

**Cláudia Simões Oraka**

**Contribuições para o enfoque das desigualdades raciais e do racismo: uma revisão de escopo sobre obesidade na população negra feminina**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Olinda do Carmo Luiz

**São Paulo**

**2019**



**Cláudia Simões Oraka**

**Contribuições para o enfoque das desigualdades raciais e do racismo: uma revisão de escopo sobre obesidade na população negra feminina**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Olinda do Carmo Luiz

**São Paulo**

**2019**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Oraka, Claudia Simões

Contribuições para o enfoque das desigualdades raciais e do racismo : uma revisão de escopo sobre obesidade na população negra feminina / Claudia Simões Oraka. -- São Paulo, 2019.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Olinda do Carmo Luiz.

Descritores: 1.Saúde da população negra 2.Saúde da mulher negra 3.Determinantes sociais da saúde 4.Obesidade 5.Revisão de escopo

USP/FM/DBD-434/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para Chinedu Oraka e Adanna Oraka, minha filha, como parte dos esforços para a construção de um futuro melhor.

## AGRADECIMENTOS

Para realização de um trabalho acadêmico é preciso dedicação, horas de estudos, é certo. É preciso, também, estar imbuído de um sentimento de descontentamento para alimentar a curiosidade de descobrir o que há na próxima página de cada livro, mais que isso: é preciso um sobressalto, inquietações que as próprias experiências de vida nos trazem.

Agradeço à família Simões: Milton Simões, Irene Simões, Iracema Simões e Anselmo Simões por ser meu sustentáculo e para onde eu sempre volto quando não sei onde vou chegar, sobretudo, à Abigail Simões (in memoriam), pois foi quem me ensinou a guerrear.

Agradeço à Prof<sup>a</sup>. Olinda do Carmo Luiz, que aceitou ser orientadora deste projeto, sempre associando o rigor científico à paciência, me deu total incentivo para ir além.

Agradeço à Elda de Oliveira, Alex Sander Porfírio, João Alexandre Mendes Teixeira, Anna Larice Meneses Galvão pelas mãos estendidas nas horas das dificuldades.

Agradeço à Allyne Andrade, Valéria Alves, Lígia Luchesi pelo aconselhamento, leitura e por me receber as portas do novo mundo em que eu adentro: a pesquisa acadêmica.

Agradeço à Elis Regina Feitosa do Vale (in memorian), Contra-Mestre Pinguim, não vou esquecer os ensinamentos da capoeiragem.

Agradeço à Erenay Martins, Niyi Tokunbo, Amarildes Lourenzo, Cristiano Feitosa do Vale, Andrea Rosendo, Sara Taju Bibi, Allyne Andrade, Márcio Santana, Junyor Santos, Daniel Bruno Vasconcelos, Marco Henrique Meletti, Ladislau Sanders. Júlia Barros, Paloma Monteiro, Débora Carvalho pela amizade e companheirismo, tão importantes para completar este percurso.

Agradeço à Adriano Vieira, pois não há moeda com que eu possa retribuir o incentivo, o carinho, as portas abertas, as longas conversas, o ombro amigo.

Agradeço aos amigos e amigas que a vida levou por outros caminhos, mas que se regozijam com a minha conquista.

Aos que acreditam no projeto de emancipação do povo negro - para o qual a educação é peça fundamental - e foram além dos limites de suas possibilidades para viabilizar este sonho.

E, acima de tudo, aos Voduns, ancestrais africanos, por me guiarem nos caminhos da incerteza. Que essa ferramenta forjada com lágrimas de alegrias e dissabores seja a espada que abrirá novas veredas.

Oxalá!

À CAPES, pela bolsa do Mestrado no País.

“A voz da minha bisavó ecoou  
criança nos porões do navio.

Ecoou lamentos  
de uma infância perdida.

A voz de minha avó  
ecoou obediência  
aos brancos-donos de tudo.

A voz de minha mãe  
ecoou baixinho revolta  
no fundo das cozinhas alheias  
debaixo das trouxas  
roupagens sujas dos brancos  
pelo caminho empoeirado  
rumo à favela.

A minha voz ainda  
ecoa versos perplexos  
com rimas de sangue

e fome.

A voz de minha filha

recolhe todas as nossas vozes

recolhe em si

as vozes mudas caladas

engasgadas nas gargantas.

A voz de minha filha

recolhe em si

a fala e o ato.

(Vozes-mulheres, Conceição Evaristo)

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in IndexMedi*

## SUMÁRIO

**LISTA DE SIGLAS**

**LISTA DE FIGURAS**

**LISTA DE QUADRO**

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Racismo como determinante da saúde da população negra .....</b>	<b>5</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>26</b>
<b>3. OBJETIVO .....</b>	<b>27</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1. Tipo de estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>Fonte: Adaptado de Arksey e O'Malley (2005).....</b>	<b>30</b>
<b>4.2. Questão da pesquisa .....</b>	<b>31</b>
<b>4.3. Estratégia de busca para identificação dos estudos .....</b>	<b>32</b>
<b>Fonte: elaboração própria.....</b>	<b>33</b>
<b>4.4. Critérios de elegibilidade .....</b>	<b>35</b>
<b>4.5. Seleção .....</b>	<b>35</b>
<b>4.6. Extração dos dados .....</b>	<b>36</b>

<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1. Informações gerais sobre as publicações .....</b>	<b>38</b>
<b>5.2. Caracterização dos artigos incluídos na revisão .....</b>	<b>40</b>
<b>5.3. Descrição dos artigos.....</b>	<b>44</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>6.1. Saúde da População Negra no Brasil.....</b>	<b>63</b>
<b>6.2 Considerações finais .....</b>	<b>70</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>83</b>

## LISTA DE SIGLAS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

PNAD - Programa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SUS - Sistema Único de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Fluxograma PRISMA.....38

**Figura 2** - Distribuição dos artigos sobre obesidade e raça ao longo do tempo.....38

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Etapas da revisão de escopo.....	29
<b>Quadro 2</b> - Bases de dados pesquisadas.....	32
<b>Quadro 3</b> - Relação de publicações que constituíram o material empírico.....	39

## RESUMO

Oraka CS. *Contribuições para a abordagem das desigualdades raciais e do racismo: uma revisão de escopo sobre obesidade na população negra feminina* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

**INTRODUÇÃO:** Os estudos sobre o processo saúde e doença que avaliam raça como determinante social de saúde são escassos, daí a necessidade de pesquisas que contemplem as questões étnico-raciais. A obesidade é considerada uma epidemia em escala mundial e acomete ambos os sexos, todas as faixas etárias e classes sociais. No entanto, ela apresenta perfil distinto segundo os estratos de rendimentos e escolaridade. Portanto, é plausível a hipótese de que a obesidade se distribui diferentemente na população considerada segundo a cor da pele. Apesar de não ter respaldo teórico da biologia e da genética, raça tem sido uma forma de classificação e hierarquização dos seres humanos, constituindo formas diferenciadas de acesso aos direitos de cidadania e constituindo o que tem sido nomeado como racismo. A ocorrência das doenças e agravos à saúde tem sua origem nos determinantes sociais, com especial destaque para o racismo. A concepção de saúde da população negra incorpora as visões de saúde construídas a partir do conhecimento científico da biologia conjugado com saberes oriundos de outras áreas da ciência como a sociologia e a antropologia. Tais saberes em diálogo constante fornecem subsídios para o desenvolvimento de ferramentas que

possibilitam conhecer a realidade social dessa parcela da população com acesso precário a bens e serviços. **OBJETIVO:** Mapear na literatura científica a extensão, o alcance e a natureza da relação entre obesidade e raça, sistematizando o conhecimento com a finalidade de contribuir para a promoção da saúde integral. **MÉTODO:** O desenho de estudo adotado nesse trabalho foi a revisão de escopo. Para tanto realizamos as seguintes etapas: Identificação da questão de pesquisa; busca de estudos; seleção dos estudos, utilizando como critério de inclusão artigos que relataram estudos observacionais cujos objetivos principais foram avaliar as disparidades raciais no desenvolvimento da obesidade feminina; e de exclusão os estudos que avaliaram raça e obesidade em relação a: comorbidades (câncer, demência, depressão, etc); técnicas de diagnóstico e rastreamento; prognóstico clínico; tratamentos e intervenções; causas genéticas e bioquímicas; estratégias de prevenção e fisiologia e patogenia; mapear os dados; agrupar, resumir e relatar os resultados. **RESULTADOS:** Foram identificadas 2.526 publicações, 413 eliminados por duplicidade na triagem, restando, assim, 2.113 artigos para leitura dos títulos. Foram eliminados após leitura dos títulos, 2.069 artigos. 44 artigos foram selecionados para leitura dos resumos, sendo que destes, 34 artigos foram eliminados. Por fim, 10 artigos foram submetidos para a apreciação completa, todos publicados em língua inglesa, sendo 9 publicações nos Estados Unidos e 1 publicação no Brasil. **CONCLUSÃO:** Os achados confirmam a hipótese inicial: existem desigualdades raciais na ocorrência da obesidade. O nosso universo amostral expressa essa associação da perspectiva socioeconômica compreendendo uma gama de covariáveis como renda, educação e ocupação. A principal lacuna científica identificada neste

estudo foi a escassa produção na literatura sobre o tema obesidade e raça/cor. Embora exista uma preocupação com os aspectos sociais segundo raça, a ciência parece não reconhecer ainda as desigualdades raciais nos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis.

**Descritores:** Saúde da População Negra; Saúde da Mulher Negra; Determinantes sociais da saúde; Obesidade; Revisão de escopo

## ABSTRACT

Oraka CS. *Addressing racial inequalities and racism contributions: a scope review on obesity in the black female population* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

**INTRODUCTION:** Studies on the health and disease process that evaluate race, as a social determinant of health are scarce, hence the need for research that addresses ethnic-racial issues. Obesity is considered a worldwide epidemic and accommodates both sexes, all age groups and social classes. However, it has a distinct profile according to student strata and educational level. Therefore, it is plausible that obesity is distributed differently in the population considered according to skin color. Although the theorist of biology and genetics is not respected, race has been a form of classification and hierarchization of human beings, constituting different forms of access to citizenship rights and constituting what has been called racism. The occurrence of diseases and health problems has its origin in social determinants, with special emphasis on racism. A health project for the black population incorporates as health visions built from scientific knowledge of biology coupled with flavors from other areas of science such as sociology and anthropology. These sabers in constant dialogue use subsidies for the development of tools that allow us to know the social reality of this portion of the population with poor access to goods and services. **OBJECTIVE:** To map scientific literature on the extent, scope and nature of the relationship between obesity and race, systematizing knowledge with the use of contribution to the promotion of integral health. **METHOD:** The

study design adopted in this paper was subjected to a scope review. To accomplish this, we perform the following steps: identify a research question; search for studies; select studies (copy candidates here); map the data; group, summarize and relate the results. **RESULTS:** We identified 2,526 publications, 413 eliminated by duplicate screening, thus restoring 2,113 articles for reading the titles. After reading the titles, 2,069 articles were deleted. 44 articles were selected for reading abstracts, of which 34 articles were deleted and 10 articles were used for full appreciation, all published in English, 9 publications in the United States and 1 publication in Brazil. **CONCLUSION:** The findings confirm an initial hypothesis: there are racial inequalities in the occurrence of obesity. Our sample universe evaluates this socioeconomic perspective association that comprises a series of covariates such as income, education and occupation. The main scientific gap identified in this study was a scarce literature production on the theme obesity and race / color. Although there is concern about social aspects according to race, one science does not yet seem to recognize racial inequalities in risk factors for chronic noncommunicable diseases.

Descriptors: Black Population Health; Black Women's Health; Social determinants of health; Obesity; Scoping Review

## APRESENTAÇÃO

Para expor os motivos que me levaram à escolha do tema desta pesquisa é preciso retroceder no tempo, perfazendo o caminho de volta às minhas origens como jovem membro da comunidade de Terreiro. No início dos anos 2000 - ainda no ensino médio, com muitos sonhos e poucas possibilidades - estava numa roda de conversa em que se encontrava o Prof<sup>o</sup>. Altair Lira, referência no combate à anemia falciforme, a discorrer sobre o assunto. Naquele momento, em que eu já trilhava os caminhos da militância negra, ainda de forma incipiente, descobri como a minha existência reclamava uma direção política, pois percebi que na sociedade brasileira os espaços mais valorizados estão circunscritos as pessoas não só pelas condições socioeconômicas, mas, sobretudo, pela cor da pele.

Esta pesquisa resulta do projeto de mestrado em curso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, é uma obra acadêmica e militante cujo objetivo da minha inserção nesse espaço é o enfrentamento ao apagamento das questões relacionadas a saúde da população negra, de um modo geral e, especialmente, da saúde das mulheres negras. A minha inclinação para discutir obesidade se deve ao fato de ser um tema que aumenta a sua importância a cada dia e à necessidade de ampliar as pesquisas sobre a saúde desse segmento populacional tão numeroso no Brasil.

Esse trabalho é uma tentativa de dar uma resposta a uma pergunta que a vida me trouxe: Qual seria a minha contribuição como mulher e negra para o empoderamento desse grupo na sociedade brasileira

Tal experiência dá continuidade a minha trajetória e aos estudos perpetrados durante a graduação em Serviço Social, cujo objeto foi a criação de parâmetros de atuação do profissional de Serviço Social na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Àquela altura, já me incomodava a ausência da discussão de raça no Serviço Social, pois eu não entendia como é possível discutir supressão e garantias de direitos ignorando grupos minoritários marginalizados. Voltei-me para o campo da saúde por afinidade e estratégia: eu pretendia ser mais uma voz a bradar sobre as condições de saúde da população negra e ser uma sujeita ativa na luta pela vida nesse campo onde o poder político intervém determinando quais corpos irão se reproduzir e quais corpos irão desaparecer.

## 1. INTRODUÇÃO

A concepção de raça que se toma aqui não tem premissa biológica, mas social. A raça é um conceito socialmente construído a partir de características físicas, que “nada mais são que mudanças adaptativas as quais estão pouco relacionadas com a real distância genética entre as populações” (ALVES; FORTUNA; TORALLES 2005, p. 94). O uso da expressão raça no campo da saúde é um tema gerador de debate inesgotável uma vez que especialistas afirmam a inexistência de raças humanas, do ponto de vista biológico, e, portanto, consideram seu uso inadequado.

A classificação de seres humanos a partir de traços fenotípicos surge na Europa em meados do século XVIII, com o desenvolvimento da antropologia física, apropriando erroneamente a teoria de Charles Darwin sobre a evolução das espécies. Nota-se o empenho em uma classificação racial hierarquizada com autenticação da superioridade branca sobre todas as outras raças. “Para alguns, a raça é usada para distinguir pessoas não só com base em suas características físicas como também em seus atributos morais e psicológicos refletindo um claro, preconceituoso e discriminatório uso dessa classificação” (ALVES; FORTUNA; TORALLES, 2005, p. 94).

No Brasil, o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX representaram modificações profundas nos planos político, social e econômico. O interesse das classes dominantes estava voltado para o projeto de modernização da nação que acabara de tornar-se independente e há pouco

havia proclamado a República. O plano consistia em moldar as feições do país, apagando todos os sinais do que fosse considerado atraso, para que pudesse lançar-se no cenário internacional, configurando ao lado de Estados-nações europeus, sinônimo de avanço e civilidade.

O problema social resultante do abandono das forças produtivas escravista para a conformação de uma classe trabalhadora emergente culminou com o receio do avanço de forças contrárias às classes dominantes. A legião de escravos libertos remanescentes do antigo sistema e sem meios para sobreviver no novo modo de produção econômico - um capitalismo considerado tardio e dependente - adensou a massa de pobres desempregados que fugia para as cidades em busca de melhores condições e competiam desigualmente com o enorme contingente de imigrantes europeus, provocando um surto de urbanização e agravamento das condições de saúde da população.

As ciências médicas, ainda incipientes, empreenderam ações de cunho sanitário voltadas para o melhoramento da raça brasileira oriunda da fusão das matrizes culturais indígena, africana e europeia como parte do projeto de modernização da nação, tendo médicos como heróis da regeneração nacional, nas palavras de Mota (2003). Como nação culturalmente dependente, o Brasil era formado e informado pelas ciências desenvolvidas na Europa, inclusive as teorias racistas transfiguradas por um discurso pretensamente científico. As ações sanitárias foram a materialização empírica do racismo científico no Brasil.

Essas são as condições para o surgimento do movimento eugênico brasileiro. “[...] a eugenia – por definição, a ciência do ‘aprimoramento racial’ – era um atrativo óbvio para uma elite convencida do poder da ciência para criar ‘ordem e progresso’ (lema da República) e perturbada pela composição racial do país” (STEPAN, 2004, p.339).

Embora houvesse correntes divergentes que viam na mistura de raças o risco de degeneração, o discurso prevalente via na miscigenação a oportunidade de regeneração, de produzir uma raça brasileira dada à civilidade pela presença do branco europeu altamente virtuoso, e progressivo desaparecimento dos negros e mestiços por meio do branqueamento da população. Dessa forma, é que no Brasil as teorias sobre raça foram desenvolvidas sob uma perspectiva eugênica, pelo menos até a década de 30.

Por serem os traços físicos os principais marcadores para a classificação racial, a discriminação como efeito da raça decorre da percepção dos outros sobre esses aspectos como sinais de ascendência inferior.

Mesmo negada a existência do racismo, grupos populacionais são agrupados racialmente a partir de traços morfológicos que conferem aos indivíduos particularidades que não nos permitem confundir as pessoas.

A variável raça/cor continua a ser usada no ensino, prática e pesquisa médica, como ferramenta para avaliar diferenças sociais e biológicas na evolução das doenças e no seu tratamento e o seu papel na produção de resultados negativos em saúde. No Brasil a classificação racial é baseada em fenotípico e autorreferida em estudos e pesquisas sociais, incluindo a saúde.

A raça é um dos fatores determinantes do status socioeconômico. Os estudos que relacionam raça com disparidades sociais nos resultados de saúde demonstram que essa característica é um importante preditor do status de saúde, já que os negros estão em desvantagem quando comparados aos brancos na maioria dos indicadores sociais.

Araújo *et al.* (2009), distinguem com precisão essas duas variáveis: raça/cor é uma dimensão particular da estratificação social, que define diferenças no acesso para bens e serviços que poderiam ser atribuídas à classe social. No entanto, raça/cor e classe social carregam significados construídos socialmente. A raça/cor está baseada nas características físicas dos indivíduos, enquanto classe social é produto das relações sociais.

Entretanto o termo etnia, também utilizado nos estudos sociais e na saúde, surgiu após a Segunda Guerra Mundial, para indicar as diferenças de ordem cultural e religiosa que permitem caracterizar a existência de um povo, não apontando, portanto, para aspectos individuais (SACRAMENTO; NASCIMENTO, 2011, p.1144).

### **1.1. Racismo como determinante da saúde da população negra**

As concepções sobre determinantes sociais do processo saúde e doença consideram as condições de vida e bem-estar social - distribuição de renda, trabalho, redes de suporte social, entre outros fatores – intimamente relacionados com a qualidade de saúde. As condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam os fatores de risco e os problemas de saúde. A posição social de cada pessoa é o resultado do acesso à diversos recursos - educação, renda, trabalho, lazer, saúde, poder de compra de bens e serviços - e determina a exposição a riscos e danos à saúde, bem como o uso dos serviços de diagnóstico e tratamento. Os determinantes sociais são, portanto, importantes recursos teóricos para compreender em que medida a saúde é sensível ao ambiente social e indicam o papel da justiça social no incremento da saúde.

A partir de 2011, a Organização Mundial da Saúde adotou o conceito abrangente de Determinantes Sociais da Saúde, incorporando as definições de Determinantes Estruturais e Determinantes Intermediários (Carvalho, 2013).

Os Determinantes Estruturais refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico. (Carvalho, 2013, p. 19).

Assim, os determinantes estruturais incluem os fatores tradicionalmente ligados à distribuição de renda e acesso à educação e, simultaneamente, incorporam no mesmo patamar de importância o gênero e a raça como fatores decisivos na origem das desigualdades sociais e de saúde. Eles são apontados como prioritários para redução das desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde de qualidade (Galvão, 2019).

O entendimento de que os problemas de saúde decorrem da interface entre classe, gênero e raça/etnia, rompe com a visão do determinismo biológico. Os aspectos biológicos são condicionantes desse processo, mas, o explica apenas parcialmente, como põe à vista Fátima Oliveira:

A predisposição biológica resulta e refere-se a um longo processo evolutivo da humanidade, é o binômio indissociável: constituição hereditária + [mais] meio ambiente. O que quer dizer que o caráter social e histórico das doenças é amplamente demonstrado através da história de vida das pessoas, e esta está intimamente vinculada ao sexo (ao privilégio ou desprivilégio de gênero); à raça/etnia (à vivência ou não do racismo) (OLIVEIRA, 2004, p.58).

As concepções sobre determinantes sociais do processo saúde e doença, nos faz pensar que o recurso teórico da biologia não explica totalmente as desigualdades de saúde entre pessoas de diferentes raças. Existem outros fenômenos de caráter social envolvidos nas diferenças injustas do perfil de saúde nas diferentes raças. Daí as abordagens que assumem o racismo como determinante da saúde. Com efeito, com base nas relações

entre “raça” e “racismo”, o racismo seria uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas, suportes das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais. Visto deste ponto de vista, o racismo é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural (MUNANGA, 2003, p.07).

A construção de um campo de conhecimento em saúde denominado saúde da população negra é uma forma de trazer para a cena cotidiana a discussão sobre os elementos determinantes no processo de saúde/doença da maioria da população, muitas vezes negligenciados, e está inserido nas propostas de combate ao racismo. Compreende os elementos que caracterizam o processo de saúde e doença de indivíduos ou grupos descendentes de africanos, quais sejam:

O **racismo**, que influencia direta e indiretamente nossas condições de vida e saúde - ou seja, atua como determinante e condicionante da saúde. A nossa **vulnerabilidade diferenciada** a determinados agravos ou doenças. Nosso aprendizado e vivência das **culturas** e **tradições afro-brasileiras**, que nos trazem visões de mundo específicas e modos de agir que influenciam nossas visões e práticas de saúde (WERNECK, 2010, p.5).

O conceito em questão está ancorado em aspectos político, científico e cultural. Do ponto de vista político, das relações sociais que os indivíduos estabelecem no modo de produção capitalista, marcado pela exploração e, conseqüentemente, pelas oportunidades díspares que marcam essas relações, o racismo aparece representado sobremaneira como “importante determinante social de saúde e fator de vulnerabilidade da população negra ao reproduzir os ciclos de pobreza e discriminação” (FAUSTINO, 2010, p.15). Para melhor compreensão da necessidade de implantação de uma política pública com viés étnico-racial é preciso considerar o racismo em sua funcionalidade para o rebaixamento da qualidade de saúde da população negra.

Apesar da comprovação científica da inexistência de raças biologicamente constituídas (ALVES; FORTUNA; TORALLES 2005), o racismo está de tal modo arraigado na cultura brasileira que atua definitivamente como ferramenta de seleção para ascensão de determinados indivíduos aos espaços de poder e prestígio.

Diversos estudos produzidos por agências oficiais do Estado brasileiro apontam para a persistência das desigualdades entre brancos e negros no tocante ao usufruto da riqueza socialmente construída, nas condições de moradia, no acesso à educação, na alocação no mercado de trabalho, no poder de consumo. Esses itens podem ser medidos e são representados por indicadores sociais, desde que estejam adequados para esta leitura, observando as proposições teórico-metodológicas para o manejo desse instrumental técnico-operativo. Desse modo, ainda que a tradição política

brasileira negue a existência do racismo, encoberto pelo mito da democracia racial<sup>1</sup>, esse fica explícito ao verificarmos os dados estatísticos.

A crença silenciosa numa suposta convivência harmoniosa entre as raças<sup>2</sup> que deram origem ao povo brasileiro nos impede de perceber as desigualdades sociais engendradas pelo racismo. A miscigenação, uma característica do povo brasileiro, tantas vezes exaltada, é recorrente no discurso de algumas vertentes políticas que se ocupam em negar sistematicamente tal fato. A inexistência de raças biológicas não seria motivo para assumir que o racismo também não exista. No entanto, “a insignificância de raça como fator biológico não se converte mecanicamente em relações sociais igualitárias” (FAUSTINO, 2010, p.18) e segue-se supervalorizando traços fenótipos da classe dominante, sendo esses traços fortes determinantes para a consecução de uma vida que possamos chamar de digna. “O que se constata na prática é que nem a miscigenação brasileira nem as recentes afirmações destes setores em torno de um povo brasileiro homogêneo puderam garantir a igualdade de oportunidades entre os diversos grupos que compõem a nossa sociedade” (FAUSTINO, 2010, p.19).

As diversas formas de discriminação estão fortemente associadas aos fenômenos de exclusão social que dão origem à pobreza e são responsáveis pela superposição de diversos tipos

---

<sup>1</sup> Democracia racial, crença na convivência harmoniosa entre as raças que deram origem ao povo brasileiro. Significa a suposta inexistência de conflitos raciais no Brasil cf. Petrônio Domingues, 2005

<sup>2</sup> Ao final do século XX o conceito de raça passou a constituir um traço identitário voluntariamente assumido e ativamente construído; no lugar de um conceito opressor e negativamente discriminatório, um conceito voltado para a emancipação e para afirmação positiva de resistência à iniquidade (Ayres, 2007 *apud* FAUSTINO, 2010, p. 17).

de vulnerabilidade e pela criação de poderosas barreiras adicionais para que as pessoas e os grupos discriminados possam superar a pobreza e a exclusão social (ABRAMO, 2004, p. 18).

Recusar a ideia de um racismo patente em nossa sociedade não transforma a realidade. A recusa do óbvio é um impeditivo para as ações que visam sanar os problemas trazidos pelo racismo. A hipótese da inexistência do racismo tem sido o argumento utilizado por setores da nossa sociedade para a não implantação de políticas públicas de cunho compensatório, ignorando totalmente a denúncia do movimento negro brasileiro.

Decerto que esse posicionamento beneficia apenas um grupo social. O que está no controle dos espaços de poder, no comando das diretivas - a classe dominante - e que detém os meios de produção, e por isso, o poderio econômico, político e social. Ignorar a concretude do racismo reforça as prerrogativas de uma minoria que se mantém historicamente no poder por meio da dominação e exploração e desse modo esse discurso corrobora com a permanência das desigualdades sociais.

Uma pesquisa realizada pelo IPEA (2011) intitulada *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça* demonstra a diferença entre negros e brancos na cobertura a determinados itens considerados de extrema importância para a manutenção da vida das pessoas, que influenciam de modo contundente o processo saúde/doença. As desigualdades sociais e econômicas entre brancos e negros torna evidente a desigualdade racial e de gênero no acesso às políticas de seguridade social, demonstrando a exposição

desse grupo à riscos sociais. Historicamente os negros foram apartados do gozo dessas políticas ligadas à condição de empregabilidade, e as mulheres negras vêm a ser o grupo mais impactado nessa relação desigual.

Entre os anos de 1995 e 2009, verificou-se no Brasil a redução da pobreza e das desigualdades. Considerando as diferenças regionais, raciais e de gênero, o rendimento médio aumentou de forma generalizada. Os negros recebem em média 55% da renda percebida pelos brancos em 2009. Em 1995, a razão de renda era ainda menor (45%). A pirâmide social, esculpida pelas variáveis renda, sexo e raça, sofreu pequena alteração. Se, em 1995, os homens negros tinham rendimentos superiores aos das mulheres brancas, ao longo do tempo, passam a receber ligeiramente menos, tendência que se pronuncia a partir de 1999. Em 2009, à mulher branca correspondia 55% da renda média das mulheres brancas; para os homens negros, o percentual foi de 53%. No entanto, as mulheres negras, em que pesem o aumento da renda e a redução da desigualdade, permanecem bem isoladas na base da hierarquia social (sua renda média equivalia a 18% dos rendimentos percebidos pelos homens brancos, em 1995, e chega a 30,5% em 2009). Outro destaque é o incremento da participação dos negros nos decis superiores da distribuição de renda. Entre os 10% mais ricos, a participação da população negra, ainda que bastante inferior à da branca, passou de cerca de 15%, em 1995, para aproximadamente 24% em 2009. Ainda assim, a distribuição racial da riqueza é incontestável, e a população negra segue subrepresentada entre os mais ricos e sobrerrepresentada entre os mais pobres: em 2009, entre os 10% mais pobres da população, os negros correspondiam a 72%.

Em 2015 as distâncias entre os quatro grupos raciais não se alteram expressivamente. Apesar de, proporcionalmente, o rendimento das mulheres negras ter sido o que mais aumentou (80%), enquanto o dos homens brancos foi o que menos cresceu (11%), é possível observar a manutenção da mesma ordem do maior para o menor rendimento: homens brancos, mulheres brancas, homens negros, mulheres negras.

A proporção da população sem renda própria ilustra uma dinâmica interessante ao longo das últimas décadas. Neste caso, a desigualdade de gênero é bastante evidente, fazendo com que, entre as mulheres, seja muito maior a proporção de pessoas sem renda, o que está diretamente relacionado à menor participação feminina no mercado de trabalho. Percebe-se, no entanto, uma redução importante nessa proporção ao longo do período analisado: entre as mulheres negras, por exemplo, 46,7% não possuíam renda própria em 1995, comparada a 27,3% em 2015. Esta redução possivelmente se deve à ampliação do acesso a benefícios assistenciais especialmente por parte das mulheres.

Na educação houve um aumento de dois anos na média de anos de estudo entre 1995 e 2009 na população de 15 anos ou mais de idade, passando de 5,5 anos para 7,5 anos, porém, em 2009 os/as negros/as tinham 6,7 anos de estudos, contra 8,4 anos da população branca;

Os últimos anos consolidaram a vantagem das mulheres em relação aos homens no campo educacional. Certamente, há de se observar as demais características, como cor/raça, local de moradia, idade e renda, que diferenciam as possibilidades dos grupos de mulheres e de homens de

acessarem e permanecerem na escola. Um dos indicadores selecionados é a taxa de analfabetismo, que vem caindo de maneira importante no Brasil nas últimas décadas, mas que ainda não atingiu os patamares ideais e, nesse caso, apresenta um diferencial racial importante: em 2015, entre as mulheres com 15 anos ou mais de idade brancas, somente 4,9% eram analfabetas; no caso das negras, este número era o dobro, 10,2%. Entre os homens, a distância é semelhante. Se examinarmos a escolaridade das pessoas adultas, salta aos olhos também o diferencial de cor/raça. Apesar dos avanços nos últimos anos, com mais brasileiros e brasileiras chegando ao nível superior, as distâncias entre os grupos perpetuam-se. Entre 1995 e 2015, duplica-se a população adulta branca com 12 anos ou mais de estudo, de 12,5% para 25,9%. No mesmo período, a população negra com 12 anos ou mais de estudo passa de inacreditáveis 3,3% para 12%, um aumento de quase 4 vezes, mas que não esconde que a população negra somente agora atinge o patamar de vinte anos atrás da população branca.

Os números mostram que a população de mais baixa renda e os negros são majoritariamente SUS-dependente, pois a maior parte dos atendimentos se concentra em usuários/as com faixa de renda entre um quarto e meio salário mínimo e os atendimentos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à população negra representam 67% do público total atendido. Embora a maior parte do atendimento seja acessado pela população negra, a qualidade dos serviços ofertados pelo SUS é desigual, como no caso da saúde da mulher. O percentual de mulheres brancas com 40 anos ou mais que, em 2008, havia realizado exame clínico de mamas foi de 45,1%, e, para aquelas que

realizaram mamografia, foi de 40,2%. Já para as mulheres negras na mesma faixa etária, este percentual foi de 33,1% e 28,7%, respectivamente.

No Brasil, a proporção de idosos que recebe algum benefício da previdência ou assistência social é uma das mais altas da América Latina. Em 2009, de acordo com a PNAD, 77,4% da população idosa recebia algum benefício. No período analisado, chama atenção o fato de só as mulheres brancas terem apresentado evolução positiva neste indicador. Em 1995, 71,4% delas recebiam algum benefício previdenciário ou assistencial, passando para 75,4% em 2009. Homens brancos e negros e mulheres negras apresentaram praticamente o mesmo percentual nos dois anos considerados nesta análise;

Em 2006, 70% dos domicílios beneficiários do programa de transferência de renda Bolsa Família eram chefiados por negros (IPEA, 2011).

Nota-se que, a despeito do avanço na melhoria da qualidade de vida da população negra, ainda persiste significativa desigualdade em relação à população branca. Esses indicadores apontam para o processo moroso de superação dessa realidade.

## **1.2. A vulnerabilidade diferenciada da população negra**

Segundo Ayres et al (1999) a concepção de vulnerabilidade tematiza o processo saúde-doença com vistas a embasar as práticas de saúde. Ela possui três planos interdependentes de apreensão na relação entre indivíduo e coletividade: a vulnerabilidade individual; a do contexto social ou vulnerabilidade social; e a vulnerabilidade programática, das políticas de saúde.

Segundo esta formulação a vulnerabilidade refere-se à chance de adoecimento como resultado do conjunto de aspectos relacionados ao indivíduo na sua relação com o coletivo. Portanto, assume que o contexto e a disponibilidade de recursos estão na origem dos problemas de saúde.

Assim, a vulnerabilidade individual é caracterizada principalmente pela qualidade da informação sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática. A vulnerabilidade social trata do potencial para a obtenção de recursos cognitivos e materiais, do acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde e do poder de participar de decisões. A vulnerabilidade programática consiste na avaliação das políticas de saúde para responder ao controle de enfermidades, incluindo o compromisso das instituições, os recursos, a gerência e o monitoramento dos diferentes níveis de atenção.

A vulnerabilidade diferenciada da população negra para o agravo em saúde é resultante da somatória das condicionantes individuais, com condicionantes social, econômica e cultural. Os efeitos deletérios dessa interação ganha maior profundidade com a interpenetração entre classe social, sexo/gênero, que são agravadas pela ausência de acesso às políticas sociais.

A população negra brasileira é particular; do ponto de vista individual, não corresponde a nenhuma outra população de qualquer parte do mundo. O conhecimento a respeito dos aspectos ligados à população negra no Brasil, incluindo as doenças, podem ter características próprias, diversas daquelas observadas, quer na África, quer em outros países da América ou da Europa.

No entanto, os estudos que analisam a população afro-brasileira ainda são escassos (Fátima Oliveira, 2003).

Existem doenças e/ou condições observáveis com maior frequência no conjunto da população negra em comparação a outros grupos raciais. Algumas evitáveis e que podem ter seus efeitos atenuados, aumentando a sobrevida.

Segundo o Ministério da Saúde, 55% dos casos registrados de Aids em 2016 ocorreram em pessoas negras e 43,9% em brancas. Os óbitos pela doença também afetam mais negros (58,7%) que brancos (40,9%). No mesmo ano, 38,5% das notificações de sífilis adquirida ocorreram entre pessoas brancas e 42,4% em negras. Das gestantes diagnosticadas com sífilis, 59,8% eram negras e 30,6% brancas.

Em relação à raça/cor das mães das crianças com sífilis congênita, as negras foram mais que o dobro (65,1%) das brancas (25,0%). A hanseníase, doença infecciosa causada por bactéria cuja transmissão está relacionada a condições precárias de moradia e higiene, em 2014, teve 31.064 casos notificados, mais de dois terços (21.554) na população negra. Nos registros de tuberculose, no mesmo ano, 57,5% das pessoas que apresentaram a doença eram negras.

Em relação aos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, Malta et al (2015) encontraram maior proporção de atividade física no trabalho e no domicílio – atividades menos saudáveis –, e menor atividade física no lazer, bem como menor consumo de frutas e hortaliças na população negra. Os autores explicam os resultados encontrados recorrendo

aos aspectos culturais e às diferenças que determinam menor acesso a bens e menor oportunidade.

Para Brito et al (2001) a prevalência de diabetes mellitus é maior para pessoas que se auto identificam como sendo de pele escura, mesmo após o ajuste para idade e IMC.

Embora a diferença racial para circunferência abdominal tenha diminuído ao longo do tempo, sua prevalência ainda é maior em mulheres autodeclaradas pardas/pretas (Alves e Faerstein, 2016).

A formação da sociedade capitalista brasileira e o modo como o negro se insere nessa sociedade tem muito a dizer sobre seu adoecimento. Os efeitos nocivos da tentativa de adequação a um ambiente de escasso acesso aos direitos de cidadania e à riqueza social é fator preponderante da vulnerabilidade diferenciada dessa população. Sobretudo, é indispensável para o entendimento das determinações sócio históricas do processo de morbimortalidade desse grupo.

Um dos poucos esforços nesta direção é o de Zago (1996). Seu modelo-referência de explicação do conjunto das doenças, agravos e condições mais frequentes em saúde que acometem a população negra consta no Documento Final da Mesa Redonda sobre a Saúde da População Negra, (Ministério da Saúde, 1996). O autor aponta quatro blocos de doenças.

O primeiro bloco é o grupo das doenças geneticamente determinadas. Ou seja, são doenças que têm berço hereditário, ancestral e étnico. Nesse grupo, destaca-se a anemia falciforme por ser uma doença hereditária de alta

prevalência, decorrente de mutação genética e uma forma de deficiência de enzima hepática, a glicose-6-fosfato desidrogenase. As doenças geneticamente determinadas são resultado do processo de adaptação a ambientes adversos. Embora sejam classificadas como biológicas e, portanto, não sejam desencadeadas por fatores sociais, tem o seu agravamento ocasionado pelas péssimas condições de vida em que a população negra se encontra.

O segundo bloco é o conjunto de ocorrências, condições, doenças e agravos adquiridos, derivados de condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, além da intensa pressão social: alcoolismo, drogadição, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtornos mentais.

O terceiro bloco é constituído por doenças que afetam também outros grupos raciais/étnicos, porém manifestam-se de forma mais grave ou de tratamento mais difícil quando acometem pretos e pardos. Estas afecções são agravadas pelo escasso acesso ao tratamento e pelas condições de vida precárias. São elas a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e suas consequências – as nefropatias, as retinopatias e as amputações –, as coronariopatias e os cânceres.

O quarto bloco é constituído pelas doenças resultantes de alterações provocadas por condições socioeconômicas negativas em processos fisiológicos de crescimento, gravidez, parto e envelhecimento.

A maioria das doenças mais prevalentes na população negra tem origem social, ligada à pobreza. O acesso aos serviços de saúde é mais difícil e o uso de meios diagnósticos e terapêuticos é mais precário, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil (MS, 2001).

De modo geral, a saúde da população negra ainda é pouco explorada na área das ciências da saúde. Estudos que considerem simultaneamente cor, gênero e nível socioeconômico são ainda mais raros. Sabemos que mulheres negras constituem o segmento populacional com as maiores desvantagens materiais e simbólicas na sociedade.

Dentre os diversos problemas de saúde que acometem a população negra de forma específica e iniqua, destaca-se no presente trabalho a obesidade, por sua íntima relação com a transição epidemiológica e nutricional e por constituir um importante fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis.

Várias pesquisas sobre obesidade demonstraram a relação do ganho de peso com fatores socioeconômicos e ambientais, bem como sua consequente relação com o aumento das DCNT nas camadas mais pauperizadas da população. Embora sejam raros os estudos sobre a relação entre obesidade e raça/cor, observa-se grande prevalência das DCNT na população negra, indicando que também os fatores de risco devem se distribuir de forma diferente entre as raças. Deste modo, a pesquisa sobre obesidade segundo raça/cor tem potencial para compreender a determinação social desta afecção.



### 1.3. Obesidade

Embora a obesidade não seja um fenômeno exclusivo de um segmento populacional, ela apresenta uma frequência maior entre os extratos com rendimentos econômicos mais baixos e com menos tempo de estudo. Considerada uma epidemia em escala mundial, acomete todas as faixas etárias, bem como não faz distinção de sexo, raça ou classe social, embora existam particularidades no processo de ganho de peso de cada indivíduo ou grupo, pois há associação entre o consumo alimentar, a prática de atividades físicas com o status socioeconômico dos indivíduos (Vigitel, 2014).

A obesidade é caracterizada pelo excesso de tecido adiposo no organismo. Considera-se como excesso de peso o indivíduo com IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>, e o indivíduo obeso com IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>. O IMC -Índice de Massa Corpórea- é calculado pela fórmula peso em quilos (kg) divididos pelo quadrado da altura em metros (m). O IMC é o método não invasivo mais utilizado para diagnosticar a obesidade (WHO, 2000).

A emergência dos estudos sobre obesidade decorre da influência desta para o conjunto de doenças crônicas não transmissíveis. O excesso de gordura corporal, além de constituir fator de risco para doenças como dislipidemias, doenças cardiovasculares, *diabetes melitus* tipo II e alguns tipos de cânceres, pode ser um complicador para a saúde das pessoas, acarretando outros prejuízos como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e sobrecarga do aparelho locomotor.

Em 2008, ocorreram 57 milhões de mortes no mundo das quais 63% foram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% são de pessoas com menos de 60 anos. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2011). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis também constituem um dos principais problemas de saúde pública, causa de mortalidade e de incapacidade prematura, responsáveis por 72% das causas dos óbitos (MS, 2001).

Enquanto desordem nutricional, a obesidade é determinada por múltiplos fatores, dentre eles a origem social, econômica e cultural. Além disso, a obesidade tem relação com o modo de vida das pessoas, com a mudança no padrão de consumo alimentar ao longo do tempo e com a inatividade física (PINHEIRO et al, 2004). Esse fenômeno afeta os países de maneira diferente. A epidemia de sobrepeso e obesidade atinge atualmente cerca de 30% da população mundial, das quais mais da metade estão em países em desenvolvimento. Nos Estados Unidos, a tendência de obesidade vem se afirmando paulatinamente. Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição 2015-2016 (NHANES) indicam que cerca de 39,8% dos adultos norte-americanos com 20 anos ou mais têm obesidade, incluindo 7,6% com obesidade grave e outros 31,8% com excesso de peso (FRYAR et al, 2018).

No Brasil, o número de pessoas com excesso de peso ou obesidade também vem aumentando significativamente, chegando a 23% (Vigitel, 2014). Nos últimos 20 anos, a população brasileira tem trocado os altos índices de

desnutrição pelos de sobrepeso e obesidade. Essa transição nutricional é o reflexo de um processo de transformação histórica, econômica e social, está presente em todos os aspectos da vida do brasileiro, sobretudo na alimentação (OLIVEIRA, 2008).

Segundo pesquisa Vigitel (2014) o número de pessoas entre a população adulta que apresenta excesso de peso é de 52,5%, e 17,9% estão obesas. Entre os homens o sobrepeso tem uma prevalência maior, 56,5% enquanto entre as mulheres esse percentual é de 49,1%. Já a taxa de obesidade não apresenta uma grande diferença entre os dois sexos, sendo 17,9% para a população masculina e 18,2% para a feminina.

Os resultados do estudo Vigitel (2014) destacam a relação inversa entre obesidade e o nível de escolaridade da população. Isto é, à medida que diminuem os anos de estudos a proporção de obesidade e sobrepeso aumenta. Entre aqueles que estudaram 12 ou mais anos, o percentual de pessoas obesas é de 12,3% e o de sobrepeso 45%. Quando o nível de escolaridade varia entre zero e oito anos de estudo a quantidade de pessoas obesas e com sobrepeso passa para 22,7% e 58,9%, respectivamente.

Embora o sobrepeso ocorra em todas as classes sociais é entre os estratos sociais menos favorecidos que o problema se concentra. Um estudo da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica (Covidien, 2014) salienta que a possibilidade de consumo de novos produtos atribuída a classe C - classe por faixa de rendimento - colabora para o ganho de peso de forma mais expressiva. O poder de consumo das camadas populares aumentou, porém isso não se traduziu em hábitos de vida saudáveis, enquanto nas classes de

poder de consumo mais alto os índices de obesidade tiveram declínio e as pessoas relataram uma melhor educação alimentar.

Os estudos sobre os determinantes sociais da obesidade destacam a influência do gênero e do status socioeconômico no padrão de desenvolvimento desse agravo. Monteiro et al (2001) avaliaram os efeitos independentes de renda e educação nas populações vivendo na região mais desenvolvida (sudeste) e na região menos desenvolvida (nordeste) do Brasil no risco de obesidade.

Segundo estes autores, o risco de obesidade nos homens aumentou fortemente com a renda nas duas regiões. O nível de educação não influenciou o risco de obesidade masculina na região menos desenvolvida, mas, na região mais desenvolvida, os homens com melhor escolaridade tiveram uma chance ligeiramente menor de serem obesos. Na região menos desenvolvida, a obesidade em mulheres foi fortemente associada a ambos, renda (associação direta) e educação (associação inversa). Na região mais desenvolvida, apenas a educação das mulheres influenciou o risco de obesidade, e a associação entre as duas variáveis foi inversa e forte como na região menos desenvolvida. Os achados deste estudo revelam um cenário que está longe do que é geralmente admitido para a distribuição social da obesidade nos países em desenvolvimento. Eles indicam que nas sociedades em transição a renda tende a ser um fator de risco para a obesidade, enquanto a educação tende a ser protetora e que tanto o gênero quanto o nível de desenvolvimento econômico são modificadores relevantes da influência exercida por essas variáveis.

Como observou Prata (1992) o perfil de morbimortalidade pode ser considerado um indicador relativamente sensível das condições de vida e do modelo de desenvolvimento de uma população, sendo o resultado da interação de diversos fatores interdependentes. Desde os últimos 40 anos do século XX o Brasil vem vivenciando mudanças estruturais profundas que se refletem no perfil do processo de adoecimento e morte, a saber, a transição epidemiológica caracterizada pela mudança do perfil de morbi-mortalidade onde predominavam mortes por doenças infecciosas, cedendo lugar para as doenças crônicas não transmissíveis. A transição tem como alicerces o declínio das taxas de fecundidade, natalidade e o estreitamento da pirâmide etária (transição demográfica) e a mudança nos padrões de alimentação (transição nutricional) (OPAS).

## 2. JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre o processo saúde e doença que avaliam raça como determinante social de saúde são escassos, daí a necessidade de pesquisas que contemplem as questões étnico-raciais.

A obesidade é considerada uma epidemia em escala mundial e acomete ambos os sexos, todas as faixas etárias e classes sociais. No entanto, ela apresenta perfil distinto segundo os estratos de rendimentos e escolaridade. Portanto, é plausível a hipótese de que a obesidade se distribui diferentemente na população considerada segundo a cor da pele. Apesar de não ter respaldo teórico da biologia e da genética, raça tem sido uma forma de classificação e hierarquização dos seres humanos, constituindo formas diferenciadas de acesso aos direitos de cidadania e constituindo o que tem sido nomeado como racismo.

A ocorrência das doenças e agravos à saúde tem sua origem nos determinantes sociais, com especial destaque para o racismo.

A concepção de saúde da população negra incorpora as visões de saúde construídas a partir do conhecimento científico da biologia conjugado com saberes oriundos de outras áreas da ciência como a sociologia e a antropologia. Tais saberes em diálogo constante fornecem subsídios para o desenvolvimento de ferramentas que possibilitam conhecer a realidade social dessa parcela da população com acesso precário a bens e serviços.

### **3. OBJETIVO**

Mapear na literatura científica a extensão, o alcance e a natureza da relação entre obesidade e raça, sistematizando o conhecimento com a finalidade de contribuir para a promoção da saúde integral.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Tipo de estudo

O presente trabalho utilizou como procedimento metodológico o *Scoping review*, (ou revisões de escopo), revisão de literatura amplamente utilizada para mapear literatura no campo de interesse.

Revisões na área de saúde são essenciais para sintetizar o conhecimento e informar gestores e pesquisadores para a prática. Seu intuito é propiciar a melhor decisão; favorecer o planejamento, a administração e a definição de políticas, programas e novas estratégias de pesquisa (ARKSEY; O'MALLEY, 2005, p.7)

A revisão de escopo trata de uma síntese de conhecimento que segue uma abordagem sistemática para mapear evidências sobre um tópico e identificar os principais conceitos, teorias, fontes e lacunas de conhecimento. Visto que uma questão de *scoping review* pode ter um amplo alcance, a abordagem também pode ser abrangente. O processo de mapeamento traz a amplitude e profundidade de um campo (LEVAC *et al.*, 2010, p.2).

A realização de uma revisão de escopo deve ser conduzida de forma rigorosa e transparente, as etapas realizadas devem ser bem documentadas, a fim de tornar o procedimento replicável por outros pesquisadores. “O processo não é linear, mas iterativo, exigindo pesquisadores envolvidos em cada etapa de maneira reflexiva e, quando necessário, repetir os passos para garantir que a literatura seja coberta de uma forma abrangente” (ARKSEY; O'MALLEY, 2005, p.7).

A revisão de escopo se justifica pela necessidade de responder questões que perpassam os domínios que:

1. Examinam a extensão, alcance e natureza da atividade de pesquisa;
2. Determinam o valor de empreender uma revisão sistemática completa;
3. Resumem e divulgam os resultados da pesquisa;
4. Identificam lacunas de pesquisa na literatura existente.

Arksey e O'Malley (2005), tipificam o estudo de escopo como revisão de literatura. Os autores visam esclarecer quando um estudo de escopo pode ser um método apropriado a ser adotado e como pode ser conduzida a realização deste tipo de revisão de literatura. O método é definido em cinco etapas descritas a seguir:

**Quadro 1 – Etapas da Revisão de Escopo**

<b>Identificar a questão de pesquisa</b>	<b>Procurar estudos relevantes</b>	<b>Selecionar estudos</b>	<b>Mapear os dados</b>	<b>Agrupar, resumir e relatar os resultados.</b>
Identificar a pergunta que guiará os passos para a busca, a pergunta deve ser abrangente para garantir amplitude	Para garantir a cobertura de revisão de escopo, deve-se fazer a busca dos estudos primários em diferentes fontes, além das bases de dados, e estudos de natureza metodológica diversa como estudos qualitativos e quantitativos, publicados em periódicos ou na literatura cinza podem ser levantados.	A seleção de estudos atende aos critérios de seleção e exclusão estabelecidos pelo autor (a) de acordo com seu objetivo	Os achados são interpretados para mapear elementos essenciais	Apresenta-se uma visão geral dos resultados

Fonte: Adaptado de Arksey e O'Malley (2005)

## 4.2. Questão da pesquisa

Conforme o protocolo de pesquisa apresentado no Anexo I, este trabalho formulou a pergunta por meio da estratégia **PEOD**, adaptada do acrônimo **PICO** para a elaboração de uma pergunta de pesquisa com base em investigações observacionais. A estratégia PEOD está alinhada ao objetivo do estudo através da lente do *scoping review*.

**População:** população específica, bem como situação clínica incluída nos estudos primários.

**E** Exposição: definição da exposição de interesse investigada.

**O** Desfecho (Outcome): desfechos de interesse para investigação da exposição.

**D** Delineamento: delineamento do estudo utilizado para investigar o efeito da exposição no desfecho de interesse.

A questão da presente pesquisa foi: qual o conhecimento científico a respeito da relação entre raça e obesidade em mulheres negras com vistas a contribuição para promoção integral da saúde? De outra forma: existem disparidades raciais no desenvolvimento da obesidade feminina?

Para efeito desta pesquisa o **PEOD** foi definido da seguinte forma:

**População:** mulheres

**Exposição:** raça

**Outcome:** obesidade.

**Delineamento:** estudos observacionais.

#### **4.3. Estratégia de busca para identificação dos estudos**

O levantamento bibliográfico teve como intuito a identificação de estudos publicados que foram buscados nas bases de dados e na literatura cinza que reúne livros, teses e dissertações. Consultamos seis bases de dados na área da saúde e de outras áreas do conhecimento que dialogam com a saúde. As bases de dados são: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, CINAHL, HINARI e SCOPUS.

Quadro 2 – Bases de dados pesquisadas

Base de Dados	Site	Âmbito
MEDLINE	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a>	Literatura Biomédica e Saúde
EMBASE	<a href="http://www.embase.com/">www.embase.com/</a>	Literatura Biomédica e Saúde
WEB OF SCIENCE	<a href="http://apps.webofknowledge.com">http://apps.webofknowledge.com</a>	Transdisciplinar (Ciências, ciências sociais, artes e humanidades)
CINAHL	<a href="http://www.ebscohost.com/cinahl/">www.ebscohost.com/cinahl/</a>	Enfermagem e Saúde
HINARI	<a href="http://www.who.int/hinari/en/">http://www.who.int/hinari/en/</a>	Literatura Biomédica e Saúde
SCOPUS	<a href="https://www.elsevier.com/solutions/scopus">https://www.elsevier.com/solutions/scopus</a>	Base de dados de citações e resumos avaliados por pares

Fonte: elaboração própria

A data limite das publicações utilizadas foi o período de 11 anos compreendido entre os anos de 2007 e 2018. Os descritores estão relacionados com cada componente do PEOD (obesity or overweight) and (race or black woman or african). Os termos de busca seguiram as normas definidas por cada base de dados, levando em conta suas diferentes formas de indexação e respectivos vocabulários (MeSH – MEDLINE; DeCS – LILACS; Emtree – EMBASE; dentre outros).

Para aumentar a sensibilidade e a especificidade da busca usamos os operadores booleanos AND (delimitador) e OR (aditivo), bem como os filtros disponibilizados nas bases de dados. O operador NOT (excludente) não foi utilizado. A busca foi complementada com a leitura das referências dos estudos selecionados. Para encontrar a literatura cinza, teses, dissertações e livros foram buscados nas bibliotecas das universidades mais expressivas. Trabalhos duplicados foram eliminados usando o programa *Endnote*.

A fim de garantir a abrangência, própria da *scoping review*, a coleta utilizou os seguintes descritores (portal PubMed):

```
("obesity"[MeSH Terms] OR "obesity"[All Fields]) OR ("overweight"[MeSH Terms] OR "overweight"[All Fields]) AND ("African Continental Ancestry Group"[All Fields] OR ("continental population groups"[MeSH Terms] OR ("continental"[All Fields] AND "population"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "continental population groups"[All Fields] OR "race"[All Fields])) AND ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields]).
```

#### **4.4. Critérios de elegibilidade**

Critérios de inclusão:

- Artigos que relataram estudos observacionais cujos objetivos principais foram avaliar as disparidades raciais no desenvolvimento da obesidade feminina

Critérios de exclusão:

Foram excluídos os estudos que avaliaram raça e obesidade em relação a:

- Comorbidades (câncer, demência, depressão, etc);
- Técnicas de diagnóstico e rastreamento;
- Prognóstico clínico;
- Tratamentos e intervenções
- Causas genéticas e bioquímicas
- Estratégias de prevenção.
- Fisiologia e patogenia

#### **4.5. Seleção**

A seleção foi realizada por dois pesquisadores em três etapas: na primeira triagem os artigos foram selecionados pela leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos e pela leitura integral. As discordâncias entre as duas buscas iniciais foram arbitradas por um terceiro pesquisador.

#### **4.6. Extração dos dados**

Foram extraídos os seguintes dados de cada artigo selecionado:

- - Ano de publicação
- - País da população estudada
- - Periódico da publicação
- - Definição e classificação de raça
- - Definição de obesidade
- - Metodologia (se qualitativa ou quantitativa)
- - Instrumento de coleta de dados
- - Medida de efeito
- - Conclusão de cada artigo a respeito das diferenças raciais da obesidade em mulheres

#### **4.7. Análise**

A sistematização dos dados foi realizada em função da natureza do problema formulado, bem como da preocupação inicial, buscando compreender a relação entre raça e obesidade com vistas a formulação de ações de prevenção e promoção da saúde.

Foi realizada análise narrativa a partir da leitura em profundidade de cada artigo selecionado, buscando-se identificar semelhanças e diferenças. As semelhanças foram consideradas consensos científicos sobre o tema e as

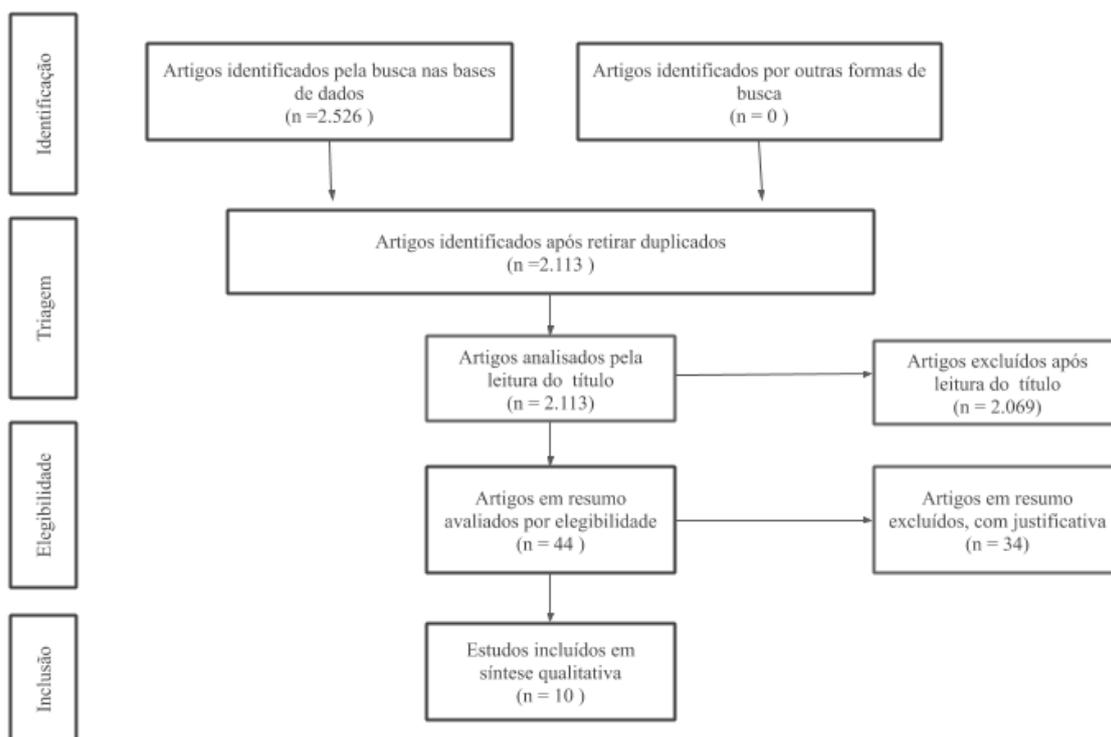
diferenças foram descritas de acordo com cada ponto de vista, com a população de estudo e com os demais aspectos específicos do problema em estudo, procurando contemplar e contrastar os argumentos científicos apresentados para cada controvérsia.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Informações gerais sobre as publicações

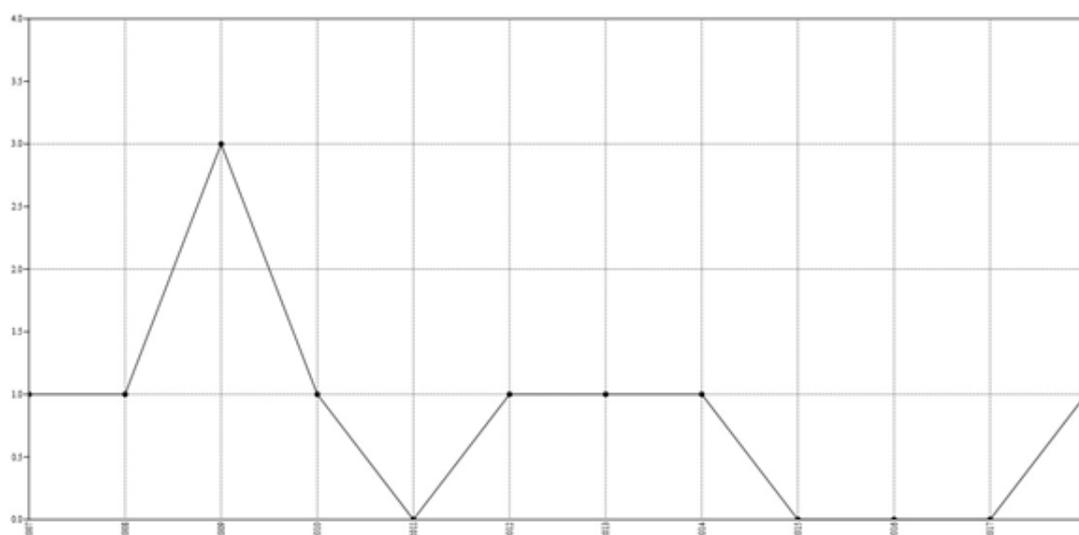
Para efeito da revisão de escopo, apresentamos dados bibliométricos quantitativos dos nossos achados contendo as informações dos artigos eleitos para este trabalho. Na fase de identificação, foram levantadas 2.526 publicações. Em seguida, na triagem, 413 publicações foram eliminadas por aparecer em duplicidade, restando, assim, 2.113 artigos para leitura dos títulos. Seguindo critérios de exclusão pré-estabelecidos, foram eliminados após leitura dos títulos, 2.069 artigos. Justificados nesses critérios, 44 artigos foram selecionados para leitura dos resumos, sendo que destes, 34 artigos foram eliminados e 10 artigos foram submetidos para a apreciação completa, todos publicados em língua inglesa.

Dentre os artigos analisados, 9 são de autores vinculados a instituições estadunidenses, dos quais 1 artigo foi produzido em parceria com uma universidade francesa, e, 1 artigo produzido por uma instituição brasileira de pesquisa vinculada ao Ministério da Saúde. Todos os estudos derivam de pesquisas quantitativas. Usando método estatístico de análise, *odds ratio* foi a principal medida de efeito apresentada. Para a coleta de dados, os estudos utilizaram questionário, entrevistas e grupos focais. Em todos os artigos analisados o IMC foi calculado como peso em quilogramas dividido pela altura em metros quadrado.



**Figura 1 – Fluxograma PRISMA**  
**Fonte: PRISMA 2009 Flow Diagram**

Quanto ao ano de publicação, os estudos selecionados estão distribuídos conforme figura abaixo.



**Figura 2 – Distribuição dos artigos sobre obesidade e raça ao longo do tempo**

**Fonte: elaboração própria**

O gráfico apresenta o volume de publicações de artigos sobre obesidade e raça ao longo do período de 11 anos, de 2007 a 2018. Em 2007 e 2008, houveram duas publicações a respeito do tema. Em 2009, houve o pico de publicações, triplicando a quantidade em relação aos dois primeiros anos. Os outros 8 anos da série apresentaram uma publicação em 2010, 2012, 2013, 2014 e 2018, Entre os anos de 2014 e 2018 verifica-se um longo período sem publicações.

**5.2. Caracterização dos artigos incluídos na revisão**

**Quadro 3 – Relação de publicações que constituíram o material empírico**

Artigo	Título	Autores	Publicação	País
A1	The association between obesity and race among Brazilian adults is dependent on sex and socio-economic status	Marina Campos Araujo, Valéria Troncoso Baltar, Edna Massae Yokoo, Rosely Sichieri	Public Health Nutrition	Brasil

A2	Black-white disparities in overweight and obesity trends by educational attainment in the United States, 1997-2008	Jackson, C. L. Szklo, M. Yeh, H. C. Wang, N. Y. Dray-Spira, R. Thorpe, R. Brancati, F. L.	Journal of Obesity	Estados Unidos/França
A3	Do Socioeconomic Gradients in Body Mass Index Vary by Race/Ethnicity, Gender, and Birthplace?	Sanchez-Vaznaugh, E. V. Kawachi, I. Subramanian, S. V. Sanchez, B. N. Acevedo-Garcia, D.	American Journal of Epidemiology	Estados Unidos
A4	Lifecourse socioeconomic position and weight change among blacks: The Pitt County Study	Bennett, G. G. Wolin, K. Y. James, S. A.	Obesity	Estados Unidos

A5	Long Term Trends and Racial/Ethnic Disparities in the Prevalence of Obesity	Wong, R. J. Chou, C. Ahmed, A.	J Community Health	Estados Unidos
A6	Obesity, race/ethnicity and lifecourse socioeconomic status across the transition from adolescence to adulthood	Scharoun-Lee, M. Kaufman, J. S. Popkin, B. M. Gordon-Larsen, P.	J Epidemiol Community Health	Estados Unidos
A7	Racial disparities in the risk of developing obesity-related diseases: A cross-sectional study	Zhang, H. Rodriguez-Monguio, R.	Ethnicity & Disease	Estados Unidos

A8	Racial/ethnic differences in Body Mass Index: the roles of beliefs about thinness and dietary restriction	Vaughan, C. A. Sacco, W. P. Beckstead, J. W.	journal homepage: <a href="http://www.elsevier.com/locate/bodyimage">www.elsevier.com/locate/bodyimage</a>	Estados Unidos
A9	Social context explains race disparities in obesity among women	Bleich, S. N. Thorpe, R. J., Jr. Sharif-Harris, H. Fesahazion, R. Laveist, T. A.	J Epidemiol Community Health	Estados Unidos
A10	Social disparities in BMI trajectories across adulthood by gender, race/ethnicity and lifetime socio-economic position:1986-2004	Clarke, P. O'Malley, P. M. Johnston, L. D. Schulenberg, J. E.	International Journal of Epidemiology	Estados Unidos

Fonte: elaboração própria

### 5.3. Descrição dos artigos

**Artigo 1** - A associação entre obesidade e raça entre adultos brasileiros depende do sexo e do status socioeconômico.

Araújo *et al.* (2018) verificaram a associação entre raça e nível socioeconômico com a obesidade em brasileiros adultos. Por meio de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, foram avaliadas 80.702 respostas de adultos com idades entre 20 e 65 anos.

Os autores apontam uma prevalência de obesidade de 14,9%, que varia segundo o nível socioeconômico. Homens e mulheres pretos apresentam aumento da obesidade com o aumento do nível socioeconômico enquanto mulheres pardas e brancas apresentaram diminuição com o aumento da riqueza. A interação entre raça e nível socioeconômico foi estatisticamente significativa.

A classificação racial foi baseada na cor da pele autorreferida, conforme definição do IBGE. Foram analisadas apenas as populações branca, preta e parda.

**Artigo 2** - Disparidades entre negros e brancos nas tendências de sobrepeso e segundo nível educacional nos Estados Unidos, 1997–2008.

Partindo da constatação de que poucos estudos avaliam as diferenças raciais e educacionais nas análises de tendência de pesquisas populacionais, Jackson e Szklo (2013) determinaram as tendências da média de IMC segundo nível educacional e as razões de prevalência segundo a raça branca e negra para sobrepeso e obesidade.

Foram utilizados dados de amostra representativa, com 174.228 adultos nascidos nos Estados Unidos (*National Health Interview Survey* de 1997 a 2008 e a classificação racial considerou brancos não hispânicos e negros não hispânicos.

Enquanto a prevalência de obesidade aumentou em todos os grupos raciais estudados de 1971 a 2000, as mulheres brancas tiveram uma clara associação inversa entre obesidade e escolaridade ao longo do tempo. Homens brancos no grupo de baixo nível socioeconômico experimentaram uma diminuição na obesidade de 1999 a 2002.

Os autores concluem que o IMC aumentou de forma constante em todos os grupos raciais e educacionais de 1997 a 2008, e que os negros, particularmente as mulheres, tiveram aumento de IMC maior do que seus pares brancos. As tendências de sobrepeso / obesidade e as disparidades raciais foram mais proeminentes entre os indivíduos com níveis mais altos de educação, em comparação com os de menor nível de escolaridade. Para participantes de todos os níveis de escolaridade, o sobrepeso / obesidade ajustado à idade foi maior em mulheres negras quando comparadas com as mulheres brancas.

**Artigo 3** - Os gradientes socioeconômicos no índice de massa corporal variam de acordo com raça / etnia, gênero e local de nascimento?

Sánchez-Vaznaugh et al destacam que o gradiente socioeconômico negativo no índice de massa corporal de mulheres em sociedades desenvolvidas é bem documentado, e que a presença e a força do gradiente

são menos consistentes entre os homens. Os autores ressaltam que a relação entre nível socioeconômico e IMC das minorias raciais/étnicas e entre os imigrantes é menos clara.

Usando dados do *Califórnia Health Interview Survey* de 2001, uma amostra transversal representativa de 37.150 adultos da Califórnia, os autores examinaram se a relação entre o nível socioeconômico e o IMC em quatro grandes grupos raciais / étnicos dos EUA por sexo e local de nascimento.

Os autores encontraram marcada diferença segundo a raça/etnia. Dentro dos grupos raciais a relação entre SES e IMC variou segundo gênero.

Houve um gradiente educacional negativo no IMC entre mulheres brancas e hispânicas, mas não houve padrões claros entre mulheres negras e asiáticas. Independentemente da raça / etnia, houve um claro gradiente negativo na relação entre renda e IMC nas mulheres. No entanto, as mesmas relações foram consideravelmente menos discerníveis nos homens.

O estudo demonstrou um efeito diferente na relação entre educação e IMC segundo local de nascimento nos homens asiáticos e hispânicos, bem como um efeito diferente entre a relação da renda e IMC entre homens hispânicos

Os autores concluem que o estudo das disparidades sociais do IMC nos EUA exige consideração simultânea de raça / etnia e SES, e também de condição de migração.

**Artigo 4 - Posição Socioeconômica e Mudança de Peso entre os Negros:**  
Estudo do Condado de Pitt

Bennett et al (2007) destacam que mais de 32% da população dos EUA é atualmente obesa. A prevalência crescente da doença afetou de maneira desproporcional os negros. As estimativas sugerem que mais de 45% da população negra não hispânica é obesa (em comparação com 30% dos brancos não hispânicos), e a maior prevalência é observada entre as mulheres negras.

A elevada prevalência de obesidade entre os negros norte-americanos tem sido atribuída à baixa posição socioeconômica (SEP). Com o objetivo de verificar se a baixa SEP em vários estágios do ciclo da vida influencia diferentemente a mudança do IMC na infância e na idade adulta, os autores avaliaram 1167 adultos negros no Estudo de Pitt County, onde foram examinadas associações transversais e longitudinais entre SES e IMC, na infância e na idade adulta.

As mulheres, em média, tinham níveis mais elevados de IMC do que os homens e observaram maiores aumentos no IMC ao longo do período de 13 anos de acompanhamento. Entre as mulheres, observou-se a associação inversa esperada entre SEP e IMC no início do estudo.

Foram encontrados níveis basais mais elevados de IMC entre mulheres negras nas circunstâncias mais desfavorecidas socioeconomicamente, usando vários indicadores do SEP. Em contraste, no entanto, as mulheres negras com

níveis mais elevados de SEP demonstraram maiores aumentos no IMC durante o estudo.

Para as mulheres negras desta coorte, a menor SEP previu início mais precoce da obesidade; no entanto, a baixa SEP foi menos preditiva de aumento do IMC ao longo do tempo. Os resultados demonstram padrões complexos de associação entre SEP e mudança de IMC entre mulheres negras.

Os resultados destacam, ainda, os padrões complexos de associação entre SEP e mudança de IMC entre os negros. Consistente com os dados nacionais de prevalência, até 2001, havia uma alta prevalência de obesidade entre as mulheres negras na coorte do Pitt County Study, independentemente de SEP.

Estudos prévios que investigaram os desfechos de mudança de peso entre mulheres negras encontraram suporte para uma associação inversa com SEP ou relataram resultados nulos. Os negros na categoria de renda mais alta foram os menos propensos a identificar uma conexão entre obesidade e saúde.

Embora tenha sido utilizada essa variável, não ficou claro no artigo como foi medida raça.

**Artigo 5** - Tendências de Longo Prazo e Disparidades Racial / Étnicas na Prevalência da Obesidade.

Wong *et al.* (2014), almejando avaliar as disparidades raciais e tendências na prevalência de obesidade e doenças relacionadas à obesidade realizaram estudo de coorte da população da Califórnia utilizando dados do

Inquérito de Fatores de Risco Comportamental de 1985 a 2011. A amostra da pesquisa incluiu 150.753 entrevistados, dos quais 41,0% (n = 61.862) eram homens e 59,0% (n = 88.891) eram mulheres. A variável raça / etnia foi autorreferida e classificada como branca não hispânica; negra não hispânica (negra), asiática / ilhas do Pacífico e hispânica. As tendências na prevalência de obesidade foram estratificadas por idade, sexo, raça / etnia e fatores socioeconômicos.

A prevalência geral de obesidade foi semelhante entre homens e mulheres. No entanto, houve diferenças significativas de raça/ etnia na prevalência de obesidade (negros 28,3%, hispânicos 24,3%, brancos 17,7%, asiáticos 7,2%).

A prevalência de obesidade aumentou significativamente de 1985 para 2011 (8,6 vs. 22,8%). Esse aumento foi observado entre homens e mulheres e em todos os grupos raciais / étnicos, após ajustes por idade, sexo e comorbidades. Quando comparados com brancos, a prevalência de obesidade foi maior em negros OR 1,51 e hispânicos OR 1,18 e menor em asiáticos OR 0,37 e foi associada com menor nível de escolaridade, menor renda e status de desemprego em todo o período do estudo.

**Artigo 6** - Obesidade, raça / etnia e status socioeconômico durante a transição da adolescência para a idade adulta.

Com o objetivo de examinar as diferenças raciais / étnicas na influência do nível socioeconômico ao longo da vida nos padrões de obesidade da adolescência à idade adulta, Scharoun-Lee et al 2009, utilizaram como amostra

o Estudo Nacional Longitudinal de Saúde do Adolescente (Add Health), um estudo nacionalmente representativo, baseado nas escolas, entrevistando adolescentes dos EUA na 7ª a 12ª séries na Onda I (1994-1995), seguido de múltiplas entrevistas na idade adulta (Onda III: 2001-2002).

A raça / etnia autodeclarada foi usada para classificar os entrevistados em categorias de branco não hispânico, negros não hispânicos, hispânicos e asiáticos ou das ilhas do Pacífico, ou brancos, negros, hispânicos e asiáticos.

Os achados mostram o caráter racial na variação dos status socioeconômicos (SES) ao longo da vida. Enquanto brancos e asiáticos eram mais propensos a estar em grupos favorecidos, negros e hispânicos foram mais representados nos grupos "desvantagem persistente" e "desvantagem com autonomia" respectivamente. A incidência de obesidade excedeu 10% para todos, exceto asiáticos. Os negros tiveram as maiores tendências de obesidade, seguidos pelos hispânicos.

Os autores observaram fortes associações raciais / étnicas entre as experiências de vidas desfavorecidas e maior risco de obesidade, enquanto para o sexo feminino, as estimativas para todos os grupos excluíram o nulo, com fortes associações positivas para o grupo "desvantagem persistente". Em geral, a participação no grupo SES teve associações mais fortes com a persistência da obesidade do que a incidência.

Para as mulheres, a participação no grupo "desvantagem persistente" conferiu o maior risco geral de obesidade em adultos jovens, principalmente devido à incidência substancial. Embora uma grande proporção de mulheres

brancas e negras no grupo de "desvantagens persistentes" tenha experimentado incidência e persistência na obesidade ao longo da transição para a vida adulta, o risco geral para os negros foi claramente maior.

**Artigo 7** - Disparidades raciais no risco de desenvolver doenças relacionadas à obesidade: um estudo transversal.

O objetivo de Zhang et al 2012 foi analisar as disparidades raciais / étnicas na prevalência da obesidade e avaliar as disparidades no risco de desenvolver doenças relacionadas ao sobrepeso e à obesidade. Para isso foi utilizada uma amostra de dados derivados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamental de Massachusetts (BRFSS) para o período de 2005-2008, de 63.235 adultos não institucionalizados em Massachusetts.

Os entrevistados foram categorizados como brancos não hispânicos (brancos), negros não hispânicos (negros), hispânicos ou multirraciais não hispânicos (multirraciais). A definição foi autorreferida.

A prevalência de obesidade foi maior entre os negros 18% e hispânicos 17,58% do que entre brancos. Disparidades entre grupos raciais / étnicos também foram encontradas nas chances de obesidade; ser negro foi significativamente associado com maiores chances de sobrepeso e obesidade, em comparação com o branco.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na prevalência e risco de desenvolver doenças relacionadas à obesidade entre os grupos raciais / étnicos. As maiores chances de diabetes foram encontradas em hispânicos e negros 2,58 e 2,71 respectivamente. Os negros também

tenham maiores chances de pressão alta e acidente vascular cerebral do que qualquer outro grupo racial / étnico.

**Artigo 8** - Diferenças raciais / étnicas no Índice de Massa Corporal: os papéis das crenças sobre magreza e restrição alimentar.

Aproximadamente 66% dos adultos dos EUA se qualificam como sobrepeso ou obeso (Ogden *et al.*, 2006). Embora a maioria dos adultos caucasianos e afro-americanos esteja com sobrepeso ou obesidade, as distribuições dessas condições entre raça / etnia variam de acordo com o gênero. O excesso de peso e a obesidade estão distribuídos de forma semelhante entre homens afro-americanos e caucasianos em 69% e 71%, respectivamente. Entre as mulheres a desigualdade racial da obesidade autorreferida é mais proeminente com 82% das mulheres afro-americanas e 58% das mulheres caucasianas. Diferenças raciais / étnicas no Índice de Massa Corporal (IMC) entre mulheres provavelmente desempenham um papel nas disparidades raciais / étnicas em desfechos adversos à saúde, como o diabetes (Cowie *et al.*, 2006).

O objetivo de Vaughan *et al.*, 2008, foi avaliar o modelo teórico das diferenças raciais / étnicas no IMC sob a hipótese primária de que diferenças raciais / étnicas no IMC são explicadas pela maior internalização do ideal de magreza pelas mulheres caucasianas e percepção romântica do apelo de magreza, resultando em maiores níveis de dieta restritiva.

Informações demográficas básicas, como idade, raça /etnia, orientação sexual, status de relacionamento, status ocupacional parental e escolaridade foram avaliados por autodeclaração.

A variável raça / etnia foi representada por um único indicador que foi codificado por dummy (caucasiano = 1, afro-americano = 0).

Os autores concluíram que as mulheres caucasianas evidenciaram níveis maiores de internalização do ideal de magreza e a crença de que a magreza aumenta seu potencial de atratividade, prática mais frequente de restrição alimentar e menor IMC do que as mulheres afro-americanas.

**Artigo 9** - O contexto social explica disparidades raciais na obesidade entre mulheres

Com o objetivo de investigar se as disparidades raciais na obesidade entre as mulheres persistem em contexto social semelhante, Bleich et al (2010), examinaram mulheres negras e brancas que vivem no mesmo contexto social, com rendimentos semelhantes, utilizando os dados nacionais do estudo Explorando as disparidades de saúde em *Integrated Comunidades-SWB* (EHDIC-SWB), (National Health Interview Survey).

A raça foi autorreferida. Apenas aqueles participantes que se identificaram como negro ou branco foram incluídos em ambos os conjuntos de dados.

Proporções ajustadas por idade e as características relacionadas à saúde das mulheres em EHDIC-SWB e NHIS foram apresentadas. As

mulheres negras no EHDIC-SWB tiveram uma prevalência semelhante de obesidade em comparação com as mulheres brancas, mas na amostra nacional as mulheres negras eram quase duas vezes mais propensas a serem obesas do que as mulheres brancas ( $p < 0,05$ ).

Embora as mulheres negras e as brancas no EHDIC-SWB tivessem chance igual de serem fisicamente inativas, as mulheres negras no NHIS eram mais propensas a serem fisicamente inativas do que as mulheres brancas.

Em EHDIC-SWB, as mulheres negras eram semelhantes às mulheres brancas em relação ao número de condições cardiovasculares, enquanto que as mulheres negras no NHIS tinham mais condições cardiovasculares do que as mulheres brancas.

Além disso, foi feito um exame da associação entre raça e obesidade entre mulheres em EHDIC-SWB e NHIS 2003. Em NHIS, depois de controlar por idade, renda, educação, estado civil, tabagismo, inatividade física e número de condições crônicas, as mulheres negras apresentaram maior chance de obesidade (OR 1,99, IC 95% 1,71-2,32) do que as mulheres brancas. No entanto, na amostra EHDIC-SWB, as mulheres negras tinham chances semelhantes de serem obesas (OR 1,25, IC 95% 0,90 a 1,75) em comparação com as mulheres brancas. A relação entre raça e obesidade no NHIS é consistente, mas a magnitude da associação é consideravelmente menor em EHDIC-SWB com uma redução de 37% na OR de raça nessa amostra.

O estudo concluiu que não existem disparidades raciais na obesidade entre as mulheres pobres e urbanas que compartilham o mesmo contexto

social. Políticas de desenvolvimento que se concentram em modificar aspectos sociais do meio ambiente podem reduzir as disparidades na obesidade entre mulheres de baixa renda que vivem em comunidades urbanas.

**Artigo 10** - Disparidades sociais nas trajetórias do IMC ao longo da fase adulta por gênero, raça / etnia e posição socioeconômica ao longo da vida: 1986–2004.

Clarke et al (2008) observaram que há um forte padrão social de obesidade e sobrepeso, com maior prevalência entre mulheres, minorias raciais / étnicas e aquelas de posição socioeconômica (SEP) mais baixa, no entanto, nenhum estudo nacional havia examinado como as disparidades sociais na obesidade e sobrepeso diferem em idade e período histórico, utilizando dados longitudinais com medidas repetidas.

Os autores utilizaram dados do painel do estudo Monitorando o Futuro (1986–2004) representado nacionalmente para examinar as disparidades sociais em trajetórias do índice de massa corporal (IMC) durante a idade adulta (18-45 anos) adulta por gênero, raça / etnia e status socioeconômico (medido pela educação dos pais e a educação do respondente).

A hipótese foi de que o IMC está inversamente relacionado à vantagem social e econômica, de tal forma que, dentro de cada coorte, as trajetórias do IMC adulto serão mais acentuadas para subgrupos socialmente desfavorecidos (mulheres, minorias raciais / étnicas e indivíduos com mais baixa SEP).

Os autores se concentraram em três indicadores sociais fundamentais: (i) gênero; (ii) raça / etnia; e (iii) SEP vitalícia. Raça / etnia foi representada por

quatro categorias: branco, negro, hispânico e outro grupo racial / étnico (inclui asiáticos e americanos nativos) e o nível educacional ao longo da vida como medida do SEP.

O estudo concluiu que as mulheres e os grupos minoritários raciais / étnicos estão em maior risco de ganho de peso ao longo da vida adulta do que os homens brancos e, ainda, que indivíduos que têm baixa SEP na infância (pais com nível educacional menor que a graduação) têm um IMC maior aos 18 anos (status inicial) e também têm taxas mais altas de crescimento anual do IMC na idade adulta do que aqueles cujos pais tinham diploma universitário.

## 6. DISCUSSÃO

Procurou-se neste trabalho estabelecer o alcance, a natureza e as lacunas da associação entre raça e obesidade.

A primeira observação refere-se a forma como raça foi mensurada. Em todos os estudos ela foi autorreferida, mas sua classificação claramente depende do contexto sócio-histórico de cada país. No Brasil adota-se a formulação do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em Brancos, Negros (Pardos e Pretos), Amarelos e Indígenas. Nos Estados Unidos todos os estudos classificaram como Brancos não hispânicos, Negros não hispânicos, Asiáticos e de origem das ilhas do Pacífico e Nativos americanos. Nenhuma destas classificações poderá ser adotada por outros países, pois fazem referência à forma como as nações foram colonizadas e à dinâmica da migração e ao domínio econômico ao longo do tempo, com marcada especificidade. Ainda que EUA e Brasil mantenham alguma semelhança em sua classificação racial, é necessário muito cuidado na comparação, pois ser negro, branco, asiático/amarelo ou nativo/indígena têm marcada diferença entre locais com história e contextos sociais diferentes.

Quanto à obesidade no Brasil, assim como nos Estados Unidos, também é uma epidemia nacional e está ligada às mais altas taxas de comorbidades, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

O presente trabalho examinou a associação entre obesidade/sobrepeso e raça e nossos achados confirmam a nossa hipótese inicial. O nosso universo amostral avalia essa associação da perspectiva socioeconômica que

compreende uma gama de covariáveis tais como renda, educação e ocupação. Os autores encontraram diferença perceptível segundo a raça/etnia. Dentro dos grupos raciais a relação entre status socioeconômico e IMC também variou segundo sexo.

De acordo com os enfoques dos artigos aqui analisados, podemos verificar diferentes perspectivas.

A primeira, e mais presente, se refere aos complexos resultados da associação entre raça, obesidade segundo nível socioeconômico. Embora escolaridade e renda sejam compreendidas pelos estudos epidemiológicos como aproximação do nível socioeconômico, nas pesquisas que consideram raça e obesidade estas variáveis parecem exercer papéis diferentes e algumas vezes opostos. No Brasil, homens e mulheres pretos apresentavam aumento da obesidade com o aumento do nível socioeconômico – medido como uma combinação de renda e escolaridade – enquanto mulheres pardas e brancas tiveram diminuição com o aumento da riqueza, indicando uma interação entre raça e nível socioeconômico na ocorrência da obesidade (Araújo *et al* 2018). Nos EUA a prevalência de obesidade foi maior em negros e hispânicos, e menor em asiáticos, e foi associada com menor nível de escolaridade, menor renda e status de emprego (Wong *et al.* 2014). No entanto, as diferenças raciais de sobrepeso e obesidade mostraram-se mais proeminentes entre aqueles com níveis mais altos de educação (Jackson e Szklo, 2013).

Quando se trata de avaliar o IMC como variável contínua e sua relação com a renda, existe claro gradiente negativo, ou seja, conforme aumenta a renda diminui o IMC. Para as mulheres brancas e hispânicas essa relação é

bastante clara. O mesmo não ocorre com mulheres negras e asiáticas nos EUA.

Nos estudos longitudinais, a obesidade aumentou ao longo do tempo entre homens, mulheres e todos os grupos raciais (Wong *et al.* 2014). No entanto, a população negra apresentou maior incidência de obesidade nos EUA (Scharoun-Lee *et al.* 2009). Por outro lado, o menor nível socioeconômico parece predizer o início precoce da obesidade, mas não o aumento do IMC ao longo do tempo (Bennett *et al.*, 2007). No grupo de pessoas que tiveram uma infância com baixo nível socioeconômico o risco de ganho de peso ao longo da vida adulta foi maior entre os negros e as mulheres (Clarke *et al.*, 2008).

Nos Estados Unidos a prevalência de obesidade foi maior entre os negros e hispânicos do que entre brancos. Ela aumentou significativamente ao longo do tempo neste país entre homens e mulheres e em todos os grupos étnico/raciais, mesmo após ajustes por idade, sexo e comorbidades. No entanto, a prevalência de obesidade foi maior em negros e hispânicos, com início mais precoce e menor em asiáticos e esteve associada com menor nível de escolaridade, menor renda e status de emprego, quando comparados com os brancos.

Indivíduos que tiveram baixo nível socioeconômico na infância (pais com nível educacional menor que a graduação) têm um IMC maior na vida adulta e taxas mais altas de crescimento anual do IMC do que aqueles cujos pais tinham diploma universitário. Para as mulheres, a participação no grupo em desvantagem social conferiu maior risco geral de obesidade na vida adulta.

Enquanto as mulheres negras apresentaram maior sobrepeso/obesidade em todas as faixas de escolaridade, as mulheres brancas apresentaram associação inversa entre obesidade e escolaridade ao longo do tempo. À medida que aumenta a escolaridade diminui a obesidade demonstrando como a educação é um fator de proteção para esse grupo. No entanto, é possível que a escolaridade não influencie a obesidade na população negra da mesma forma nos Estados Unidos. Parece haver maior internalização do ideal de magreza; a crença de que a magreza aumenta o potencial de atratividade, prática mais frequente de restrição alimentar e menor IMC entre as mulheres caucasianas do que entre as mulheres afro-americanas.

No Brasil, situação semelhante aos EUA parece existir: maior aumento da obesidade com o aumento do nível econômico para mulheres pretas e associação inversa para mulheres pardas e brancas.

Alguns estudiosos vêm tentando explicar as disparidades raciais no desenvolvimento da obesidade e apontam os efeitos fisiológicos, psicológicos, culturais e ambientais como causa. O estresse produzido pela tentativa de adequação social e a discriminação racial podem ativar mecanismos fisiológicos, incluindo perda da saúde mental (PARADIES, 2006). Essa via fisiológica poderia ser explicada, segundo Rosmond (2005), pelas alterações hormonais produzidas pelos estressores, que ativariam o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, resultando em níveis desequilibrados de insulina, cortisol e outros glicocorticoides e aumentam a retenção de gordura estimulando o apetite e suprimindo o sistema de saciedade. O consumo de alimentos demasiado relacionado ao sofrimento psíquico também aumenta o risco de

ganho de peso ao longo do tempo. Além disso, alguns autores verificaram associações positivas de racismo com IMC, circunferência da cintura e medidas de risco metabólico entre mulheres negras, sugerindo que os efeitos do estresse psicossocial no risco metabólico podem ser mais pronunciados em mulheres do que em homens (TULL *et al.*, 1999). Além disso, diferenças culturais como a maior satisfação do tamanho corporal entre as mulheres negras em comparação com as brancas e uma preferência por tamanhos maiores de corpo também podem explicar as disparidades raciais (VAUGHAN *et al.*, 2008). Além disso, concorrem como fatores adicionais que poderiam promover ambientes obesogênicos o maior consumo de *fast foods* nas áreas predominantemente negras comparada com áreas de convívio de pessoas brancas (KWATE *et al.* 2009); maiores taxas de obesidade em áreas de alta concentração de negros (Lim; Harris, 2017) e também menor índice de amamentação entre minorias raciais (CDC, 2017). Esses achados que sugerem diferenças fisiológicas, psicológicas e culturais entre mulheres brasileiras negras e brancas indicam a necessidade de uma exploração mais aprofundada dessas vias para a obesidade no Brasil.

De acordo com Sacramento e Nascimento (2011), o racismo institucional seria o responsável por desigualdades na prestação do cuidado, dentre outras circunstâncias que limitam a ação de profissionais no campo do diagnóstico e tratamento, mas também a atenção a outras condições relacionadas à saúde.

O racismo institucional reverbera em todas as dimensões da socialização das mulheres negras e se manifesta na forma violenta como as

mulheres negras são tratadas nos serviços, na precariedade da produção de informações com recorte racial e na dificuldade de acesso ao cuidado.

Nos 26 estados do Brasil, a taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras de idade entre 15 e 29 anos do que entre as mulheres brancas da mesma idade. Entre 2005 e 2015 a taxa de homicídios de mulheres brancas teve redução de 7,4%, enquanto a taxa de mortalidade de mulheres negras aumentou 22% (IVJ, 2017). A morte materna por toxemia gravídica (a primeira causa de morte materna no Brasil) é mais frequente entre as mulheres negras, sendo quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas (MS, 2005). Segundo Zhang et al. (2012), os negros apresentam maiores chances de diabetes, hipertensão arterial e acidente vascular cerebral do que qualquer outro grupo racial, doenças claramente associadas à obesidade.

Raça, sexo e nível socioeconômico devem ser considerados nas estratégias para promoção e proteção à saúde, especialmente nas ações de redução da obesidade.

Assim, conhecer os fatores que fundamentam as diferenças raciais é um passo importante para reduzir as diferenças injustas em resultados indesejáveis relacionados à saúde. Políticas de desenvolvimento que se concentrem em modificar aspectos sociais do meio ambiente podem reduzir as disparidades. Dentre as políticas de saúde no contexto brasileiro, destacamos aqui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

## 6.1. Saúde da População Negra no Brasil

Saúde da População Negra é um campo de pesquisa desenvolvida no âmbito das lutas pela valorização da pessoa negra na sociedade brasileira. O reconhecimento das deficiências que a acometem em todas as dimensões da vida social, sobretudo na saúde, é uma necessidade apontada pelo movimento negro desde a década de 80, atuando ao lado de outros movimentos, como o da Reforma Sanitária Brasileira (RSB)<sup>3</sup>. Assim, as bases para uma política de discriminação positiva na saúde, foram iniciadas na década de 90 e concretizadas no final dos anos 2000.

A universalidade do direito à saúde e a obrigatoriedade do Estado em provê-la, expressa no artigo 196 da Constituição Federal e a posterior criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup> resultaram da longa trajetória de reivindicações pela garantia do direito de acesso à saúde.

Todavia, Maio e Monteiro (2005) ressaltam que o movimento sanitário brasileiro não incorporou adequadamente a temática racial, destacando a

---

<sup>3</sup> A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado.

<sup>4</sup> Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

dimensão classe social em detrimento da raça como determinante do processo saúde e doença.

Os primeiros passos em direção à inclusão da temática racial na agenda das políticas públicas em saúde no Brasil datam da década de 80, na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, evento que marca a luta por condições dignas de saúde, mas começam a se consolidar a partir da década de 90, com o Estado compelido a reconhecer oficialmente a existência do racismo no país. Com a atenção do governo federal frente às exigências colocadas na Marcha Zumbi dos Palmares (1995), foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra - GTI e do subgrupo Saúde. Outras ações para ampliar serviços e qualificar profissionais em saúde para um olhar mais acurado sobre o potencial de vulnerabilidade da população negra foram implementadas.

A introdução do quesito raça/cor nos formulários do sistema de mortalidade e nascidos vivos constituiu um passo importante para a avaliação do quadro de saúde desse segmento populacional e para o planejamento de estratégias de promoção da equidade em saúde. O alcance desse instrumento para a efetivação de políticas públicas que pretendam ser equânimes, mormente na área da saúde, é reafirmado sob o ponto de vista de alguns estudiosos do assunto. Vejamos:

A incorporação do quesito raça e cor nos sistemas de informações de saúde possibilita evidenciar mediante constatações empíricas diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde/doença. Conhecer os perfis de morbimortalidade da população

brasileira, no que tange a autodeclaração étnico-racial, permite subsidiar a objetivação de políticas e ações de saúde universais destinadas à superação de iniquidades de grupos específicos (SOARES FILHO, 2012, p.50).

A presença do item raça/cor nos sistemas de informação da saúde para o mapeamento do perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais constitui um avanço para a superação das discrepâncias evidentes na saúde. Conquanto, o êxito desse trabalho depende da compreensão dos atores envolvidos nesse processo de que a cor da pele é uma característica inerente aos seres humano, entre outras que lhes conferem identidade como o gênero, região, sexo, e tem grande influência na vida das pessoas - senão poder de decisão - desde o nascimento até o óbito.

A resolução 196/96, que introduz o recorte racial em pesquisas sobre seres humanos, também é considerada ferramenta importante nesse processo. Contudo, apesar de todas as conquistas verificadas “o que caracteriza essa fase é a descontinuidade das ações, o descompromisso, a não-efetivação da Política” (BARBOSA; FERNANDES, 2004, p.39).

A participação do Movimento Negro na XI e XII Conferências Nacionais de Saúde bem como a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) favoreceram a ação social da população negra no âmbito do SUS. Este avanço significou a institucionalização das demandas da população negra e um canal de diálogo com o Estado.

Outras mobilizações ocorreram até a aprovação, em 2006, da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra pelo Conselho Nacional de Saúde e o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra marcado pelo reconhecimento oficial do racismo institucional no âmbito do SUS.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é a principal diretriz para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde. Apoiase sobre os princípios constitucionais da cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade. Reafirma os princípios da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e a igualdade de atenção à saúde, norteadores do SUS. Sua principal marca é o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde. Promover a saúde integral da população, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS constitui o objetivo principal dessa Política. Cabe destacar suas principais diretrizes:

- Inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde.
- Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde.

- Incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.
- Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas.
- Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo.
- Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.

Essa Política se insere na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem:

- Utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão;
- Ampliação e fortalecimento do controle social;
- Desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais;

- Implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (PNSIPN, MS, 2007).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma resposta do Estado brasileiro às reivindicações dos Movimentos Negros e de Mulheres Negras para que haja, de fato, no âmbito do SUS, uma política que atenda as especificidades da população negra. Estas reivindicações surgem do reconhecimento da necessidade de reparação imediata das iniquidades, resultantes do processo histórico que acumulou perdas para a população negra, inclusive na saúde. As desigualdades raciais estão expressas, entre outros indicadores, na alta taxa de mortalidade materna e na precocidade dos óbitos.

O racismo institucional, também chamado racismo sistêmico ou estrutural, é um conceito criado pelo ativismo negro para assinalar a incapacidade coletiva na prestação de um serviço adequado às pessoas em razão de sua cor/etnia, cultura ou origem. O racismo penetra a organização do Estado, o sistema educacional, o competitivo mercado de trabalho e influencia o direito à saúde da população negra. Suas práticas produzem efeitos deletérios uma vez que ocultam fenômeno explícito, mas raramente nomeado. Resulta na reprodução dos interesses, ações e mecanismos de exclusão de grupos populacionais e para o controle, manutenção e expansão de privilégios dos grupos dominantes (HENRIQUE, 2013, p. 97).

Dito as características principais da criação de um campo de reflexão e intervenção política denominado 'saúde da população negra' destacamos três aspectos: a dimensão cultural da concepção da saúde da população negra; o

uso da variável raça em saúde; e o racismo como determinante da saúde da população negra.

## 6.2 Considerações finais

A principal lacuna científica identificada neste estudo foi a escassa produção na literatura sobre o tema obesidade e raça. A grande maioria das pesquisas foi realizada nos Estados Unidos e apenas um estudo no Brasil. Pela complexidade da relação entre obesidade e raça, é possível cogitar que outros países apresentem características diferentes daquelas aqui encontradas. Embora exista uma preocupação com os aspectos sociais segundo raça, a ciência parece não reconhecer ainda as desigualdades raciais nos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Apesar dos grandes levantamentos nacionais sobre saúde no Brasil incorporarem o quesito raça, pouco se tem estudado sobre obesidade em mulheres negras<sup>5</sup>.

Nossos resultados apontam uma relação complexa e multifacetada entre raça, nível socioeconômico, escolaridade e obesidade. A crescente epidemia de obesidade é desproporcional para negros e brancos, mesmo após ajustes para idade e nível socioeconômico. Portanto, os estudos aqui avaliados reafirmam as especificidades das desigualdades raciais para além das desigualdades de classe social, com provável explicação nas veladas relações racistas que restringem o acesso aos direitos e estimulam o estresse crônico.

---

<sup>5</sup> No Brasil, as análises de cinco estudos de base populacional demonstram a mudança do perfil nutricional da população brasileira, indo da desnutrição à obesidade nos últimos anos. Estudo Nacional sobre Despesas Familiares (ENDEF), realizado entre 1974-1975; a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989; a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), desenvolvida em 1996-1997; a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 1987-1988, 1995-1996, 2002-2003, 2007-2008, 2008 – 2009; Vigitel 2006-2018.

As doenças relacionadas à obesidade – diabetes, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, entre outros – acometem mais a população negra.

Políticas de desenvolvimento que se concentrem em modificar aspectos sociais e econômicos podem reduzir as disparidades. Estratégias de promoção e proteção à saúde da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra devem considerar raça, sexo e nível socioeconômico, especialmente nas ações de redução da obesidade.

Conhecer os fatores que fundamentam as diferenças raciais é um passo importante para reduzir as diferenças injustas em resultados indesejáveis relacionados à saúde.

Novos estudos devem ser realizados, com especial ênfase nas diferenças regionais, pois embora a desigualdade racial aconteça todos os locais ela ocorre de diferentes formas, intimamente relacionadas com o contexto social.

## 7. REFERÊNCIAS

Alves C, Fortuna CMM, Toralles MBP. A Aplicação e o Conceito de Raça em Saúde Pública: Definições, Controvérsias e Sugestões para Uniformizar sua Utilização nas Pesquisas Biomédicas e na Prática Clínica. *Gazeta Médica da Bahia*. 2005;75(1):92–115.

Alves RFS, Faerstein E. Desigualdade educacional na ocorrência de obesidade abdominal por gênero e cor/raça: Estudo Pró-Saúde, 1999-2001 e 2011-2012. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado 21 de outubro de 2019];32(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000200803&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000200803&lng=pt&tlng=pt)

Anstey EH. Racial and Geographic Differences in Breastfeeding — United States, 2011–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2017 [citado 19 de outubro de 2019];66. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6627a3.htm>

Araújo EM de, Costa M da CN, Hogan VK, Araújo TM de, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface (Botucatu)*. dezembro de 2009;13(31):383–94.

Araujo MC, Baltar VT, Yokoo EM, Sichieri R. The association between obesity and race among Brazilian adults is dependent on sex and socio-economic status. *Public Health Nutr*. agosto de 2018;21(11):2096–102.

Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. *Saúde da população negra*. Petrópolis, RJ: [Brasília, Brazil]: DP et Alii; ABPN; 2012. 319 p. (Coleção Negras e negros: pesquisas e debates / coordenação, Tânia Mara Pedroso Müller).

Bennett GG, Wolin KY, James SA. Lifecourse Socioeconomic Position and Weight Change among Blacks: The Pitt County Study. *Obesity*. 2007;15(1):172–172.

Bleich SN, Thorpe RJ, Sharif-Harris H, Fesahazion R, LaVeist TA. Social context explains race disparities in obesity among women. *J Epidemiol Community Health*. maio de 2010;64(5):465–9.

Brazil, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Perspectiva da equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras* [Internet]. Brasília, DF: Editora MS; 2005 [citado 21 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=jRIgAAAAMAAJ>

Brito IC, Lopes AA, Araújo LMB. Associação da cor da pele com diabetes mellitus tipo 2 e intolerância à glicose em mulheres obesas de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* outubro de 2001;45(5):475–80.

Clarke P, O'Malley PM, Johnston LD, Schulenberg JE. Social disparities in BMI trajectories across adulthood by gender, race/ethnicity and lifetime socio-economic position: 1986–2004. *International Journal of Epidemiology.* abril de 2009;38(2):499–509.

Domingues P. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889-1930). :17.

Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciênc saúde coletiva.* dezembro de 2017;22(12):3831–40.

Fryar CD, Carroll MD, Ogden CL. Prevalence of overweight, obesity, and severe obesity among adults aged 20 and over: United States, 1960–1962 through 2015–2016. In 2018.

Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: população e perfil sanitário - Vol. 2 [Internet]. Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013 [citado 21 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy>

Galvão ALM. Determinantes sociais e estruturais do processo saúde- doença: uma revisão de escopo. :101.

Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf [Internet]. [citado 21 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Guia-de-enfrentamento-ao-racismo-institucional.pdf>

Henrique S. O direito fundamental à saúde da mulher negra no município de São Paulo [Internet] [Mestrado em Direitos Humanos]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2013 [citado 21 de outubro de 2019]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2140/tde-13022014-105311/>

Instituto de Pesquisa Econômico-Social Aplicada, UN Women, Brazil, Brazil, organizadores. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 4a edição, 2a tiragem. Brasília: Ipea; 2012. 39 p.

Jackson CL, Szklo M, Yeh H-C, Wang N-Y, Dray-Spira R, Thorpe R, et al. Black-White Disparities in Overweight and Obesity Trends by Educational Attainment in the United States, 1997–2008. *Journal of Obesity.* 2013;2013:1–9.

Keinert TMM, Paula SHB de, Bonfim JR de A, organizadores. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. 233 p. (Coleção Temas em saúde coletiva).

Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Sci.* dezembro de 2010;5(1):69.

Maio MC, Monteiro S. In times of racialization: the case of the 'health of the black population' in Brazil. 2005;12(2):28

Malta DC, Moura L de, Bernal RTI. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. *Ciênc saúde coletiva.* março de 2015;20(3):713–25.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Independent Effects of Income and Education on the Risk of Obesity in the Brazilian Adult Population. *The Journal of Nutrition.* 1º de abril de 2001;131(3):881S-886S.

Munanga DK. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia.:17.

Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil, ano 2001. 1a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2002. 342 p.

Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estud av.* abril de 2004;18(50):57–60.

plano\_acoes\_enfrent\_dcnt\_2011.pdf [Internet]. [citado 21 de outubro de 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)

politica\_nacional\_saude\_populacao\_negra.pdf [Internet]. [citado 21 de outubro de 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)

Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad Saúde Pública.* junho de 1992;8(2):168–75.

Sacramento AN do, Nascimento ER do. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. *Rev esc enferm USP.* outubro de 2011;45(5):1142–9.

Sanchez-Vaznaugh EV, Kawachi I, Subramanian SV, Sanchez BN, Acevedo-Garcia D. Do Socioeconomic Gradients in Body Mass Index Vary by Race/Ethnicity, Gender, and Birthplace? *American Journal of Epidemiology*. 24 de março de 2009;169(9):1102–12.

Scharoun-Lee M, Kaufman JS, Popkin BM, Gordon-Larsen P. Obesity, race/ethnicity and life course socioeconomic status across the transition from adolescence to adulthood. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 17 de outubro de 2008;63(2):133–9.

Vaughan CA, Sacco WP, Beckstead JW. Racial/ethnic Differences in Body Mass Index: The Roles of Beliefs about Thinness and Dietary Restriction. *Body Image*. setembro de 2008;5(3):291–8.

Wong RJ, Chou C, Ahmed A. Long Term Trends and Racial/Ethnic Disparities in the Prevalence of Obesity. *J Community Health*. dezembro de 2014;39(6):1150–60.

## ANEXO I

### PROTOCOLO DE REVISÃO DE ESCOPO<sup>6</sup>

#### **Título**

Contribuições para a abordagem das desigualdades raciais: uma revisão de escopo sobre obesidade na população negra feminina

#### **Autora principal**

Claudia Simões Oraka

#### **Pergunta**

Os estudos sobre o processo saúde e doença que avaliam raça como determinante social do processo saúde e doença são escassos, daí a necessidade de pesquisas que contemplem as questões étnico-raciais.

A obesidade é considerada uma epidemia em escala mundial e acomete ambos os sexos, todas as faixas etárias e classes sociais. No entanto, ela apresenta perfil distinto segundo os estratos de rendimentos e escolaridade. Portanto, é plausível a hipótese de que a obesidade se distribui diferentemente na população quando se considera a cor da pele. Apesar de não ter respaldo teórico da biologia e da genética, raça tem sido uma forma de classificação e

---

<sup>6</sup> Baseado e adaptado de PROSPERO - International prospective register of systematic reviews - <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

hierarquização dos seres humanos, constituindo formas diferenciadas de acesso aos direitos de cidadania e constituindo o que tem sido nomeado como racismo.

A ocorrência das doenças e agravos à saúde tem sua origem nos determinantes sociais, com especial destaque para o racismo.

A concepção de saúde da população negra incorpora as visões de saúde construídas a partir do conhecimento científico da biologia conjugado com saberes oriundos de outras áreas da ciência como a sociologia e a antropologia. Tais saberes em diálogo constante fornecem subsídios para o desenvolvimento de ferramentas que possibilitam conhecer a realidade social dessa parcela da população com acesso precário a bens e serviços.

Portanto, a pergunta da presente pesquisa é: qual o conhecimento científico a respeito da relação entre raça e obesidade em mulheres negras com vistas a contribuição para promoção da saúde integral? De outra forma: há disparidade racial no desenvolvimento da obesidade feminina?

Assim, será utilizado o acrônimo PEOD para detalhar a pergunta.

- População: mulheres
- Exposição: raça
- Outcome (desfecho): obesidade
- Delineamento: estudos observacionais.

## **Critérios de elegibilidade**

### Critérios de inclusão:

- Artigos que relatem estudos observacionais cujos objetivos principais sejam avaliar as disparidades raciais no desenvolvimento da obesidade feminina

### Critérios de exclusão:

Estudos que que avaliaram raça e obesidade em relação a:

- Comorbidades (câncer, demência, depressão, etc);
- Técnicas de diagnóstico e rastreamento;
- Prognóstico clínico;
- Tratamentos e intervenções
- Causas genéticas e bioquímicas
- Estratégias de prevenção.
- Fisiologia e patogenia

Tabela A: Fontes de informações

Base de Dados	Site	Âmbito
MEDLINE	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a>	Literatura Biomédica e Saúde
EMBASE	<a href="http://www.embase.com/">www.embase.com/</a>	Literatura Biomédica e Saúde
WEB OF SCIENCE	<a href="http://apps.webofknowledge.com">http://apps.webofknowledge.com</a>	Transdisciplinar (Ciências, ciências sociais, artes e humanidades)
CINAHL	<a href="http://www.ebscohost.com/cinahl/">www.ebscohost.com/cinahl/</a>	Enfermagem e Saúde
HINARI	<a href="http://www.who.int/hinari/en/">http://www.who.int/hinari/en/</a>	Literatura Biomédica e Saúde
SCOPUS	<a href="https://www.elsevier.com/solutions/scopus">https://www.elsevier.com/solutions/scopus</a>	Base de dados de citações e resumos avaliados por pares

### Estratégia de busca

(("obesity"[MeSH Terms] OR "obesity"[All Fields]) OR ("overweight"[MeSH Terms] OR "overweight"[All Fields])) AND ("African Continental Ancestry

Group"[All Fields] OR ("continental population groups"[MeSH Terms] OR ("continental"[All Fields] AND "population"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "continental population groups"[All Fields] OR "race"[All Fields])) AND ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields]).

O período da busca será de 2007 a 2018

As duplicatas serão extraídas pelo programa EndNote.

### **Seleção**

A seleção será realizada por 2 pesquisadores em 3 etapas: primeira triagem pela leitura dos títulos, segunda triagem pela leitura dos resumos e terceira triagem pela leitura integral dos artigos.

As discordâncias entre as 2 buscas serão arbitradas por um terceiro pesquisador.

Pesquisadora 1 – Cláudia Simões Oraka – assistente social, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da USP, pesquisadora principal do projeto

Pesquisadora 2 – Elda de Oliveira – enfermeira, aluna de pós-doutorado do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP com formação em revisão sistemática e revisão de escopo

Pesquisadora 3 – Olinda do Carmo Luiz – médica, professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da USP, orientadora do projeto

Pesquisadora 4 – Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani – médica, Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP

### **Extração dos dados**

Serão extraídos os seguintes dados de cada artigo selecionado:

- Ano de publicação
- País da população estudada
- Periódico da publicação
- Definição classificação de raça
- Definição de obesidade
- Metodologia (se qualitativa ou quantitativa)
- Instrumento de coleta de dados
- Medida de efeito
- Conclusão de cada artigo a respeito das diferenças raciais da obesidade em mulheres

### **Análise**

A sistematização dos dados será realizada em função da natureza do problema formulado, bem como da preocupação inicial, buscando compreender a relação entre raça e obesidade com vistas a formulação de ações de prevenção e promoção da saúde.

Será realizada análise narrativa a partir da leitura em profundidade de cada artigo selecionado, buscando-se identificar semelhanças e diferenças. As

semelhanças serão consideradas consensos científicos sobre o tema e as diferenças serão descritas e quantificadas de acordo com cada ponto de vista, com a população de estudo e com os demais aspectos específicos do problema em estudo, procurando contemplar e contrastar os argumentos científicos apresentados para cada controvérsia. A descrição das diferenças permitirá explorar possíveis explicações para as controvérsias.

**ANEXO II****APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

## APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, aprovou 22/11/2017, o Protocolo de Pesquisa nº 384/17 intitulado: **Determinantes Sociais da Obesidade na População Negra Feminina Brasileira**

apresentado pelo Departamento Medicina Preventiva.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

**Pesquisador (a) Responsável: Profa.Dra. Olida do Carmo Luiz**

**Pesquisador (a) Executante: Cláudia dos Santos Simões**

**CEP-FMUSP, 22 de Novembro de 2017.**



**Profª Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira**  
**Coordenadora**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**