo médio verduras e legumes se manteve praticamente sem muita variação para as duas etnias, sendo que os grupos responderam que costumam comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha), entre 3 a 6 dias por semana.

A questão relacionada à frequência de ingestão de refrigerante ou suco artificial, foi a variável na qual a média de consumo da população de etnia

Preta foi superior ao grupo étnico Branco. Verificou-se que houve uma diminuição na média de consumo nas duas etnias, pois entre os anos de 2010 a 2012 o consumo foi declarado como sendo em média de 1 a 4 dias por semana, com redução em 2014 e se mantendo até 2020 com um consumo médio de 1 a 2 dias por semana. Também foi verificado que a média de consumo de bebidas alcoólicas é semelhante nos para as duas etnias, exceto no ano de 2018, onde a etnia preta apresentou uma média de consumo ligeiramente inferior ao da etnia Branca.

Complementar à Figura 1, a Tabela 3 apresenta os resultados da comparação do IMC Médio e da frequência de consumo de alimentos selecionados entre as populações das etnias branca e preta considerando a severidade da Obesidade, na faixa etária de 20 a 59 anos, nos anos de 2011 a 2020.

Quando todas as classificações de IMC foram consideradas, a frequência de consumo de alimentos entre as etnias apresentou diferenças estatísticas. Dentre os itens analisados, verificou-se que a etnia Preta possuía uma frequência alimentar maior no consumo de refrigerante ou suco artificial do que a etnia Branca. O mesmo padrão de consumo foi observado para os indivíduos classificados com sobrepeso.

Para os indivíduos classificados com obesidade grau I, foi identificado um maior consumo de verdura ou legumes (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha), verdura ou legume cru, verdura ou legume cozido e de frutas pela etnia Branca. Adicionalmente, o grupo étnico branco também apresentou maior consumo de verdura ou legume cru, bem como de frutas entre os portadores de Obesidade Grau II. Entre os portadores de Obesidade Grau III, foi observada diferença estatística entre os itens Q16, Q17 e Q29, em que o maior consumo foi por parte da etnia branca.

Ainda, com base nos dados da Tabela 3, a etnia Preta apresentou consumo menor ou igual à etnia Branca no que se refere às frutas, verduras ou legumes em todas classificações de IMC analisadas. Observou-se que quanto maior a classificação do IMC, menor é a diferença entre o consumo dos alimentos entre as etnias consideradas para o presente estudo, com exceção do item Q16 que apenas não apresenta diferença estatística entre os indivíduos com obesidade Grau II.

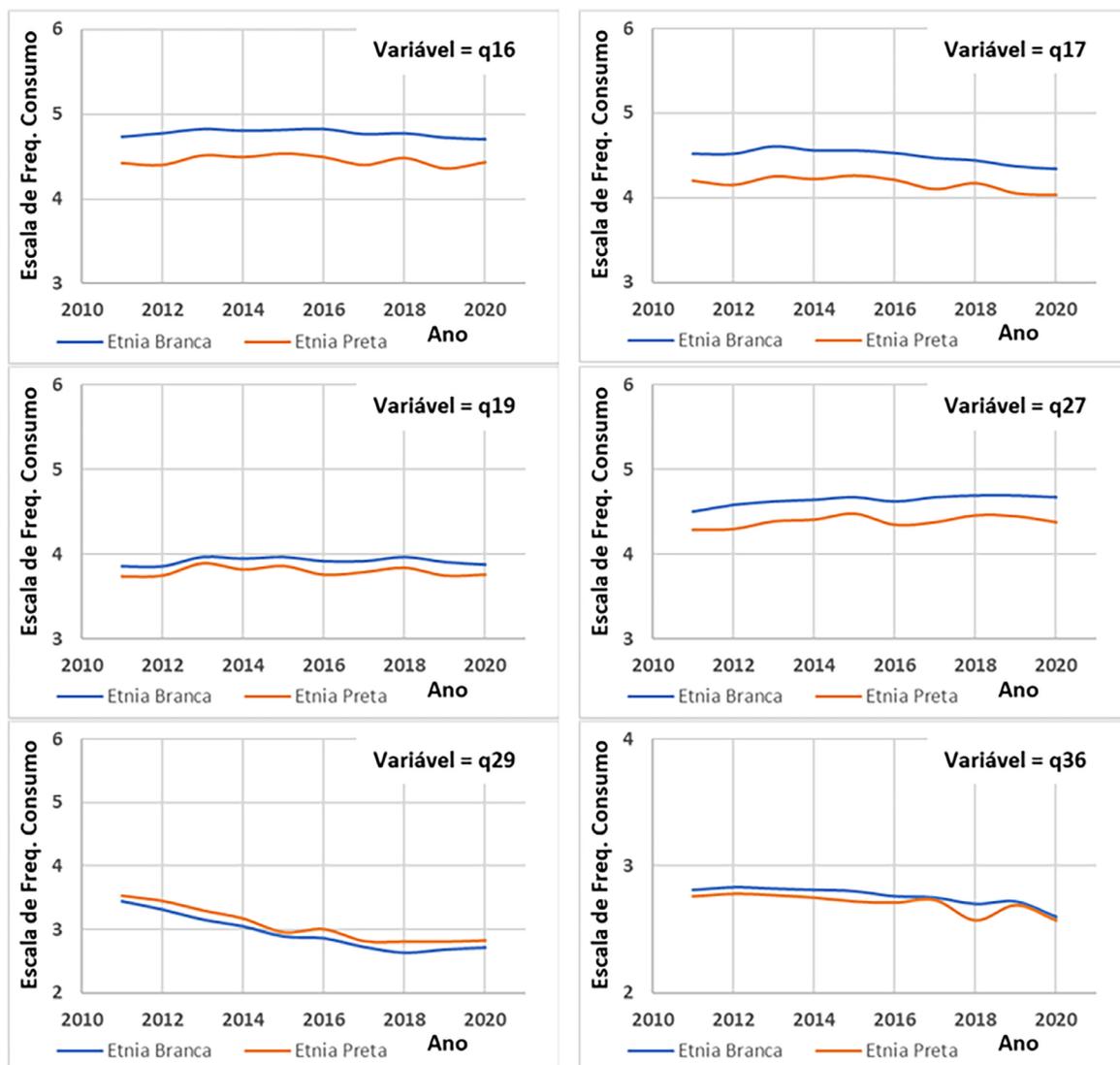


Figura 1: Média da frequência de consumo de alimentos específicos das populações de etnia Branca e Preta das capitais do Brasil, para as faixas etárias de 20 a 59 anos, para os anos de 2011 a 2020.

Nota: Q16 = consumo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha); Q17=Consumo de salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru; Q19= consumo de verdura ou legume cozido com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha; Q27= consumo de frutas; Q29= consumo de refrigerante ou suco artificial; Q36= consumo de bebida alcoólica.

DISCUSSÃO

Este estudo evidencia a prevalência de sobrepeso e obesidade grau I, com números mais expressivos relacionados à etnia preta. O número de pessoas fora da faixa de peso corporal adequado está em constante crescimento em todo o mundo. Estima-se que, em âmbito mundial, cerca de 1,9 bilhão de pessoas está em sobrepeso e que 650 milhões de pessoas apresentam grau de obesidade ²¹. Mudanças no

padrão alimentar são fatores relevantes para explicar o aumento de peso na população mundial. Atualmente, observa-se aumento da produção de alimentos industrializados, e pessoas com maior consumo de alimentos hipercalóricos, ricos em gorduras, açúcares livres e sal/sódio, e por outro lado, pessoas com baixo consumo de frutas, vegetais e fibras ²⁰.

Ao analisar os hábitos alimentares da população estudada, observa-se que a qualidade alimentar da população de etnia preta com sobrepeso

e obesidade grau I é inferior à da população de etnia branca. A etnia preta consome com maior frequência refrigerante ou suco artificial e em menor ou igual frequência frutas, verduras ou legumes. Características dietéticas são importantes fatores explicativos do sobrepeso e obesidade. De fato, indivíduos com padrões alimentares que mimetize modelos dietéticos relativamente saudáveis possuem uma tendência a um menor IMC²². Em contraste, alguns estudos mostram associação positiva entre o consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gordura ou açúcar, a um maior risco de sobrepeso e obesidade^{23,24}.

Ainda, este estudo evidencia que a prevalência de obesidade grau II e III não difere de forma expressiva entre a etnia branca e preta, e a alimentação parece não ser fator preditor para obesidade nos níveis mais elevados de IMC (acima de 35 kg/m²). A obesidade é uma patogênese complexa de etiologia multifacetada resultante da combinação de causas e fatores individuais, que estão além de uma visão simplificada do desequilíbrio entre calorias consumidas e energia gasta²⁵. O desenvolvimento da obesidade é geralmente um processo longo de ganho de peso, que envolve diversos fatores, dentre eles fenótipos genéticos, distúrbios neuroendócrinos (hipotireoidismo, hipogonadismo, doença de Cushing, etc.), fatores comportamentais (consumo excessivo de produtos “*fast food*”, consumo excessivo de álcool, baixa atividade física), fatores ambientais (urbanização e poluição), mudanças epigenéticas e algumas classes de drogas obesogênicas (antidepressivos, antiepilépticos ou antipsicóticos)^{22,26,27}.

Considerando a população de etnia preta apresenta valores significativamente superiores de prevalência de sobrepeso e obesidade e inferior em termos de qualidade alimentar, este estudo destaca que o racismo estrutural pode vir a promover ou potencializar tais diferenças, uma vez que tal fenômeno social afeta a condição econômica das populações de etnia preta. O racismo estrutural reflete a dificuldade que a população da etnia preta enfrenta no processo de garantir direitos elementares como educação de qualidade, emprego digno, habitação, tratamento igualitário e acesso à saúde pública²⁸. Além disso, o racismo estrutural pode apresentar implicações à saúde pública, uma vez que pode estar associada a uma segregação residencial, o que pode promover uma má alimentação, inatividade física, práticas inadequadas de promoção da saúde

pública e perímetro residencial sem acesso a alimentos saudáveis²⁹. Tais disparidades sociais observadas de forma mais presente nas populações de etnia preta promovem um agravamento da obesidade que, embora seja uma doença endêmica, tem maior severidade na população de etnia preta³⁰.

As desvantagens de pessoas da etnia pretas com relação à maioria dos indicadores sociais pressupõem que fatores étnicos são preditores de situações socioeconômicas²². Sendo assim, a desigualdade de acesso a direitos de cidadania cria vulnerabilidades em pessoas que sofrem com as disparidades herdadas de um racismo consentido de anos atrás. Corroborando com uma segregação residencial racial implementada por um sistema de nível macro (ideologias, instituições e sociedade) que objetivam prejudicar pessoas pretas em benefício da população branca⁸ segregação residencial racial implementada por um sistema de nível macro (ideologias, instituições e sociedade) que objetivam prejudicar pessoas pretas em benefício da população branca⁸.

Em vista disso, Assari (2018) defende três mecanismos que determinam as disparidades raciais na obesidade, que são: (1) status socioeconômicos na saúde; (2) diferenças comportamentais; e (3) diferenças ambientais. Sendo assim, desmistifica-se a ideia de que a obesidade seja algo auto-infligido, pois há falhas expostas no setor público e privado que proporcionam barreiras na vida das pessoas. Ainda assim, autoridades públicas fomentam a percepção da prevalência de pessoas de etnia preta com obesidade e sobrepeso, ao mesmo tempo em que ignoram os fatores estruturais que geram esse padrão³¹.

Cabe ainda salientar que, mesmo que as periferias disponibilizem alimentos saudáveis, ainda assim as populações mais vulneráveis não terão condições de acesso econômico a tais alimentos, podendo resultar na compra de alimentos processados que geralmente têm valor de aquisição mais adequados à baixa renda dos residentes¹⁹. Outro fator relevante que conecta a obesidade ao racismo estrutural é a crise pandêmica do SARS-COV-2 (Covid-19), que aumentou expressivamente a insegurança alimentar, ilustrando um contexto com disparidades étnicas gritantes sobre a falta de acesso a alimentos seguros e baratos²⁸.

O racismo gera comportamentos que fundamentam desigualdades entre grupos sociais, baseadas na raça ou etnia, sendo um determinante social da saúde, na medida em que expõe indivíduos da etnia

preta a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte ³²gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas, baseadas na raça ou etnia. Na saúde o racismo pode se manifestar de diversas formas, como o institucional, que frequentemente ocorre de forma implícita. A pandemia do coronavírus tem sido um desafio para países que apresentam profundas desigualdades. No Brasil, em que pese a ausência das informações desagregadas por raça ou etnia ou que quando coletadas apresentam um preenchimento precário, sabe-se que negras e negros irão sofrer mais severamente os impactos da pandemia e seus vários desfechos negativos. No texto recuperamos aspectos históricos e sua relação com as condições de vulnerabilidade da população negra e apresentamos uma agenda de ações específicas para o combate ao racismo e suas devastadoras consequências no contexto da Covid-19. A implicação étnica da COVID-19 está intimamente relacionada a essa exposição, tendo em vista que a população preta ocupa lugares de maior pobreza no mundo ocidental, dependendo das políticas públicas de acesso à saúde, à educação e à cidadania³³ (c. Ademais, diferentes formas de má nutrição, tais como obesidade e outras doenças crônicas fazem parte do rol de impactos da pandemia sobre a segurança alimentar e nutricional. Tanto o receio de falta de alimentos por questões de renda ou acesso, quanto a preocupação com a segurança sanitária dos mesmos geram insegurança aos consumidores³⁴, especialmente às pessoas da etnia preta que estão mais associadas a uma maior vulnerabilidade econômica, o que prejudica a capacidade de escolha, aquisição e manutenção dos insumos em termos de quantidade e qualidade nutricional.

De acordo com pesquisa realizada anteriormente com o objetivo de analisar os efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil, verificou-se que em se tratando da situação de insegurança alimentar grave, os maiores percentuais foram declarados entre domicílios cujos responsáveis são pessoas pretas (23,4%), e também da raça ou cor parda (18,9%)³⁵. A insegurança alimentar grave é classificada como uma "...ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre todos os moradores, incluindo as crianças. Nessa situação, a fome passa a ser uma experiência vivida no domicílio"³⁶. Em relação ao consumo de alimentos, os dados mostraram a

gravidade da carência ao acesso a produtos saudáveis, que afeta sobretudo alguns estratos da população brasileira: mulheres, pessoas de etnia preta e parda, moradores das regiões Norte e Nordeste e de áreas rurais, domicílios com crianças e com menor renda *per capita*³⁵.

A prevalência de sobrepeso e obesidade, principalmente casos de obesidade mórbida, estão associados a outras doenças, como doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer³⁷, agravando, conseqüentemente, o quadro epidemiológico populacional e aumentando os custos para a saúde pública³⁸. O presente estudo evidencia que a condição de sobrepeso e obesidade atinge de forma mais acentuada a população da etnia preta, sendo ainda possivelmente desencadeado por uma alimentação menos saudável promovida por uma condição econômica menos favorecida. Estudos anteriores evidenciam que o sobrepeso e obesidade pode vir a afetar de forma mais severa populações economicamente mais vulneráveis³⁹, possivelmente devido a fatores associados aos padrões dietéticos, nível educacional e acesso à informação, condições domiciliares e estilo de vida^{29,40}. Com isso, é razoável sugerir que as populações da etnia preta no Brasil, economicamente mais desfavorecidas e mais afetadas pela obesidade, estão sujeitas a necessitarem de atendimento hospitalar e ambulatorial, possivelmente via Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao desenvolvimento de comorbidades associadas à obesidade.

É importante ainda considerar que a obesidade possui inúmeras implicações econômicas, sociais e ambientais. Além disso, o comportamento alimentar é complexo e sofre diferentes interferências, dentre elas, ambientais, nutricionais, psicológicas, sociais e culturais. Dentro das políticas brasileiras do Ministério da Educação que visam garantir a segurança alimentar e nutricional da população, o Fundo Nacional de Desenvolvimento Escolar (FNDE), por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), defende o direito à alimentação aos alunos da educação básica pública. Além daqueles que se encontram em vulnerabilidade social, o programa busca atender os estudantes de forma igualitária, ofertando refeições que supram parcialmente as necessidades nutricionais diárias dos alunos durante o período letivo. Complementarmente, o Pacto Nacional para Alimentação Saudável foi instituído com a finalidade de ampliar as condições de oferta, disponibilidade

e consumo de alimentos saudáveis e combater o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes da má alimentação da população brasileira.

CONCLUSÃO

Em linhas gerais, os resultados evidenciam que o IMC médio e a prevalência de sobrepeso estão aumentando nas populações das capitais do Brasil, sendo tal aumento mais acentuado nas populações da etnia preta. Também é observado que as populações da etnia preta possuem uma alimentação de menor qualidade, quando comparado à alimentação da população de etnia branca.

Considerando os resultados alcançados, este estudo enfatiza que a maior vulnerabilidade econômico-social que é observada no Brasil para as populações da etnia preta, agravado por fatores históricos e traços de racismo estrutural impregnados na sociedade, agravam a situação da saúde coletiva para tal população. Diante disso, é importante que sejam adotados esforços maiores por parte do Estado, por meio de políticas públicas mais eficientes que busquem combater a desigualdade racial e o racismo estrutural, promovendo ainda melhores condições de acesso econômico e alimentação mais saudável para as populações mais vulneráveis.

O estudo apresenta limitações importantes a serem destacadas, como o fato de não ter sido analisado o perfil das populações residentes em cidades do interior, ou as populações rurais. Também é importante considerar que diagnósticos de sobrepeso e obesidade são resultantes de inúmeros fatores em uma dinâmica complexa de relações causais. Logo, estudos adicionais são necessários no sentido de identificar reais oportunidades de intervenção do Estado de modo a promover o combate ao racismo estrutural e redução da prevalência de sobrepeso e obesidade nas populações do Brasil, em especial das populações de etnia preta.

REFERÊNCIAS

1. Abbade EB. Análise das internações hospitalares para procedimentos de cirurgias bariátricas financiadas pelo SUS em âmbito nacional. *Med Ribeirão Preto Online* 2019; 52: 201–211.
2. Malta DC, Andrade SC, Claro RM, et al. Trends in prevalence of overweight and obesity in adults in 26 Brazilian state capitals and the Federal District from 2006 to 2012. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17: 267–276.
3. Rech DC, Borfe L, Emmanouilidis A, et al. As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. *Rev Epidemiol E Controle Infecção* 2016; 1: 192–202.
4. Gibson S, Lambert J, Neate D. Associations between weight status, physical activity, and consumption of biscuits, cakes and confectionery among young people in Britain. *Nutr Bull* 2004; 29: 301–309.
5. Louzada ML da C, Baraldi LG, Steele EM, et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults. *Prev Med* 2015; 81: 9–15.
6. Silva FM, Giatti L, Figueiredo RC de, et al. Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort (2008–2010). *Public Health Nutr* 2018; 21: 2271–2279.
7. Weinsier RL, Hunter GR, Heini AF, et al. The etiology of obesity: Relative contribution of metabolic factors, diet, and physical activity. *Am J Med* 1998; 105: 145–150.
8. Bell C, Kerr J, Young J. Associations between Obesity, Obesogenic Environments, and Structural Racism Vary by County-Level Racial Composition. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 861.
9. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999; 29: 563–570.
10. Mackey ER, Burton ET, Cadieux A, et al. Addressing Structural Racism Is Critical for Ameliorating the Childhood Obesity Epidemic in Black Youth. *Child Obes* 2022; 18: 75–83.
11. Krieger N. Discrimination and Health Inequities. *Int J Health Serv* 2014; 44: 643–710.
12. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. *Interface - Comun Saúde Educ* 2012; 16: 121–134.
13. Carneiro S. Mulheres em movimento. *Estud Av* 2003; 17: 117–133.
14. Figueiredo A. Fora do jogo: a experiência dos negros na classe média brasileira. *Cad Pagu* 2004; 199–228.
15. NÓRTE C, MACIEIRA R, FURTADO A. Formação: ética, política e subjetividades na Psicologia. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2010.
16. Bersani H. Aportes teóricos e reflexões sobre o racismo estrutural no Brasil. *Rev Extraprensa* 2018; 11: 175–196.
17. Nunes DH, Lehfeld LS, Netto CEM. A desconstrução do mito da democracia racial e o racismo estrutural no Brasil: educação e transformação social. *Rev Direito* 2021; 0: 79–104.

18. Barrett CB. Measuring food insecurity. *Science* 2010; 327: 825–828.
19. Aaron DG, Stanford FC. Is obesity a manifestation of systemic racism? A ten-point strategy for study and intervention. *J Intern Med* 2021; 290: 416–420.
20. Oraka CS, Faustino DM, Oliveira E, et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. *Saúde E Soc*; 29.
21. NCD Risk Factor Collaboration. The weight of the world—trends in adult body mass index in 200 countries since 1975: pooled analysis of 1,698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet* 2016; 387: 1377–1396.
22. Vitale M, Bianchi MA, Rapetti V, et al. A nutritional intervention programme at a worksite canteen to promote a healthful lifestyle inspired by the traditional Mediterranean diet. *Int J Food Sci Nutr* 2018; 69: 117–124.
23. Cordova R, Kliemann N, Huybrechts I, et al. Consumption of ultra-processed foods associated with weight gain and obesity in adults: a multi-national cohort study. *Clin Nutr* 2021; 40: 5079–5088.
24. Nardocci M, Leclerc B-S, Louzada M-L, et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Canada. *Can J Public Health* 2019; 110: 4–14.
25. González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu FB, et al. Obesity. *Nat Rev Dis Primer* 2017; 3: 17034.
26. Cheng Z, Zheng L, Almeida FA. Epigenetic reprogramming in metabolic disorders: nutritional factors and beyond. *J Nutr Biochem* 2018; 54: 1–10.
27. Ghosh S, Bouchard C. Convergence between biological, behavioural and genetic determinants of obesity. *Nat Rev Genet* 2017; 18: 731–748.
28. Bleich SN, Ard JD. COVID-19, obesity, and structural racism: understanding the past and identifying solutions for the future. *Cell Metab* 2021; 33: 234–241.
29. Oraka CS, Faustino DM, Oliveira E, et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. 2021; 10.
30. Assari S. Health disparities due to diminished return among black Americans: Public policy solutions.
31. Sanders R. The color of fat: racializing obesity, recuperating whiteness, and reproducing injustice. *Polit Groups Identities* 2019; 7: 287–304.
32. Goes EF, Ramos D de O, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab Educ E Saúde* 2020; 18: e00278110.
33. Barreto NMPV, Rios JDC, Ribeiro EB, et al. Vulnerabilidades sociais relacionadas à infecção e mortalidade por covid-19: uma revisão sistemática. *Rev Saúde Coletiva UEFS* 2021; 11: e6039–e6039.
34. Jaime PC. Pandemia de COVID19: implicações para (in) segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25: 2504–2504.
35. GALINDO, E. Working Paper 4: Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. Berlin: Food for Justice: Power, Politics, and Food Inequalities in a Bioeconomy, https://www.lai.fu-berlin.de/en/forschung/food-for-justice/publications/Publikationsliste_Working-Paper-Series/Working-Paper-4/index.html (2021, accessed 14 February 2022).
36. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares : 2017–2018 : análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101749> (2020, accessed 14 February 2022).
37. Barroso TA, Marins LB, Alves R, et al. Association of Central Obesity with The Incidence of Cardiovascular Diseases and Risk Factors. *Int J Cardiovasc Sci* 2017; 30: 416–424.
38. Dee A, Kearns K, O'Neill C, et al. The direct and indirect costs of both overweight and obesity: a systematic review. *BMC Res Notes* 2014; 7: 242.
39. Delisle H, Batal M. The double burden of malnutrition associated with poverty. *The Lancet* 2016; 387: 2504–2505.
40. Canella DS, Levy RB, Martins APB, et al. Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008–2009). *PLOS ONE* 2014; 9: e92752.

Autor Correspondente:

Eduardo Botti Abbade

eduardo.abbade@ufsm.br | edabbade@hotmail.com

Editor:

Ada Clarice Gastaldi

Recebido: 14/06/2022

Aprovado: 10/11/2022
