



 Marcos Keylon Mendonça Dutra<sup>1</sup>

 Victor Nogueira da Cruz Silveira<sup>2</sup>

 Poliana Cristina de Almeida Fonseca Viola<sup>3</sup>

 Fernanda Silva Zaidan<sup>1</sup>

 Carolina Abreu de Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Federal do Maranhão, Curso de Técnico em Alimentos, Campus Barreirinhas. Barreirinhas, MA, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São Luís, MA, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Nutrição. Teresina, PI, Brasil.

**Correspondência**  
Victor Nogueira da Cruz Silveira  
victormcsilveira@gmail.com

## Desigualdade de raça/cor e estado nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família no Maranhão e no Brasil

*Race/color inequality and nutritional status of children beneficiary from the Bolsa Família Program in the state of Maranhão and in Brazil*

### Resumo

**Introdução:** Segmentos populacionais não-brancos sofrem reconhecida desvantagem socioeconômica, além do componente da desigualdade racial que intensifica a vulnerabilidade desses grupos. **Objetivo:** Analisar o estado nutricional de acordo com raça/cor e região geográfica entre crianças maranhenses e brasileiras beneficiárias do PBF. **Métodos:** Estudo descritivo com dados do estado nutricional de crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em 2017 no Brasil. **Resultados:** A raça/cor indígena apresentou as maiores prevalências de desnutrição em todas as regiões avaliadas e as menores prevalências de excesso de peso, exceto na Região Sul. As raças/cor preta e amarela apresentaram as maiores prevalências de desnutrição consecutivas. As raças/cor amarela e branca também figuraram com elevadas prevalências de excesso de peso. O Maranhão obteve prevalências de desnutrição e excesso de peso superiores e inferiores, respectivamente, ao Brasil em todas as raças/cor. **Conclusões:** Os resultados deste estudo apontam a existência de desigualdade de raça/cor no estado nutricional das crianças avaliadas. Destaca-se a maior vulnerabilidade das crianças indígenas à desnutrição.

**Palavras-chave:** Desnutrição. Sobrepeso. Obesidade. Racismo. Iniquidade social..

### Abstract

**Introduction:** Non-white population segments suffer recognized socioeconomic disadvantage, in addition to the racial inequality component that intensifies the vulnerability of these groups. **Objective:** to analyze the nutritional status according to race/color and geographic region among children from Maranhão and Brazilian beneficiaries of the PBF. **Methods:** Descriptive study with data on the nutritional status of children under five years of age who are beneficiaries of the PBF followed by the Food and Nutritional Surveillance System in 2017 in Brazil. **Results:** The indigenous race/color had the highest prevalence of malnutrition in all regions evaluated and the lowest prevalence of overweight, except in the South region. The black and yellow races/color had the highest prevalence of malnutrition as a result. The yellow and white races/color also featured high prevalence of overweight. Maranhão had higher and lower prevalences of malnutrition and overweight, respectively, than Brazil in all races/color. **Conclusions:** The results of this study point to the existence of racial/color

inequality in the nutritional status of the evaluated children. The greater vulnerability of indigenous children to malnutrition is highlighted.

**Keywords:** Malnutrition. Overweight. Obesity. Racism. Social inequity.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é o país com o maior contingente de população negra fora do continente africano.<sup>1</sup> Os primeiros negros vieram ao Brasil em um contexto de escravidão e após a abolição da escravidão foram marginalizados demográfica, econômica e socialmente.<sup>2-4</sup> Da mesma forma, povos indígenas também foram submetidos ao regime escravagista e, junto aos negros e pardos, possuem marcas desse contexto de escravidão e marginalização que podem ser vistas até os dias atuais em suas condições de vida e de saúde.<sup>5-7</sup>

Em razão da reconhecida desvantagem socioeconômica que estes segmentos populacionais sofrem, foram intensificadas as investigações acerca do papel das diferenças raciais como determinantes do processo saúde-doença. Autores destacam que grupos em vulnerabilidade racial, como pretos, pardos e indígenas, são mais propensos aos desfechos negativos de saúde e mortalidade, bem como têm seu acesso a bens e serviços reduzidos.<sup>5,7-11</sup>

De acordo com Santos,<sup>12</sup> 84% da desigualdade racial em saúde no Brasil depende da desvantagem socioeconômica à qual os grupos racialmente mais vulneráveis estão expostos. Entretanto, é importante destacar a existência de componente da desigualdade racial que atua de forma independente sobre as condições de saúde, pois recursos iguais dão maiores benefícios de saúde a brancos.

Cabe ressaltar que, dentro do grupo de indivíduos racialmente mais vulneráveis, as crianças menores de cinco anos de idade podem sofrer ainda mais com os efeitos deletérios oriundos do acesso dificultado a serviços e condições socioeconômicas precárias.<sup>13-16</sup> Essas crianças têm de enfrentar intercorrências de saúde, desvios nutricionais e condições socioeconômicas parciais ou totalmente superadas por outros grupos étnicos.<sup>5,12,17</sup>

Dentre os principais desvios nutricionais, destacam-se a desnutrição e o excesso de peso nessa faixa etária,<sup>16,18</sup> os quais são resultado da insegurança alimentar e nutricional e má-nutrição, que comprometem a saúde e o acesso a uma alimentação saudável por parte da população brasileira. No Brasil em 2019, 14,8% das crianças menores de cinco anos tinham excesso de peso de acordo com o IMC para idade e 13,4% tinham déficit de estatura para idade.<sup>19</sup>

Por mais que o Brasil passe pelo processo de transição nutricional e a desnutrição infantil apresente uma tendência de queda histórica que pode ser visualizada em todas as regiões do país, esse agravo nutricional ainda figura na nona posição das possíveis causas para mortalidade infantil.<sup>11,18</sup>

No contraponto, o excesso de peso apresenta crescimento acelerado em sua prevalência em crianças de todas as regiões e raças/cor.<sup>18,20,21</sup> Historicamente associado a condições de fartura, seu aumento na população infantil pode não indicar incremento na renda familiar, mas no consumo de alimentos densamente energéticos e pobres em micronutrientes.<sup>20,22,23</sup>

Como alternativa para romper o ciclo de pobreza e agravos nutricionais que afeta direta e indiretamente segmentos populacionais mais vulneráveis, foi instituído em 2004, pela União, o Programa Bolsa Família (PBF), para transferência de renda condicionada e acesso a direitos básicos.<sup>24</sup> Em razão de suas condicionalidades, esse programa foi um dos responsáveis pela diminuição do contingente de pobres e desigualdade social desde seu período de institucionalização, porém ainda deve ser mantida vigilância constante às condições de saúde e nutrição de populações vulneráveis.<sup>24,25</sup>

Destaca-se que esse programa é direcionado ao enfrentamento da fome e da pobreza (renda mensal *per capita* de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e extrema pobreza (renda mensal *per capita* até R\$ 60,00) que, no momento atende aproximadamente a 14,6 milhões de famílias no país inteiro.<sup>26</sup>

Estudos de desigualdade de raça/cor no campo da nutrição como objetivo primário ainda são escassos, especialmente entre crianças e com abrangência nacional. O interesse na comparação dos resultados do Brasil com

o Maranhão justifica-se por este ser o estado com maior número de famílias beneficiárias proporcionalmente ao seu contingente populacional (9,72%).<sup>27</sup> Portanto, o objetivo do presente estudo é analisar o estado nutricional de acordo com a raça/cor e região geográfica entre crianças maranhenses e brasileiras beneficiárias do PBF. Os resultados deste estudo preencherão lacunas sobre o conhecimento do impacto da desigualdade racial sobre a condição de nutrição de crianças maranhenses e brasileiras.

## MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo do tipo ecológico com dados secundários de crianças beneficiárias do PBF, menores de cinco anos acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), atendidas na atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2017, em todo território brasileiro. Os dados foram coletados entre os meses de novembro e dezembro de 2018.

Optou-se por um recorte de crianças oriundas de famílias beneficiárias do PBF, visto que permite trabalhar com uma amostra mais homogênea do ponto de vista econômico e social, quando comparado ao público geral do SISVAN, reduzindo a influência dessas variáveis sobre a análise.

Os resultados dos relatórios públicos foram acessados por meio do banco de dados do SISVAN<sup>19</sup>, selecionando o tipo de relatório desejado (Estado Nutricional), e em seguida definindo os filtros para a obtenção dos dados de interesse.

Os filtros disponibilizados pelo SISVAN e usados para obter os relatórios públicos foram: os indicadores estatura para idade (E/I) e IMC para idade (IMC/I) e suas classificações em relação ao estado nutricional em crianças menores de cinco anos de idade, de todo o território brasileiro (regiões separadamente e estado do Maranhão), de ambos os sexos e todos os povos e comunidades. O tipo de acompanhamento selecionado foi o Sistema de Gestão Bolsa Família, a fim de se obter dados de uma população menos heterogênea quanto às características socioeconômicas. Esses dados foram extraídos para as seguintes categorias de raça/cor separadamente: branca, amarela, preta, parda e indígena.

De acordo com a Portaria nº 344/2017<sup>28</sup> do Ministério da Saúde, o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde deve ser feito conforme descrito a seguir:

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

O indicador E/I foi usado para avaliar a ocorrência de desnutrição infantil (altura muito baixa para idade + altura baixa para idade) e o IMC/I para o excesso de peso (sobrepeso + obesidade). Para classificação da desnutrição e excesso de peso, o SISVAN usa os mesmos pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde.<sup>29,30</sup> Vale destacar que há um manual do SISVAN<sup>30</sup> que fornece orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde, a fim de fomentar a melhor qualidade na obtenção desses dados.

Foram calculados os intervalos de confiança de 95% das prevalências de desvios nutricionais por meio do *software* aberto OpenEpi®. Os gráficos apresentados foram elaborados a partir dos dados obtidos utilizando o Microsoft Excel®.

Como se trata de um estudo com dados secundários dos relatórios públicos dos SISVAN (domínio público), não foi necessária a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, já que as crianças não podem ser identificadas, estando de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

## **RESULTADOS**

Para este estudo, foram analisados dados de 3.244.144 crianças em todo o Brasil e 252.201 no Maranhão. A raça/cor indígena foi a que apresentou a maior prevalência de desnutrição do país (31,45%), sendo esse valor mais elevado na Região Norte (38,66%). A menor prevalência de desnutrição infantil entre indígenas foi observada na Região Nordeste (20,43%) (Tabela 1).

As crianças de raça/cor branca apresentaram as menores prevalências de desnutrição do país (12,45%), bem como em todas as regiões. A menor prevalência de desnutrição deste grupo foi encontrada na Região Sul (10,92%), enquanto a maior foi observada na Região Norte, com 16,36% (Tabela 1).

**Tabela 1.** Prevalências (%) e intervalos de confiança de 95% de déficit de estatura para idade em crianças brasileiras menores de cinco anos de idade segundo por regiões, Brasil e Maranhão, segundo raça/cor referida no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil, 2017.

Região/Local	Pretos		Brancos		Pardos		Indígenas		Amarelos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Centro-Oeste	632	14,24(13,25-15,30)	6.279	12,29(12,01-12,57)	7.989	12,54(12,29-12,80)	2.155	25,28(24,37-26,21)	9.827	13,97(13,72-14,23)
Nordeste	6.418	13,57(13,26-13,88)	31.632	12,61(12,49-12,74)	90.840	12,61(12,49-12,74)	1.597	20,43(19,56-21,34)	86.399	15,83(15,74-15,93)
Norte	1.396	20,20(19,27-21,16)	8.181	16,36(16,04-16,69)	44.126	19,04(18,88-19,20)	9.349	38,66(38,05-39,28)	40.340	19,99(19,82-20,17)
Sudeste	6.390	14,49(14,17-14,82)	39.480	12,60(12,48-12,72)	30.043	14,25(14,10-14,40)	342	24,43(22,25-26,75)	28.004	13,99(13,84-14,15)
Sul	981	10,95(10,32-11,61)	20.113	10,93(10,78-11,07)	2.650	11,10(10,71-11,51)	887	24,11(22,76-25,52)	2.722	12,00(11,59-12,43)
Maranhão	875	18,69(17,60-19,84)	3.778	15,98(15,52-16,45)	22.586	18,46(18,25-18,68)	810	32,53(30,71-34,41)	20.239	20,59(20,34-20,84)
Brasil	15.817	14,16(13,96-14,37)	105.685	12,45(12,38-12,52)	175.648	14,76(14,70-14,82)	14.330	31,45(31,02-31,87)	167.292	16,07(16,00-16,14)

Nota: Na comparação de duas categorias, as prevalências são consideradas estatisticamente diferentes quando não há sobreposição entre os intervalos de confiança.

No Brasil, a maior prevalência de excesso de peso foi observada nas raça/cor amarela (18,33%) e branca (17,05%), e a menor entre os indígenas (14,74%). Entre as regiões, observou-se maior prevalência de excesso de peso entre os indígenas (22,94%) e amarelos (20,68%) na Região Sul. Da mesma forma, também superaram a média nacional as crianças de raça/cor amarela (20,25%) e branca (19,18%) do Nordeste. A menor prevalência de excesso de peso foi encontrada na Região Norte entre indivíduos pardos (12,60%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Prevalências (%) e intervalos de confiança de 95% de excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos de idade segundo por regiões, Brasil e Maranhão, segundo raça/cor referida no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasil, 2017.

Região/Local	Pretos		Brancos		Pardos		Indígenas		Amarelos	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Centro-Oeste	618	13,97 (12,98-15,02)	7.527	14,72 (14,41-15,03)	8.872	13,91 (13,64-14,18)	1.347	15,78 (15,02-16,56)	10.551	15,04 (14,78-15,30)
Nordeste	8.241	17,40 (17,06-17,74)	48.156	19,18 (19,03-19,34)	114.955	17,41 (17,32-17,50)	1.298	16,60 (15,80-17,44)	110.820	20,26 (20,15-20,36)
Norte	1.032	14,76 (13,95-15,61)	7.651	15,33 (15,01-15,64)	29.340	12,60 (12,47-12,74)	3.052	12,62 (12,21-13,05)	31.934	15,90 (15,75-16,06)
Sudeste	7.221	16,36 (16,02-16,71)	49.924	15,95 (15,82-16,08)	32.419	15,34 (15,19-15,49)	186	13,36 (11,68-15,24)	33.589	16,83 (16,67-17,00)
Sul	1.614	17,95 (17,17-18,75)	31.530	17,12 (16,95-17,30)	3.849	16,21 (15,74-16,68)	843	22,94 (21,61-24,33)	3889	17,14 (16,66-17,63)
Maranhão	722	15,57 (14,56-16,64)	3.801	16,03 (15,57-16,50)	17.274	14,07 (13,88-14,27)	343	13,87 (12,56-15,29)	17.540	17,90 (17,67-18,15)
Brasil	18.726	16,72 (16,52-16,95)	144.788	17,05 (16,97-17,13)	189.435	15,90 (15,83-15,96)	6.726	14,74 (14,42-15,07)	190.423	18,33 (18,26-18,40)

Nota: Na comparação de duas categorias, as prevalências são consideradas estatisticamente diferentes quando não há sobreposição entre os intervalos de confiança



O estado do Maranhão apresentou prevalência de desnutrição superior à prevalência brasileira em todas as raças/cor. A raça/cor indígena foi a que apresentou a maior prevalência de desnutrição no estado do Maranhão (32,53%), seguida das crianças amarelas (20,59%). Em contrapartida, as crianças brancas apresentaram as menores prevalências de desnutrição no estado (15,98%) e no Brasil (12,45%) (Tabela 1).

As prevalências de excesso de peso no estado do Maranhão foram inferiores às encontradas para as crianças brasileiras de forma geral. No Maranhão, as crianças da raça/cor branca (16,03%, IC95%: 15,57-16,50 vs. 17,05%, IC95%: 16,97-17,13), parda (14,07%, IC95%: 13,88-14,27 vs. 15,90%, IC95%: 15,83-15,96) e amarela (17,90%, IC95%: 17,67-18,15 vs. 18,33%, IC95%: 18,26-18,40) apresentaram menores prevalências desse agravo que as brasileiras (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

As crianças de raça/cor indígena apresentaram as maiores prevalências de desnutrição em todas as regiões do Brasil, com destaque para a Região Norte, cuja prevalência muito se distanciou das demais raças/cor. Crianças brancas foram as que apresentaram menor prevalência de desnutrição no país e em todas as regiões. Em relação ao excesso de peso, notou-se que crianças amarelas e brancas apresentam maior prevalência de excesso de peso no Brasil. No entanto, ao se estratificar por região, as crianças indígenas figuram com a maior prevalência de excesso de peso na Região Sul, seguidas das amarelas na mesma região.

O Maranhão apresenta maior prevalência de desnutrição quando comparado ao Brasil, para todas as raças/cor. Já em relação ao excesso de peso, esse estado possui prevalências de excesso de peso menores que o Brasil para todas as raças/cor. Esses resultados apontam para a existência de desigualdade de raça/cor no estado nutricional de crianças menores de cinco anos no Maranhão.

A prevalência de desnutrição entre crianças indígenas foi muito elevada, com destaque para a Região Norte. Esse percentual nacional é superior ao encontrado no I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena (25,7%).<sup>31</sup> Porém, é importante destacar que os dados do presente estudo são especificamente com beneficiários do Bolsa Família, um público sabidamente mais vulnerável socioeconomicamente, o que pode implicar maiores prevalência de desnutrição.

Tais resultados são esperados, devido à elevada vulnerabilidade de populações indígenas no Brasil. Os indígenas estão entre os grupos étnicos com maior carga de doenças não apenas no Brasil, mas também em outros lugares do mundo.<sup>31-33</sup> Estudos com esse público têm demonstrado o atraso nos campos da saúde, educação, habitação e saneamento. Segundo Coimbra,<sup>31</sup> ser indígena no país implica maior chance de não completar o primeiro ano de vida, sofrer de desnutrição e anemia durante o período de crescimento, conviver com elevada carga de doenças infecciosas e parasitárias.

Têm sido reportados menor acesso a serviços de saúde e falhas na atenção básica para comunidades indígenas.<sup>6</sup> O acesso a saneamento básico também é precário, e dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena<sup>31</sup> apontam que as aldeias indígenas praticamente não dispõem de infraestrutura sanitária minimamente adequada e compatível com a observada no restante do país.<sup>31,33</sup>

Todas essas condições contribuem para a elevada prevalência de desfechos em saúde sensíveis à atenção primária, como as altas frequências de hospitalizações por diarreia (37,2%) e infecção respiratória aguda (47,6%).<sup>31</sup> Essas condições ambientais e de saúde também estão na gênese da desnutrição e ajudam a explicar os discrepantes índices entre indígenas em relação a outras raças/cor no Brasil.

Em contraste, as crianças de raças/cor branca foram as que apresentaram as menores prevalências de desnutrição em todas as regiões do país e no Maranhão. Esse resultado sugere a ocorrência de desigualdade de raça/cor na distribuição da desnutrição no Brasil. A raça/cor branca, que possui situação mais privilegiada no que se refere à menor exposição a eventos discriminatórios, bem como maiores possibilidades de acesso a oportunidades de educação, saúde e emprego, pode em virtude disso estar menos exposta às causas básicas associadas à desnutrição (precariedade de condições de moradia, condições socioeconômicas desfavoráveis etc.).<sup>34-36</sup>

As maiores prevalências de desnutrição infantil de acordo com as raças/cor foram encontradas na Região Norte e as menores na Região Sul. Esse resultado mostra a persistência da desigualdade regional no Brasil, com as regiões mais ricas e desenvolvidas apresentando menores prevalências de desnutrição infantil.

As crianças menores de cinco anos de raça/cor amarela e a branca foram as que apresentaram as maiores prevalências de excesso de peso no Brasil. É possível que o maior acesso a alimentos industrializados e *fast food*, resultado de condições socioeconômicas mais favoráveis, contribua para o maior ganho de peso nesse público. Mesmo a amostra deste estudo sendo composta apenas beneficiários do PBF, não foram considerados os tempos de recebimento do benefício, tampouco a quantidade de pessoas no domicílio, que são fatores ainda capazes de gerar alguma diferença entre os indivíduos.<sup>37</sup>

Resultado semelhante foi encontrado por Muller et al.,<sup>38</sup> que identificaram a prevalência de excesso de peso em crianças brancas 2% maior que nas não brancas. Segundo os autores, essa prevalência de excesso de peso em crianças de cor/raça branca está associada ao peso elevado ao nascer, sexo masculino da criança, idade inferior a um ano e baixa duração da amamentação.

Esses resultados indicam que o problema do excesso de peso atinge mais indivíduos de raças/cor amarela e branca, enquanto a desnutrição se encontra mais restrita a indivíduos em vulnerabilidade, como indígenas, pretos e pardos. Entretanto, vale destacar que a raça/cor preta se encontra com o terceiro maior percentual de excesso de peso, com valor muito próximo a raça/cor branca, sugerindo que crianças pretas/pardas estão expostas a ambos os desvios nutricionais.

Chama atenção que, na Região Sul, as crianças de raça/cor indígena e preta figuram nas maiores posições de excesso de peso, diferindo do encontrado no Brasil e nas demais regiões, bem como no estado do Maranhão. Tal cenário ainda não havia sido observado entre crianças, embora já tenha sido relatado para a população adulta no Brasil.<sup>7</sup> Portanto, é importante destacar que a Região Sul parece já estar em uma fase da transição nutricional, em que o excesso de peso aumenta em grupos de maior vulnerabilidade.<sup>38-40</sup>

O Programa Bolsa Família vem aumentando o poder aquisitivo das famílias, ajudando na diminuição das prevalências de desnutrição no país, pois há evidências de que houve um aumento da renda destinada à alimentação dessas famílias. Porém, deve-se considerar que essa maior disponibilidade de alimentos pode influenciar negativamente no perfil das crianças, aumentando seu peso de maneira não adequada em decorrência da tendência brasileira de substituir alimentos *in natura* ou minimamente processados por alimentos ultraprocessados.<sup>41</sup>

O Maranhão apresentou uma das menores prevalências de excesso de peso do país. Entretanto, é importante destacar que o Maranhão convive com uma dupla carga de doenças em crianças, pois os percentuais de desnutrição já estão semelhantes aos de excesso de peso, indicando avanço no estágio da transição nutricional no estado. Assim, políticas públicas voltadas ao combate do excesso de peso devem ocorrer paralelamente àquelas voltadas à redução da desnutrição.

Vale destacar que o presente estudo é um recorte apenas do público-alvo do Programa Bolsa Família, que é um programa social que seleciona os beneficiários a partir da renda familiar *per capita*. Nesse sentido, espera-se que

a amostra deste estudo seja mais homogênea em relação ao seu *status* socioeconômico do que o público geral avaliado no SISVAN.

Apesar de não ser possível dissociar a influência da situação socioeconômica na desigualdade em saúde, alguns estudos já têm demonstrado que nem toda variação observada nos desfechos em saúde em relação à cor são explicados apenas por diferenças socioeconômicas, indicando disparidades relacionadas isoladamente a raça/cor.<sup>40,42,43</sup> Acredita-se que efeitos fisiológicos, psicológicos, culturais e ambientais causados pelo estresse oriundo da discriminação racial explicariam algumas diferenças na ocorrência de obesidade segundo a raça/cor.<sup>44-</sup>

46

Portanto, é importante que se considere que a desigualdade em saúde não é causada apenas pela raça ou pela condição socioeconômica, mas por uma combinação desses dois fatores que interagem de forma complexa, resultando em diferentes gradientes socioeconômicos para indivíduos em indígenas, pretos ou pardos.

É muito importante destacar que os resultados deste estudo apresentam um panorama do ano de 2017, período no qual o Brasil já vinha sofrendo um esvaziamento das políticas de segurança alimentar e nutricional por meio de medidas de austeridade, como a Emenda Constitucional 95/2016 e o subfinanciamento dessas políticas.<sup>47</sup> Essa situação se agrava sobremaneira com a pandemia da Covid-19 deflagrada no Brasil em 2020, a qual aumentou o número de pessoas expostas à insegurança alimentar no país, elevando os índices de fome, desemprego e miséria.<sup>47</sup>

O presente estudo possui como pontos fortes o fato de estudar um tema ainda carente de dados, como a desigualdade de raça/cor em questões relacionadas à nutrição, usando dados de representatividade nacional do público-alvo do Programa Bolsa Família atendido no SUS brasileiro. O recorte específico no público-alvo do PBF fortalece a análise deste estudo, pois tende a reduzir a heterogeneidade socioeconômica na amostra. Ademais, segundo o Ministério da Saúde, pesquisas que utilizem os dados do SISVAN são prioridades para a gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Em contrapartida, alguns pontos fracos precisam ser destacados. O fato de os dados do presente estudo serem secundários faz com que não se tenha controle sobre a forma de obtenção dos dados, bem como sua digitação, inviabilizando a realização de medidas de controle de qualidade e redução da possibilidade de viés de aferição. Ademais, a não utilização de variáveis socioeconômicas como forma de contabilizar seu impacto nas diferenças observadas é uma limitação. Entretanto, vale destacar que o objetivo principal do presente estudo não foi verificar o efeito das desigualdades socioeconômicas no estado nutricional, mas descrever as diferenças raciais. As variáveis socioeconômicas possivelmente devem atuar como mediadoras na ocorrência dos desfechos descritos.

## CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para a existência de desigualdade de raça/cor no estado nutricional de crianças menores de cinco anos no Maranhão e no Brasil, com destaque para a maior vulnerabilidade de crianças indígenas à desnutrição. Esses resultados são fundamentais para compor um corpo de evidências científicas que embasam a elaboração de políticas públicas de alimentação e nutrição voltadas à redução das desigualdades raciais no estado nutricional de crianças.

O comprometimento do estado nutricional pode implicar consequências negativas à saúde, que no longo prazo podem afetar o desenvolvimento humano e qualidade de vida da nossa população. Por isso, a importância de se ter atenção a elaboração e implementação de políticas de igualdade racial, como forma de contribuir para o desenvolvimento humano e social de nosso país e desse estado.

O Maranhão é um dos estados com maior número de beneficiários do Programa Bolsa Família, por isso é fundamental que se tracem estratégias específicas de combate à desigualdade racial e em saúde voltados a esse público, que apresenta maior vulnerabilidade em relação à população em geral. Além disso, é muito relevante que as equipes de saúde que atendem ao público do PBF tenham atenção especial, uma vez que se trata de um grupo de maior vulnerabilidade, sobretudo nos estratos de raça/cor indígena.

## AGRADECIMENTOS

Ao CNPq e ao Instituto Federal do Maranhão, que viabilizaram a realização deste estudo, por meio da concessão de bolsa de Iniciação Científica.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Brasília; 2016.
2. Silveira VNC, Padilha LL, Frota MTBA. Desnutrição e fatores associados em crianças quilombolas menores de 60 meses em dois municípios do Estado do Maranhão. *Cien Saude Colet*. 2020; 25(7):2583-2594. DOI: 10.1590/1413-81232020257.21482018
3. Ferreira HDS, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM Dos. Nutrition and health in children from former slave communities (quilombos) in the state of Alagoas, Brazil. *Pan Am J public Heal*. 2011;30(1):51–8.
4. Lindoso D, Cavalcanti BC. A razão quilombola: estudos em torno do conceito quilombola de nação etnográfica. 1st ed. Maceió: EDUFAL; 2011. 1–299 p.
5. Gava C, Cardoso AM, Basta PC. Infant mortality by color or race from Rondônia, Brazilian Amazon. *Rev Saude Publica*. 2017; 51(35): 1-9. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006411.
6. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; 42:e184. DOI: 10.26633/RPSP.2018.184.
7. Lociks De Araújo C, Xavier Da Silva R. Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil. In: Del Popolo F, Cunha EMG de P, Ribotta B, Azevedo M, editors. *Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes*. 1st ed. Rio de Janeiro: ALAP; 2011. p. 151–75.
8. Chor D, Lima CR de A. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1586–94. DOI: 10.1590/s0102-311x2005000500033.
9. Chor D, Stern AM, Santos RV. Raça, saúde e discriminação: perspectivas históricas e contemporâneas no Brasil e Estados Unidos. *Cad Saude Publica*. 2017; 33: e00044817–e00044817. DOI: 10.1590/0102-311X00044817.
10. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2012 Jan;12(1):27–35. DOI: 10.1590/S1519-38292012000100003.
11. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, Valente JG, Portela MC, Marinho GL. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7):1–13. DOI: 10.1590/0102-311X00046516.
12. Santos JAF. Desigualdade racial de saúde e contexto de classe no Brasil. *Dados*. 2011;54(1):05–40. DOI: 10.1590/S0011-52582011000100001.
13. Monteiro CA, Benicio MHD, Konno SC, Silva ACF da, Lima ALL de, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):35–43.
14. Miglioli TC, Fonseca VM, Gomes Junior SC, da Silva KS, de Lira PIC, Batista Filho M. Factors associated with the nutritional status of children less than 5 years of age. *Rev Saude Publica*. 2015;49. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005441.
15. Bezerra VM, Medeiros DS de, Gomes K de O, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cien Saude Colet*. 2014;19(6):1835–47. DOI: 10.1590/1413-81232014196.01992013.

16. das Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Simões VMF, Lamy ZC, Coimbra LC, et al. Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Mar;16(1):146–56. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000100014.
17. Pereira IF da S, Andrade L de MB, Spyrides MHC, Lyra C de O. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. *Cien Saude Colet*. 2017;22(10):3341–52. DOI: 10.1590/1413-812320172210.25242016.
18. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saude Publica*. 2003;19(suppl 1):S181–91.
19. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN [Internet]. 2020. Available from: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em 22 de maio de 2021.
20. Mendes-Netto RS, Almeida JA, Oliveira JVC, Amorim LO do, Silva DG da, Santos A da S dos. Excesso de peso, fatores socioeconômicos e dietéticos em assentamentos rurais. *Segurança Aliment e Nutr*. 2018 Apr 26;25(1):1–12. DOI: 10.20396/san.v25i1.8650000.
21. Soares ACF. Fatores determinantes de sobrepeso e obesidade em crianças de 5 a 10 anos residentes no município de Caruaru - PE. [Caruaru]: Centro Universitário Tabosa de Almeida; 2018.
22. Santos LP dos, Gigante DP. Relationship between food insecurity and nutritional status of Brazilian children under the age of five. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Dec;16(4):984–94. DOI: 10.1590/S1415-790X2013000400018.
23. Azevedo EC de C, Diniz A da S, Santos Monteiro J, Cabral PC. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal - uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2014;19(5):1447–58. DOI: 10.1590/1413-81232014195.14572013.
24. Brasil, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Programa Bolsa Família - O que é. 2020. Available from: <http://desenvolvimentosocial.gov.br/servicos/bolsa-familia/o-que-e>. Acesso em 20 de maio de 2021.
25. Silva EKP da, Medeiros DS de, Martins PC, Sousa L de A, Lima GP, Rêgo MAS, et al. Food insecurity in rural communities in Northeast Brazil: does belonging to a slave-descendent community make a difference? *Cad Saude Publica*. 2017;33(4):e00005716. DOI: 10.1590/0102-311X00005716.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. 2021. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 22 de maio de 2021.
27. Brasil, Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Bolsa Família e Cadastro Único. 2020. Available from: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/>. Acesso em 22 de maio de 2021.
28. Brasil. Portaria N° 344, de 1° de fevereiro de 2017. 2017. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Acesso em 21 de maio de 2021.
29. World Health Organization. WHO Child Growth Standards. Geneva; 2006.
30. Brasil, Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília; 2011.
31. Coimbra CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: Reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):855–9. DOI: 10.1590/0102-311X00031214.
32. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet*. 2009; 374: 76–85. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60827-8.
33. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*. 2009; 374: 65–75. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60914-4.
34. Coimbra CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, De Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: Rationale, methodology, and overview of results. *BMC public health*. 2013; 13: 1-19. DOI: 10.1186/1471-2458-13-52.
35. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*. 2017; 389: 1453–63. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30569-X.
36. Stepanikova I, Oates GR. Perceived Discrimination and Privilege in Health Care: The Role of Socioeconomic Status and Race. *Am J Prev Med*. 2017; 52(1):S86–94. DOI: 10.1016/j.amepre.2016.09.024.

37. Souza NN, Moura e Dias M, Sperandio N, Franceschini SCC, Priore SE. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. *Epidemiol Serv. Saúde*. 2012; 21(4): 655-662. DOI: 10.5123/S1679-49742012000400015.
38. Müller RM, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Prevalence of overweight and associated factors in under-five-year-old children in urban population in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014; 17(2): 285–296. DOI: 10.1590/1809-4503201400020001ENG.
39. Dinsa GD, Goryakin Y, Fumagalli E, Suhrcke M. Obesity and socioeconomic status in developing countries: A systematic review. *Obes Rev*. 2012; 13(11):1067–79. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2012.01017.x.
40. 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. *Clay Miner*. 2018;21(11):2096–102. DOI: 10.1017/S1368980018000307.
41. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). *Rev Saude Publica*. 2013;47(4):656–65. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004968.
42. Wong RJ, Chou C, Ahmed A. Long Term Trends and Racial/Ethnic Disparities in the Prevalence of Obesity. *J Community Health*. 2014; 39(6):1150–60. DOI: 10.1007/s10900-014-9870-6.
43. Colen CG, Ramey DM, Cooksey EC, Williams DR. Racial disparities in health among nonpoor African Americans and Hispanics: The role of acute and chronic discrimination. *Soc Sci Med*. 2018; 199:167–80. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.04.051.
44. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*. 2003; 93: 200–8. DOI: 10.2105/AJPH.93.2.200.
45. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*. 2006; 35(4): 888–901. DOI: 10.1093/ije/dyl056.
46. Gee GC, Ro A, Gavin A, Takeuchi DT. Disentangling the effects of racial and weight discrimination on body mass index and obesity among Asian Americans. *Am J Public Health*. 2008; 98(3):493–500. DOI: 10.2105/AJPH.2007.114025.
47. Carvalho CA, Viola PCAF, Sperandio N. How is Brazil facing the crisis of Food and Nutrition Security during the COVID-19 pandemic?. *Public Health Nutrition* 2021;24(3):561-564. DOI: 10.1017/S1368980020003973.

### Colaboradores

Dutra MKM, Zaidan FS e Carvalho CA participaram da coleta dos dados; Silveira VNC, Viola PCAF e Carvalho CA participaram da redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores fizeram contribuições substanciais na concepção e desenho do trabalho e participaram da análise e interpretação dos dados, e aprovaram a versão final a ser publicada.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses

---

Recebido: 10 de junho de 2021

Aceito: 21 de outubro de 2021