

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina

Curso de Graduação em Nutrição

RICARDO SUÑÉ NOVOSSAT

**DISCRIMINAÇÃO RACIAL AUTOPERCEBIDA E CONSUMO DE ALIMENTOS
ULTRAPROCESSADOS EM UMA POPULAÇÃO ADULTA DE PORTO ALEGRE -
RS**

Porto Alegre

2025

Ricardo Suñé Novossat

**DISCRIMINAÇÃO RACIAL AUTOPERCEBIDA E CONSUMO DE ALIMENTOS
ULTRAPROCESSADOS EM UMA POPULAÇÃO ADULTA DE PORTO ALEGRE -
RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Nutrição
da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Prof^a Raquel Canuto

Porto Alegre
2025

CIP - Catalogação na Publicação

Novossat, Ricardo
DISCRIMINAÇÃO RACIAL AUTO PERCEBIDA E CONSUMO DE
ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS EM UMA POPULAÇÃO ADULTA DE
PORTO ALEGRE - RS / Ricardo Novossat. -- 2025.
52 f.
Orientadora: Raquel Canuto.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2025.

1. Racismo. 2. Consumo Alimentar. 3. Alimento
Processado. 4. Alimentos, Dieta e Nutrição. 5.
Determinantes Sociais da Saúde. I. Canuto, Raquel,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ricardo Suñé Novossat

**DISCRIMINAÇÃO RACIAL AUTOPERCEBIDA E CONSUMO DE ALIMENTOS
ULTRAPROCESSADOS EM UMA POPULAÇÃO ADULTA DE PORTO ALEGRE -
RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Nutrição
da Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.
Orientadora: Prof^a Raquel Canuto

Aprovada em: Porto Alegre, por

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Raquel Canuto
UFRGS

Me. Ylana Elias Rodrigues,
ENSP/FIOCRUZ

Prof^a Dr^a Mariane da Silva Dias
UFRGS

AGRADECIMENTOS

Todo agradecimento do mundo pra minha família, que é quem me ensinou e me apresentou um pouco de tudo que eu sou - e serem a morada mais preciosa que existe. À minha mãe, que me ensinou o que é ser forte. Ao meu pai, que me ensinou o que é cuidado. À minha dinda, que me ensinou o que é acolhimento. À minha dinda emprestada, que me ensinou o que é calma.

À minha irmã por ter percorrido muito dessa vida comigo. Desde o primeiro dia que eu pisei nesse mundo, ela esteve do meu lado. Todo passo que eu dou hoje, ela está comigo - e eu sou feliz demais por isso.

Aos meus avós que eu sei que torcem por mim de onde estiverem. Ao meu avô Estefano por me ensinar sobre presença - e pelo pão e por ser quem mais torceu e se orgulhou. À minha avó Lourdes pela proteção e brincadeiras. Ao vô Luis pelo cuidado. À vó Lisieux pelos olhares carinhosos.

Todo amor e agradecimento do mundo pela família que eu fui fazendo nesse caminho - pela qual toda a UFRGS teve um dedinho. À Emanu que esteve comigo em todo esse percurso e foi a melhor companhia que eu pude ter. À Gabi que me mostrou como é bom estar junto e pertencer. À barra mais famosa da nutrição por terem sido a parte mais amável da minha graduação. À Vi por viver junto e me dar forças pra ser corajoso. Ao CEANUT por ter me apresentado um mundo incrível e ter me ensinado sobre pertencimento e autenticidade. Ao NEJ por ser a manada que eu precisei. Ao DESAN por me mostrar e compor a nutrição que eu acredito.

Ao Arturzinho que me mostra que crescer junto é incrível. Ao Gui que faz tudo melhor quando junto. À Jo que mostra que o que é ser irmã e ser torcida. Ao Vitinho que me ensina sobre não ter medo. Ao Tuti por crescer junto. Aos Salmões por serem morada. Às amigas irmãs por me ensinarem a viver.

Ao esporte universitário por me ensinar o que é responsabilidade, e faz muita parte do que hoje eu entendo de mim mesmo.

À PagBrasil pelo incentivo gigantesco sempre; pela humanidade e pelas pessoas.

À Raquel por ser resistência, inspiração, impulso e coragem. Tu faz tanto ser possível.

À UFRGS por fazer (grande) parte da pessoa que eu me tornei nesses anos.

Sou muito grato por ser possível fazer um trabalho que fala sobre o que precisa ser falado. Por uma nutrição justa, combativa e antirracista. Por uma nutrição com justiça social.

Muito obrigado a todos e todas que fazem tudo isso ser possível. Muito obrigado a todos e todas me fazem ser possível.

RESUMO

Desigualdade dói. Discriminação prejudica a saúde. A discriminação racial, como estressor crônico, leva ao estresse psicológico e afeta comportamentos de saúde, como comportamentos alimentares. O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre discriminação racial autopercebida e o consumo de alimentos ultraprocessados em adultos residentes na área central de Porto Alegre, RS. Trata-se de um estudo transversal analítico, de base populacional, composto por 399 participantes entre 20 e 70 anos. A discriminação racial foi avaliada por meio da escala Experiences of Discrimination (EOD), enquanto o consumo de ultraprocessados foi mensurado utilizando um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) validado. As análises estatísticas incluíram regressão linear múltipla com controle de fatores de confusão. Os resultados demonstraram que a discriminação racial esteve significativamente associada ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, mesmo após ajustes para idade. A cada ponto adicional no escore EOD, observou-se um aumento de aproximadamente 90 vezes na frequência anual de consumo de ultraprocessados. Além disso, variáveis como cor da pele, escolaridade e idade apresentaram associações relevantes tanto com a discriminação racial quanto com o consumo alimentar. Conclui-se que a discriminação racial autopercebida está associada com o consumo de alimentos ultraprocessados e é um fator determinante no comportamento alimentar, especificamente no consumo desses alimentos. Os achados deste estudo reforçam a importância do combate ao racismo estrutural como medida para a redução de iniquidades em saúde no Brasil. Este estudo inova ao medir diretamente o impacto da discriminação racial na alimentação em uma população brasileira, fornecendo subsídios para políticas públicas antirracistas que promovam o acesso equitativo à alimentação justa e saudável.

Palavras-chave: Discriminação racial, Racismo, Alimentos ultraprocessados, Saúde da população negra, Determinantes sociais da saúde, Nutrição, Saúde, Porto Alegre.

ABSTRACT

Inequality hurts. Discrimination harms health. Racial discrimination, as a chronic stressor, leads to psychological stress and affects health behaviors, including eating habits. This study aimed to evaluate the relationship between self-perceived racial discrimination and the consumption of ultra-processed foods among adults residing in central Porto Alegre, RS. This cross-sectional, population-based study included 399 participants aged between 20 and 70 years. Racial discrimination was assessed using the Experiences of Discrimination (EOD) scale, while ultra-processed food consumption was measured using a validated Food Frequency Questionnaire (FFQ). Statistical analyses included multiple linear regression to control for confounding factors. The results showed that racial discrimination was significantly associated with increased consumption of ultra-processed foods, even after adjusting for age. For each additional point on the EOD scale, there was an approximate increase of 90 times in the annual frequency of ultra-processed food consumption. Furthermore, variables such as skin color, education level, and age were significantly associated with both racial discrimination and food consumption patterns. In conclusion, self-perceived racial discrimination is associated with ultra-processed food consumption and is a determinant factor influencing eating behaviors, specifically the consumption of these foods. The findings of this study reinforce the importance of addressing structural racism as a measure to reduce health inequities in Brazil. This study innovates by directly measuring the impact of racial discrimination on diet in a Brazilian population, providing evidence to support anti-racist public policies that promote equitable access to fair and healthy food.

Keywords: Racial discrimination, Racism, Ultra-processed foods, Black population health, Social determinants of health, Nutrition, Health, Porto Alegre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin

Figura 2. Principais modelos conceituais da associação entre discriminação racial autopercebida e desfechos de saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação de sexo, cor da pele, idade, escolaridade e renda com discriminação racial e consumo de alimentos ultraprocessados

Tabela 2. Associação entre a discriminação e o consumo de ultraprocessados

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
1.1 Racismo no Brasil.....	12
1.2 Saúde da população negra.....	14
1.3 Racismo e consumo alimentar.....	19
JUSTIFICATIVA.....	24
OBJETIVOS.....	25
MÉTODOS.....	26
Delineamento e população.....	26
Amostra e amostragem.....	26
Logística:.....	28
Variáveis:.....	29
Exposição.....	30
Covariáveis:.....	31
Aspectos éticos.....	31
Análise estatística.....	32
RESULTADOS.....	33
DISCUSSÃO.....	36
Limitações e pontos fortes do estudo.....	38
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXOS.....	43

INTRODUÇÃO

A discriminação é um processo pelo qual os membros de um grupo social são tratados de forma diferente e especialmente injusta por pertencer a esse grupo (KRIEGER, 1999). É considerada uma poderosa estressora psicossocial que contribui para os maiores índices de sofrimento psíquico encontrados entre as populações desfavorecidas (Williams & Mohammed, 2009). Hoje em dia, o racismo é reconhecido pela OMS como um dos determinantes sociais em saúde, sendo um dos principais fatores estruturais que contribui para a piora das condições de saúde da população negra (WERNECK, 2016).

Como esse estressor crônico, a discriminação racial leva ao estresse psicológico e afeta comportamentos de saúde, como comportamentos alimentares, atividade ou inatividade física, alteração no consumo de álcool e tabagismo (BAILEY et al., 2017). Sendo assim, experiências acumuladas ao longo da vida podem prejudicar a saúde física, e, em última análise, levar a doenças crônicas não transmissíveis - como hipertensão, doenças cardíacas, diabetes tipo 2, e obesidade e sobrepeso. (RODRIGUES et al., 2022).

Os hábitos alimentares são os principais fatores envolvidos na etiologia das doenças crônicas não transmissíveis (LOUZADA et al., 2021). Mundialmente, os sistemas alimentares têm passado por rápidas e drásticas mudanças, caracterizadas pela redução do consumo de refeições tradicionais à base de alimentos in natura ou minimamente processados, bem como pelo aumento do consumo de alimentos altamente processados ou produtos prontos para consumo. Essas mudanças estão em conflito direto com as recomendações de uma dieta que promova a saúde humana e planetária, a qual enfatiza a importância de evitar alimentos ultraprocessados e de incentivar o consumo de uma dieta baseada em vegetais, incluindo diversas combinações de frutas, vegetais, legumes e grãos integrais (LOUZADA et al., 2021).

O alto consumo de alimentos ultraprocessados está relacionado a um risco aumentado de pelo menos 32 agravos à saúde humana, incluindo câncer, doenças cardíacas e pulmonares graves, distúrbios de saúde mental e mortalidade precoce (LANE et al., 2024). Além disso, o consumo de alimentos ultraprocessados está associado com o aumento de aproximadamente 50% no risco de mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares, transtornos mentais comuns, além de um

aumento de 12% no risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 e de 20% no risco no desenvolvimento de depressão (LANE et al. 2024). Hoje em dia, esse tipo de alimento pode representar até 58% do consumo diário total de energia em alguns países de alta renda, e tem aumentado rapidamente em muitos países de baixa e média renda, nas últimas décadas , por exemplo no Brasil (LANE et al. 2024).

Estudos em alguns países do mundo já relacionam discriminação racial e consumo alimentar. NADIMPALLI et al. (2017) estudou a relação entre racismo e o consumo alimentar em sul-asiáticos residentes nos Estados Unidos - encontrando associação com o consumo aumentado de doces. Nos Estados Unidos, DAWSON et al. (2015) observou essa mesma relação para uma população de pessoas com diabetes. Nesse mesmo país, BRODISH et al. (2011) demonstrou associação positiva entre racismo acumulado ao longo da vida com a menor ingestão de vegetais e frutas, e uma maior de ultraprocessados. Dentre outras pesquisadoras, também nos Estados Unidos, SIMONS et al. (2021) averigou o mesmo tema e relacionou a discriminação racial autopercebida ao baixo consumo de verduras e alto índice de consumo de fast food e ultraprocessados.

Considerando a discriminação racial como perpetuadora de vulnerabilidades em saúde para a população negra - e a alimentação como importante mediador no processo de saúde das pessoas -, o objetivo do presente trabalho é explorar esse tema dentro da região sul do Brasil, pensando no consumo alimentar como intermediário dessa relação, além de explorar a discussão sobre iniquidades em saúde na área da nutrição.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Racismo no Brasil

O racismo é um sistema complexo de crenças, práticas e estruturas sociais que perpetua a falsa ideia da superioridade de um grupo racial sobre outros, resultando em discriminação, preconceito e privilégios injustos. Essa discriminação pode manifestar-se em várias formas, como institucional, interpessoal e estrutural (BONILLA SILVA, 2017).

O racismo no Brasil é um processo histórico que começa com a escravização de pessoas negras. A história da escravidão e do racismo no Brasil começam junto à sua apropriação pelos europeus, no século XVI, mas suas consequências não acabaram junto com a abolição da escravidão, em 1888. Assim como nos Estados Unidos, a escravidão brasileira viabilizou que os brancos exercessem poder através do estabelecimento de privilégios econômicos, sociais, institucionais, educacionais, habitacionais e diversos outros. A diferença de valor atribuído à pessoa branca e à pessoa negra imposta pela população branca da época fez com que a história do negro do Brasil nascesse da inferiorização, opressão, marginalização, empobrecimento, encarceramento e uma série de outras dificuldades perpetuadas pela estrutura social criada à época e ainda reforçada nos dias de hoje.

O racismo foi criado junto às instituições que ainda compõem o governo e a sociedade civil atuais, que foram construídas tendo o racismo como influência direta, já que a escravidão era a regra, e a igualdade racial uma exceção inexistente. Na vida diária, é possível ver demonstrações desse racismo histórico (e estrutural) em todos os âmbitos: no entretenimento, na ausência de representatividade negra em cargos de poder privado ou público, na representação política desproporcional, no sistema penal, no acesso à crédito e recursos financeiros, no mercado de trabalho e nos índices educacionais, por exemplo (PHELAN; LINK, 2015).

O desfecho final do racismo é a iniquidade, onde há a perpetuação do privilégio e do poder em favor de um grupo, em detrimento de outro, com a raça sendo o fator central dessa disparidade. Nesse contexto, no Brasil, a população branca é o grupo privilegiado, enquanto as populações negras ou pardas são discriminadas. Existem diversas maneiras de manifestação do racismo, como através de crenças, estereótipos, preconceitos, sentimentos e discriminações,

nenhuma ocorrendo exclusivamente no âmbito individual (ALMEIDA; RIBEIRO, 2019; PARADIES et al., 2015).

Formal e academicamente, existem três maiores formas sociais nas quais o racismo é disseminado e perpetuado: interpessoal, institucional e estrutural, sendo que elas coexistem e se retroalimentam. A primeira forma discorre sobre comportamentos isolados e discriminatórios entre dois ou mais indivíduos, consistindo em sua maioria por ações e comportamentos racistas entre uma pessoa e outra.

A manifestação institucional diz respeito ao racismo que se desdobra no âmbito de alguma organização específica e, em muitas vezes, detentora de poder, revelando processos de tratamento diferenciado e violências aos corpos negros que tentam acessar esses espaços. O racismo institucional reproduz, em contextos específicos, um quadro que faz com que os corpos negros sejam persistentemente colocados em posições de inferioridade em relação à supremacia branca, que historicamente monopolizou os espaços de poder e de agência na sociedade brasileira (EURICO; GONÇALVES; FORNAZIER, 2021).

As instituições racistas são hegemonicamente controladas por grupos raciais que detêm poder e usam do mesmo para defender e disseminar seus interesses políticos e econômicos. Nessa definição, considera-se como “instituições” não apenas locais físicos ou estatais, e sim formas sociais promotoras de estabilidade. De forma prática, temos a família, a Universidade, o mercado de trabalho, o Estado e empresas como exemplos (ALMEIDA; RIBEIRO, 2019).

A terceira e última classificação do racismo é o estrutural. Ele é definido como uma interação complexa entre o sistema, as forças sociais, as instituições e as ideologias que misturados geram iniquidades e desigualdades injustas entre os grupos raciais e étnicos (POWELL et al., 2007).

O termo racismo estrutural enfatiza os níveis socioecológicos mais influentes nos quais o racismo pode afetar desigualdades étnicas na sociedade. Os mecanismos estruturais não exigem ações ou intenção dos indivíduos (BONILLA-SILVA 1997). Mesmo que a discriminação racista interpessoal fosse completamente eliminada, as desigualdades raciais provavelmente permaneceriam inalteradas devido à persistência do racismo estrutural (JONES 2002). Dessa forma, o racismo estrutural se caracteriza por todas as formas pelas quais as sociedades promovem e perpetuam a discriminação e exclusão racial: sistemas jurídicos,

políticos, econômicos, sociais, culturais, educacionais, de saúde e de habitação (BAILEY et al., 2017).

Entendendo todo o contexto complexo que o racismo existe e se perpetua em nossa sociedade, o racismo estrutural é a definição mais atual que melhor explica e ilustra os funcionamentos e impactos desse fenômeno discriminatório em nossa sociedade. A partir dele é possível compreender, entendemos que o racismo é uma expressão de poder de uma população dominante através de diversas estruturas sociais, e, que, de forma muito complexa, consegue continuar promovendo, reforçando e perpetuando tais diferenças injustas de acessos, direitos e dignidades - e não sendo apenas uma ação específica de um indivíduo perante outro.

É essencial que se pense nas estratégias de combate ao racismo a partir dos conceitos abordados, visto que o racismo estrutural se entrelaça ao desenvolvimento do sistema capitalista baseado na superioridade das etnias e culturas colonizadoras (OLIVEIRA; RIBEIRO, 2021). Em resumo, entende-se que o racismo decorre não apenas de comportamentos individuais, mas é uma expressão histórica que reverbera até hoje do sistema dominante de poder que tem em seu cerne a crença da inferioridade das pessoas negras.

1.2 Saúde da população negra

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (OMS, 1946). Essa definição de saúde enfatiza a importância do entendimento de aspectos mais amplos do que a perspectiva específica de cada indivíduo, necessitando entender quais são os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) que nos rodeiam.

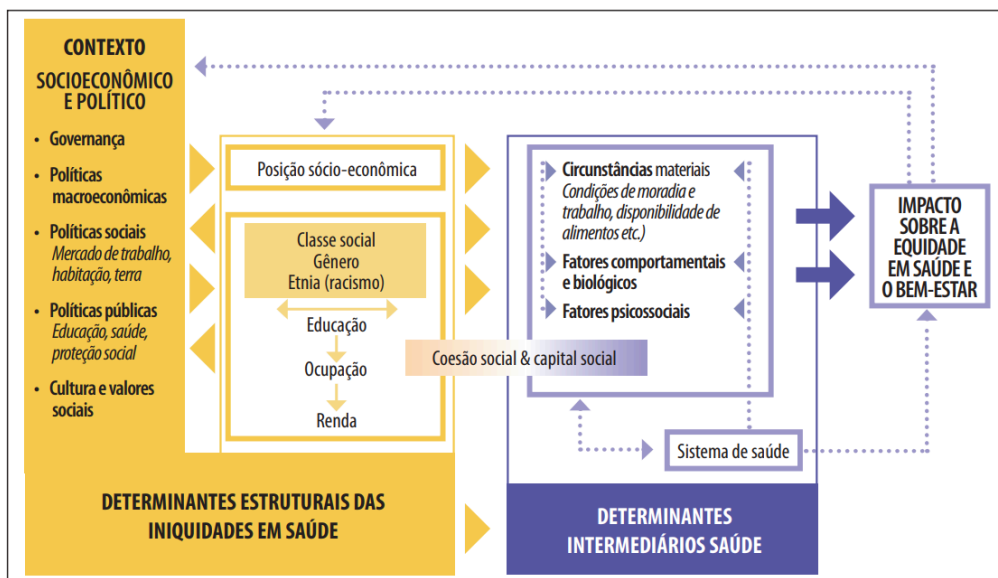
Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Em uma definição sintética, Tarlov (1996) entende os DSS como as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Além disso, Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais

afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados e modificados através de ações baseadas em informação, alterando significativamente como os estudos e os entendimentos de intervenção em saúde devem se dar. Essa definição é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992).

Em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde, da Organização Mundial de Saúde, propôs um modelo conceitual que aponta fatores estruturais e intermediários que produzem iniquidades em saúde, sendo a etnia um fator estrutural (WERNECK, 2016). Entendendo que o racismo no Brasil é algo estrutural e que a saúde é algo coletivo e é afetada pela formação social da nossa sociedade, passamos a compreender que o racismo influencia diretamente no processo de saúde de pessoas negras.

Para elucidar essa relação, diversos autores se propuseram a estudar e confeccionar modelos que explicam a relação entre esses determinantes com a saúde das pessoas, sendo um dos mais atuais e esclarecedores o de Solar e Irwin (2010), que propõe um mapa conceitual para as interações existentes (Figura 1) (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Figura 1 — Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin



Fonte: Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) adaptado de Solar & Irwin (2010).

O modelo de Solar e Irwin, atualmente adotado pela OMS, busca demonstrar as relações entre saúde e o impacto do contexto socioeconômico, político e social, e dos determinantes sociais de saúde. As causas estruturais assumem uma posição de destaque, mais próxima ao alcance da ideia de 'raiz' ou 'base', representando a prioridade causal (que foi dada neste marco conceitual) aos fatores estruturais na geração das iniquidades em saúde e na modulação das condições de vida (GARBOIS, 2017). Além disso, o modelo proposto por Solar e Irwin, ao utilizar o recurso gráfico da seta, facilita a compreensão das interrelações entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde.

Nesse modelo, os determinantes sociais de saúde são peça central de como se dá o processo de saúde e bem-estar das pessoas, sendo representados por uma base que conversa e se comunica com os outros fatores que, juntos, impactam e formam a saúde dos indivíduos (GARBOIS, 2017). O racismo é direta e explicitamente apresentado nesse modelo, tanto como um fator por si só, quanto indiretamente representado na posição socioeconômica e nas políticas públicas. Ele é apontado no bloco dos Determinantes Estruturais das Iniquidade em Saúde como Etnia (racismo) e ele se interliga com o Contexto Socioeconômico e político e com os Determinantes Intermediários em Saúde, participando ativamente com a formação da saúde. A expressão racismo na figura, indica que a raça ou etnia é compreendida como um fator social em estudo e nunca um fator biológico (GALVÃO, 2021).

Com a elucidação cada vez maior sobre o papel do racismo e das iniquidades na saúde das pessoas negras, se iniciaram mobilizações em torno disso. As demandas da população negra e dos movimentos sociais, especialmente o Movimento de Mulheres Negras e o Movimento Negro, por acesso mais amplo e qualificado ao sistema de saúde, têm se inserido na esfera pública desde o período pós-abolição, intensificando-se na segunda metade do século XX. Essas reivindicações tiveram um papel importante nos movimentos populares de saúde, contribuindo para a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, apesar de essas mobilizações terem colaborado para a concepção de um sistema universal, integral e equitativo, a ausência de mecanismos específicos para superar as barreiras enfrentadas pela população negra, principalmente aquelas relacionadas ao racismo, ainda persiste (WERNECK, 2016).

A relação entre racismo e vulnerabilidades em saúde ganhou maior visibilidade a partir da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares, em 1995, que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI). Este grupo formulou propostas importantes, como a inserção do quesito raça/cor em documentos de saúde e a criação de programas voltados para doenças mais prevalentes na população negra (WERNECK, 2016).

O movimento culminou na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2006, que visa ampliar o acesso da população negra aos serviços de saúde, combater as discriminações de gênero e orientação sexual, e melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS quanto aos agravos de saúde da população negra. A última edição da PNSIPN foi publicada em 2017, e dentre as suas várias conquistas, pode-se citar a inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados utilizados pelos serviços públicos, a identificação das necessidades de saúde da população negra de diversos tipos de território e organização de prioridades a partir destas e a definição de indicadores e metas para redução das iniquidades étnico-raciais em saúde e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Infelizmente, a PNSIPN enfrenta dificuldades de implementação desde a sua regulamentação a nível federal, em 2011.

No entanto, apesar de sua formalização, a implementação da PNSIPN não foi suficientemente abrangente, refletindo a necessidade de um monitoramento mais eficaz e o fortalecimento da participação da sociedade civil para garantir a sustentabilidade das ações e o enfrentamento das desigualdades de saúde enfrentadas pela população negra (WERNECK, 2016).

O racismo produz iniquidades em saúde através de diversos mecanismos (BRAVEMAN et al., 2022; PHOJANAKONG et al., 2019). Essas condições adversas, frequentemente concomitantes, podem se acumular ao longo da vida e impactar gerações. Os principais fatores iniciais incluem o acesso limitado a emprego, moradia e educação, que segregam geograficamente e socialmente a população negra, constituindo a base para a maioria dos outros mecanismos de desigualdade (WERNECK, 2016). As barreiras de acesso ao mercado de trabalho e, conseqüentemente, à renda manifestam-se tanto na dificuldade de obtenção de vagas quanto nas limitações de promoção em comparação a indivíduos brancos, mesmo quando o desempenho profissional é equivalente (BAILEY et al., 2017). O elevado índice de encarceramento da população negra e a vigilância policial

exacerbam a tensão e o estresse, afetando inclusive aqueles que não possuem experiência direta com o encarceramento (BRAVEMAN et al., 2022). Além disso, a maior exposição a fatores de risco à saúde, como poluição do ar, condições de trabalho insalubres, habitações precárias, proximidade a resíduos tóxicos e baixa qualidade da água, contribui para a produção e perpetuação das iniquidades em saúde, assim como o estresse crônico decorrente das barreiras mencionadas (BAILEY et al., 2017). A exposição contínua a esses fatores de risco contribui para uma maior prevalência de doenças crônicas e condições de saúde precárias entre grupos racializados, além de intensificar o estigma social e as desigualdades no acesso a oportunidades.

Como evidenciado, essas exposições predispõem esses grupos a desfechos de saúde desfavoráveis, e são evidenciados em desfechos crônicos como doenças cardiovasculares (DCV), que são a principal causa de morbidade e mortalidade em nível global (JAVED et al., 2022). Estudos demonstraram que trabalhadores negros e hispânicos têm de 48% a 52% mais chances de enfrentar insegurança no emprego (JAVED et al., 2022). Além disso, membros de grupos raciais e étnicos minoritários são desproporcionalmente afetados pelo diabetes em comparação com os brancos não hispânicos (WALKER et al., 2016), sendo que essa incidência foi mais que o dobro em um estudo conduzido nos Estados Unidos com diabéticos (JAVED et al., 2022).

De acordo com diversos estudos (KRIEGER, 2014; GEE et al., 2011; HARDEMAN et al., 2015; PARADIES et al., 2015; WILLIAMS et al., 2013), esses e outros desfechos desfavoráveis em saúde tem diversos caminhos pelos quais o racismo prejudica a saúde, sendo eles: injustiça econômica e social, desigualdade na saúde ambiental e ocupacional, trauma ocupacional, marketing direcionado de substâncias prejudiciais à saúde, assistência médica inadequada, violência sancionada pelo Estado e alienação de propriedades e terras tradicionais, exclusão política, comportamentos de enfrentamento mal-adaptativos e ameaças de estereótipos (BAILEY, 2017).

As diferentes formas como o racismo acontece no Brasil caminham juntas, reforçando as iniquidades e prejudicando a saúde da população negra. Para combater com eficiência e eficácia a iniquidade apresentada, é necessário agir a nível estrutural, bem como o racismo também ocorre. Criar programas, políticas públicas e outras ações voltadas à população negra é o caminho lógico proposto,

mas as decisões políticas, sociais e de saúde tomadas no Brasil ocorrem a passos lentos (WERNECK, 2016).

1.3 Racismo e consumo alimentar

A pesquisa contemporânea estabeleceu múltiplos caminhos pelos quais o racismo prejudica a saúde, envolvendo exposições adversas físicas, sociais e econômicas, assim como comportamentos de enfrentamento mal adaptativos e ameaças de estereótipos. Tipicamente concorrentes, essas exposições podem se acumular ao longo do curso da vida e passar por gerações (BAILEY et al., 2017). Estudos epidemiológicos anteriores demonstraram uma associação entre discriminação racial e resultados de saúde em populações específicas, como indivíduos negros, asiáticos e indígenas que vivem nos Estados Unidos, na Austrália e no Canadá, assim como em países da América Latina e da Europa (RODRIGUES et al., 2022; PARADIES et al., 2015; BASTOS et al., 2015; WYATT et al., 2003). Importante ressaltar que tais conclusões foram tiradas já medindo o racismo, e não apenas a raça - o que torna as medidas mais fidedignas e aponta um avanço em como os estudos em saúde (coletiva) são conduzidos.

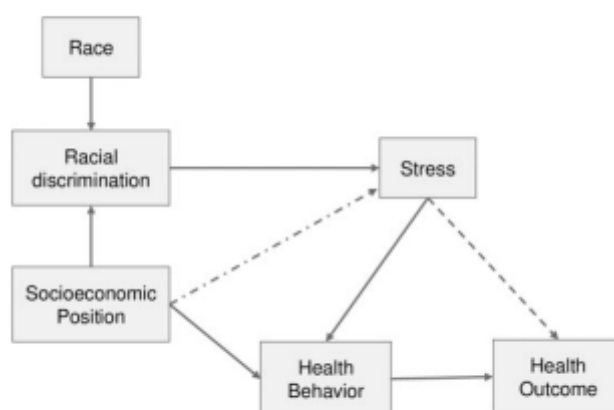
No Brasil, uma análise transversal demonstrou que mulheres negras brasileiras têm maior probabilidade de ter obesidade do que mulheres brancas, e uma análise longitudinal encontrou uma associação positiva entre discriminação racial e obesidade. No entanto, estudos que medem a associação desse resultado específico com a discriminação racial percebida, e não apenas com raça, cor da pele e/ou etnia, são bastante escassos no Brasil (BAILEY et al., 2017).

A exposição diária à discriminação racial ao longo da vida é uma causa específica de estresse crônico. Assim, a discriminação racial afeta os comportamentos de saúde e desfechos em saúde (RODRIGUES et al., 2022). Como um estressor crônico, a discriminação racial provoca estresse psicológico e impacta comportamentos de saúde específicos, como hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool e tabagismo. Assim, essas experiências acumuladas ao longo da vida podem prejudicar a saúde física, levando, em última instância, a doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e obesidade e sobrepeso. Os mecanismos causais utilizados para explicar essas associações são baseados em diferentes caminhos de estresse, incluindo

fisiológicos, psicológicos e comportamentais (RODRIGUES et al., 2022). O racismo interpessoal também diminui a autoestima e aumenta os desfechos negativos em saúde mental, como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e outros, o que reduz a capacidade de agência individual (BAILEY et al., 2017).

As vias pelas quais o estresse opera podem ser fisiológicas, psicológicas e/ou comportamentais, envolvendo uma série de hormônios e reações metabólicas, principalmente iniciadas pela ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que está envolvido em desfechos e comportamentos em saúde (RODRIGUES et al., 2022).

Figura 2 — Principais modelos conceituais da associação entre discriminação racial autopercebida e desfechos de saúde



Fonte: Rodrigues et al. (2022)

Eventos discriminatórios podem desencadear respostas de estresse interconectadas, geralmente centradas em questões físicas, psicológicas, sociais e culturais. O mecanismo fisiológico é explicado através da resposta neuroendócrina ao estresse. O estresse crônico leva à ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), que afeta tanto os resultados de saúde quanto os comportamentos de saúde. A ativação do eixo HPA causa um processo inflamatório mediado por hormônios glicocorticóides (cortisol e corticosterona). A secreção anormal de cortisol pode alterar o controle de fome e saciedade e promover a obesidade de duas maneiras. Primeiro, concentrações excessivas de cortisol estão associadas à acumulação de gordura visceral. Uma explicação para isso pode ser o aumento do metabolismo de glicocorticóides causado pelo aumento da densidade do receptor de glicocorticóides no tecido adiposo intra-abdominal em comparação com outros tecidos. Os

glicocorticóides também afetam a gordura visceral através de seu efeito no metabolismo lipídico. Agudamente, concentrações fisiológicas de cortisol estimulam a lipólise em todo o corpo. Na presença de insulina, concentrações aumentadas de cortisol inibem a mobilização lipídica e favorecem a acumulação de lipídios, seja diretamente pela estimulação da lipoproteína lipase ou indiretamente pela inibição dos efeitos lipolíticos do hormônio do crescimento. Isso pode causar ganho de peso, mesmo que o consumo de alimentos ou comportamento alimentar permaneça inalterado. A segunda maneira pela qual a secreção anormal de cortisol promove o ganho de peso é através da ativação crônica do eixo HPA, que altera o metabolismo da glicose, promove resistência à insulina e afeta vários hormônios relacionados ao apetite (por exemplo, leptina, grelina) e neuropeptídeos alimentares (por exemplo, neuropeptídeo Y). Isso causa mudanças nos mecanismos de fome e saciedade. Assim, a secreção elevada de cortisol pode levar a um comportamento alimentar cronicamente estimulado, aumentando a propensão a comer alimentos hipercalóricos e palatáveis. Essa relação também é modulada por um sistema de recompensa. O circuito de recompensa pode interagir com o eixo HPA, o que significa que comer alimentos altamente palatáveis leva a uma supressão parcial do eixo HPA e diminuição da secreção de cortisol. Uma relação bidirecional entre os níveis de cortisol e a alimentação comportamental constituiria um ciclo de feedback, onde o consumo desses alimentos sinaliza uma diminuição do estresse ao alcançar a saciedade (RODRIGUES et al. 2022).

Quando essas sinalizações ocorrem em um indivíduo, diferentes comportamentos e estratégias de enfrentamento são observadas visando aliviar o estresse gerado - os quais envolvem a mudança de seu consumo alimentar. Além disso, existe uma resposta psicológica ao estresse decorrente de experiências de discriminação que pode resultar em diferentes emoções adversas e negativas e que se acumulam durante o ciclo da vida, tais como ansiedade, depressão, culpa, raiva, tristeza, solidão, baixa autoestima e sensação de impotência (ZAUTRA, 2003).

Pensando nas estratégias de enfrentamento para tal realidade citada, elas podem ser adaptativas ou mal adaptativas. A primeira categoria se dá quando o indivíduo utiliza maneiras saudáveis de lidar com essas experiências, como descansar, praticar atividade física e buscar apoio da família e da comunidade. Já o enfrentamento mal adaptativo ocorre quando, para gerenciar o estresse e as emoções negativas, a pessoa discriminada se envolve em comportamentos de

saúde negativos ou diminui comportamentos de promoção da saúde (JACKSON; KNIGHT; RAFFERTY, 2010).

As mudanças resultantes nos comportamentos de saúde estão, em última instância, relacionadas a desfechos de saúde ruins. Além disso, é importante destacar que, após comportamentos de enfrentamento mal adaptativo, a sensação de alívio é transitória e pode ser seguida por emoções subsequentes de culpa e frustração, tanto imediatamente após quanto se acumulando ao longo do tempo (RODRIGUES, et al. 2022). Assim, se observa que o enfrentamento mal adaptativo pode estar relacionado com a melhora da saúde mental a curto prazo - pelo fato dele estar associado com com sentimentos positivos efêmeros como alívio, felicidade ou euforia -, mas pode ser problemático e ainda mais prejudicial à saúde psicológica, física e fisiológica a longo prazo (RODRIGUES, et al. 2022).

Com isso, a discriminação racial parece estar associada a hábitos alimentares não saudáveis. Diversos estudos mostram que indivíduos que sofrem discriminação racial no dia a dia apresentam comportamentos alimentares inadequados e consomem dietas não saudáveis. Isso pode se manifestar por um consumo excessivo de doces e gorduras, um menor consumo de frutas e vegetais, bem como por compulsão alimentar, episódios de comer em excesso, perda de controle ao comer, restrição alimentar, e outros sintomas de transtornos alimentares (RODRIGUES et al. 2022).

Nessa linha, NADIMPALLI et al. (2017) estudou a relação entre discriminação racial autopercebida e consumo de tanto de frutas e legumes quanto de doces em uma população do sul-asiática residente nos Estados Unidos. Foi encontrado que uma maior discriminação racial estava positivamente associada com o maior consumo de doces, mas não de frutas e legumes. Já DAWSON et al. (2015) encontrou uma associação negativa entre o racismo autopercebido e o consumo de pelo menos duas frutas por dia em norte-americanos diabéticos.

Além delas, o estudo de BRODISH et al. (2011) demonstrou uma associação positiva entre discriminação racial autopercebida acumulada ao longo da vida e um pior consumo alimentar em norte-americanos, sendo esse consumo caracterizado por um menor ingestão de vegetais e frutas, e uma maior de ultraprocessados - também, o racismo foi positivamente associado com um maior consumo de bebida alcoólica e uso de substâncias ilícitas. Também nos Estados Unidos, SIMS et al (2016) encontrou uma associação positiva entre discriminação racial e porcentagem

aumentada de calorias vindas de gorduras - e uso diário de cigarro - em homens adultos. Na mesma região, o estudo de SIMONS et al (2021) relacionou negativamente a discriminação racial a uma dieta saudável, sendo ela caracterizada por alto consumo de frutas e legumes e baixo índice de *fast food* e *fatty foods* (ie sorvete ou batata frita).

Analisando comportamento alimentar, o estudo de CLARK et al (2011) demonstrou que estresse relacionado ao racismo estava positivamente associado com compulsão alimentar em mulheres indígenas norte-americanas. Também, CUEVAS et al (2014) suportou a teoria que a discriminação racial autopercebida é um estressor que media sintomas depressivos e comportamentos em saúde não saudáveis, tais quais um menor consumo de porções de frutas e legumes que o recomendado (5) e um aumento do total de cigarros fumados.

Tais conclusões baseiam e balizam o presente estudo - e demonstram que cada vez mais a exposição diária à discriminação racial ao longo da vida é uma causa específica de estresse crônico que é biologicamente e psicologicamente incorporado ao corpo (RODRIGUES et al. 2022).

JUSTIFICATIVA

O presente estudo busca identificar a relação entre a discriminação racial autopercebida e o consumo de alimentos ultraprocessados. Estudos epidemiológicos recentes demonstraram uma associação entre discriminação racial e desfechos de saúde em populações específicas, como negras, asiáticas e Indígenas residentes nos Estados Unidos, Austrália e Canadá, bem como na América Latina e países europeus (RODRIGUES et al., 2022; PARADIES et al., 2015; BASTOS et al., 2015; WYATT et al., 2003).

Na área da saúde, o alto consumo de alimentos ultraprocessados está associado a um risco aumentado de pelo menos 32 agravos à saúde humana, incluindo câncer, doenças cardíacas e pulmonares graves, questões de saúde mental e morte precoce LANE et al. (2024).

No Brasil, as desigualdades raciais ainda são persistentes. Estatísticas oficiais evidenciam que a população que se autodeclara como preta, parda ou indígena, enfrentam desvantagem em termos de recursos econômicos, acesso a oportunidades, bem como em relação aos indicadores de saúde (FANTON et al., 2023).

Ainda existem poucas pesquisas acerca do tema da discriminação racial - e de outros determinantes sociais da saúde - dentro da área da nutrição. Além disso, existem menos ainda quando procuramos essas pesquisas aplicadas ao Brasil e suas microrregiões.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Avaliar a relação entre as experiências de discriminação racial e o consumo de alimentos ultraprocessados de adultos moradores da área central de Porto Alegre.

Objetivos específicos:

- I - Descrever as características sociodemográficas da amostra;
- II - Caracterizar os padrões de consumo de alimentos ultraprocessados de adultos da área central de Porto Alegre;
- III - Descrever as experiências de discriminação por meio da ferramenta Experiences of Discrimination (EOD).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que há associação entre discriminação racial e consumo alimentar de ultraprocessados em uma população do centro de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, sugerindo que o racismo é um fator importante no processo de saúde ou de adoecimento da população negra no Brasil. Esse foi o primeiro estudo a ser conduzido em uma população brasileira que relacionava racismo com o consumo de alimentos ultraprocessados, sendo necessário gerar um maior entendimento sobre o consumo alimentar desse tipo de alimento como um todo, uma vez que ele media o estado nutricional e a saúde dos indivíduos. Além disso, estudos na área da saúde precisam levar em conta o consumo desajustado de ultraprocessados como uma iniquidade em saúde importante: entender que determinada população tem esse consumo desajustado ajuda a entender como se dá a sua configuração de saúde e como podem ser direcionadas ações que promovam um reajuste desse consumo.

Junto disso, esse estudo é importante porque promove um maior entendimento sobre como o racismo influencia o estado de saúde de pessoas negras no Brasil, sugerindo que a discriminação racial tem influência direta no consumo aumentado de ultraprocessados por essa população. Além disso, correlacionar medidas diretas de racismo para grandes pesquisas de estado de saúde de populações, ao invés de medidas indiretas de cor de pele ou raça, é uma tendência a ser seguida mundialmente.

Mais estudos como esse devem ser conduzidos para explorar mais como a discriminação racial afeta outros aspectos do consumo alimentar, e explorar ainda mais o modelo conceitual fisiológico sugerido nessa pesquisa. Além do mais, estudos em outras regiões do Brasil também devem acontecer para explorar essa relação em outras localidades. Esse tipo de achado explora como se dá o consumo alimentar e o processo de saúde de pessoas negras no Brasil. Pesquisas como essa devem ser levadas em conta no momento de se pensar políticas públicas combativas e antirracistas em nosso país, priorizando a redução de iniquidades em saúde e a promoção de acesso justo a uma alimentação adequada, segura e saudável para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

BAILEY, Z. D. et al. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. **The Lancet**, v. 389, n. 10077, p. 1453–1463, abr. 2017.

BASTOS et al. Assessing mediators between discrimination, health behaviours and physical health outcomes: a representative cross-sectional study. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 50, n. 11, p. 1731–1742, 12 ago. 2015.

BONILLA-SILVA, E. What We Were, What We Are, and What We Should Be: The Racial Problem of American Sociology. **Social Problems**, v. 64, n. 2, p. 179–187, 8 abr. 2017.

BRAVEMAN, P. A. et al. Systemic And Structural Racism: Definitions, Examples, Health Damages, And Approaches To Dismantling: Study examines definitions, examples, health damages, and dismantling systemic and structural racism. **Health Affairs**, v. 41, n. 2, p. 171–178, 1 fev. 2022.

BRODISH, A. B. et al. Perceived Racial Discrimination as a Predictor of Health Behaviors: the Moderating Role of Gender. **Race and Social Problems**, v. 3, n. 3, p. 160–169, 31 ago. 2011.

BONATTO, S. et al. Reprodutibilidade, validade relativa e calibração de um questionário de frequência alimentar para adultos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 1837–1848, set. 2014.

CANUTO, R.; FANTON, M.; LIRA, P. I. C. DE. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 9, p. 3193–3212, set. 2019.

CLARK, J. D.; WINTEROWD, C. Correlates and Predictors of Binge Eating Among Native American Women. **Journal of Multicultural Counseling and Development**, v. 40, n. 2, p. 117–127, abr. 2012.

CUEVAS, A. G. et al. Discrimination, Affect, and Cancer Risk Factors among African Americans. **American journal of health behavior**, v. 38, n. 1, p. 31–41, 1 jan. 2014.

DAWSON, A. Z. et al. Effect of perceived racial discrimination on self-care behaviors, glycemic control, and quality of life in adults with type 2 diabetes. **Endocrine**, v. 49, n. 2, p. 422–428, 21 nov. 2014.

EURICO, M.; GONÇALVES, R.; FORNAZIER, T. Racismo e novo pacto da branquitude em tempos de pandemia: desafios para o Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 140, p. 84–100, abr. 2021.

FANTON, M. et al. Direct and indirect associations of experience of racial discrimination, dietary patterns and obesity in adults from southern Brazil. **Public health nutrition**, p. 1–23, 1 fev. 2024.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome Declaration and Plan of Action on World Food Security. **FAO**. 1996.

FATTORE, G. L. et al. Validade de constructo da escala Experiences of Discrimination em uma população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, 2016.

GALVÃO, A. L. M. et al. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, 2021.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 63–76, mar. 2017.

GEE, G. C.; FORD, C. L. Structural Racism and Health Inequities. **Du Bois Review: Social Science Research on Race**, v. 8, n. 1, p. 115–132, 8 abr. 2011.

HARDEMAN, R. R.; MEDINA, E. M.; KOZHIMANNIL, K. B. Structural Racism and Supporting Black Lives — The Role of Health Professionals. **The New England journal of medicine**, v. 375, n. 22, p. 2113–2115, 1 dez. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. **IBGE**. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Segurança Alimentar. **IBGE**. 2024.

JACKSON, J. S.; KNIGHT, K. M.; RAFFERTY, J. A. Race and Unhealthy Behaviors: Chronic Stress, the HPA Axis, and Physical and Mental Health Disparities Over the Life Course. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 5, p. 933–939, maio 2010.

JAVED, Z. et al. Race, racism, and cardiovascular health: Applying a social determinants of health framework to racial/ethnic disparities in cardiovascular disease. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 15, n. 1, 18 jan. 2022.

JONES, C. P. Confronting Institutionalized Racism. **Phylon** (1960-), v. 50, n. 1/2, p. 7–22, 2002.

KRIEGER, N. Embodying Inequality: A Review of Concepts, Measures, and Methods for Studying Health Consequences of Discrimination. **International Journal of Health Services**, v. 29, n. 2, p. 295–352, abr. 1999.

Krieger N. Discrimination and health inequities. **International Journal of Health Services**, 44: 643–710. 2014.

KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. **International Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 4, p. 668–677, ago. 2001.

LANE, M. et al. Ultra-Processed Food Exposure and Adverse Health Outcomes: An Umbrella Review of Epidemiological **Meta-Analyses**. 21 ago. 2023.

LOUZADA, M. L. DA C. et al. Impacto do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde de crianças, adolescentes e adultos: revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. suppl 1, 2021.

MENDES, L. L.; PESSOA, M. C.; COSTA, B. V. DE L. (EDS.). **Ambiente Alimentar - Saúde e Nutrição**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.

MONTEIRO, C. A. et al. Classificação dos alimentos. Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

NADIMPALLI, S. et al. Are Experiences of Discrimination Related to Poorer Dietary Intakes Among South Asians in the MASALA Study? **Journal of Nutrition Education and**

Behavior, v. 49, n. 10, p. 872-876.e1, nov. 2017.

OLIVEIRA, D. DE; RIBEIRO, D. **Racismo estrutural: uma perspectiva histórico-crítica**. São Paulo: Dandara, 2021.

PARADIES, Y. et al. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PloS One**, v. 10, n. 9, p. e0138511, 2015.

PHELAN, J. C.; LINK, B. G. Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? **Annual Review of Sociology**, v. 41, n. 1, p. 311–330, 14 ago. 2015.

PHOJANAKONG, P. et al. Experiences of Racial and Ethnic Discrimination Are Associated with Food Insecurity and Poor Health. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 22, 8 nov. 2019.

POWELL, L. M.; CHALOUPKA, F. J.; BAO, Y. The Availability of Fast-Food and Full-Service Restaurants in the United States. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 33, n. 4, p. S240–S245, out. 2007.

RODRIGUES, Y. E. et al. Perceived racial discrimination and eating habits: a systematic review and conceptual models. **Nutrition Reviews**, v. 80, n. 7, p. 1769–1786, 9 jun. 2022.

SIMS, M. et al. Perceived discrimination is associated with health behaviours among African-Americans in the Jackson Heart Study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 70, n. 2, p. 187–194, 28 set. 2016.

SIMONS, R. L. et al. The effects of social adversity, discrimination, and health risk behaviors on the accelerated aging of African Americans: Further support for the weathering hypothesis. **Social Science & Medicine**, v. 282, p. 113169, jul. 2020.

SILVIO LUIZ DE ALMEIDA. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro, 2019.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). **Health and Social Organization**. p. 71-93, 1996.

VARGAS et al. The community food environment as an effect modifier of the relationship between racial discrimination and food insecurity among adults in Southern Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v. 23, n. 1, 31 out. 2024.

WALKER, R. J.; STROM WILLIAMS, J.; EGEDE, L. E. Influence of Race, Ethnicity and Social Determinants of Health on Diabetes Outcomes. **The American journal of the medical sciences**, v. 351, n. 4, p. 366–73, 2016.

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

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International journal of health services : planning, administration, evaluation**, v. 22, n. 3, p. 429–45, 1992.

WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S. A. Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. **American Behavioral Scientist**, v. 57, n. 8, p. 1152–1173, 8 maio 2013.

WYATT, S. B. et al. Racism and cardiovascular disease in African Americans. **The American journal of the medical sciences**, v. 325, n. 6, p. 315–31, 2003.

ZAUTRA, A. **Emotions, stress, and health**. Oxford ; New York: Oxford University Press, 2003.

ANEXOS

ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto CAAE 69939617.9.1001.5347

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa "Estudo dos determinantes sociais e ambientais da alimentação e nutrição: uma abordagem ecossocial". Este estudo tem como objetivo **avaliar as condições de vida, os hábitos alimentares e o estado nutricional dos moradores da área da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília**. Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: **you responderá um questionário e ao final será medido o seu peso, altura e circunferência da cintura**.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são que você pode se sentir desconfortável devido a algum dos questionamentos, a mensuração do seu peso ou ao tempo previsto de resposta do questionário, cerca de 30 a 40 minutos.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são que você terá conhecimento do seu estado nutricional. Além disso, os resultados obtidos com este estudo serão utilizados para planejar as ações de saúde para o seu bairro e serão publicados e discutidos na comunidade científica acadêmica.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na sua unidade de saúde. Você não receberá nenhum valor para participar da pesquisa, nem terá custos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Os documentos da pesquisa serão guardados por 5 anos.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, professoras Raquel Canuto e Ilaine Schuch, pelo telefone (51) 3308-5122, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, de segunda à sexta, das 8h às 17h, pelo telefone (51) 3308-3738 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: 

|

Pesquisador de campo: _____

Porto Alegre, _____ de _____ de 201__

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 1

ANEXO II - Questionário de Frequência Alimentar

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Vou citar uma lista de alimentos e você pode dizer quantas vezes consome esses alimentos por dia, por semana, por mês ou por ano. Considere desde o mês de Maio de 2018 até agora.							
Alimento	Quantas vezes?	Por?				Código vezes	Código frequência
		1	2	3	4		
Arroz branco	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Arrbrq__	Arrbrf__
Arroz integral	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Arrintf__	Arrintf__
Batata cozida ou assada	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Batcozq__	Batcozf__
Batata frita ou palha	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Batfrq__	Batfrf__
Purê de batata	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Purebatq__	Purebatf__
Batata-doce	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Batdocq__	Batdocf__
Aipim/inhame	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Aipinhq__	Aipinhf__
Macarrão (massas)	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Macarq__	Macarf__
*Macarrão instantâneo	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Macarinq__	Macarinf__
Polenta mole	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Polmoq__	Polmof__
Polenta frita	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Polfrq__	Polfrf__
Farofa	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Faroq__	Farof__
Feijão preto	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Feijprq__	Feijprf__
*Lentilha	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Lentiq__	Lentif__
*Outras leguminosas (ervilha/soja/grão bico)	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Outlegq__	Outleg__
Pão caseiro	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Paocasq__	Paocasf__
Pão de forma/leite	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Paoforq__	Paoforf__
Pão doce/cuca	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Paodocq__	Paodocf__
Pão francês/sovadinho	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Paofraq__	Paofraf__
Pão integral	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Paointq__	Paointf__
Biscoito salgado (club social, cream cracker)	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Biscsalg__	Biscsalf__
Biscoito doce (Maria/Maizena)	0 1 2 3 4 5 6 7	D	S	M	A	Biscdcq__	Biscdcf__

Biscoito doce recheado	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Biscrecq__	Biscrecf__
Salgado assado (empada, pão de queijo)	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Salgasq__	Salgasf__
Salgado frito (coxinha, pastel, quibe)	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Salgfriq__	Salgfrif__
Bolo simples	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Bolosq__	Bolosf__
*Bolo com cobertura/recheio	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Bolocrq__	Bolocrf__
Pizza	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Pizzq__	Pizzf__
XIS - Sanduíche tipo bauru, hambúguer	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Xisq__	Xisf__
Carne de gado assada/grelhada/cozida	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Carassq__	Carassf__
Bife frito (à milanesa)	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Biffriq__	Biffrif__
Carne moída	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Carmoiq__	Carmoif__
Almôndega	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Almoq__	Almof__
Carne seca/carne de sol/charque	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Carsecq__	Carsef__
Fígado de boi	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Figboiq__	Figboif__
Carne de porco	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Carporq__	Carporf__
Frango empanado/frito	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Fraemq__	Franemf__
Frango ensopado/cozido/assado/grelhado	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Fracoqz__	Fracozf__
Peixe ensopado/cozido/assado	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Peicozq__	Peicozf__
Peixe frito	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Peifriq__	Peifrif__
Linguiça/Salame/Salsichão	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Linguq__	Linguf__
Salsicha	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Salsq__	Salf__
Ovo cozido	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Ovocoq__	Ovocof__
Ovo frito	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Ovofriq__	Ovofrif__
Achocolatado	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Achocq__	Achocf__
Leite integral	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Leitintq__	Leitintf__
Leite semidesnatado	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Leitseq__	Leitsef__
Leite desnatado	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Leitdesq__	Leitdesf__
Leite de soja	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Leitsojq__	Leitsojf__
Queijo minas/ricota	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Queminq__	Queminf__
Queijo prato/mussarela/colonial	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Queiprq__	Queiprf__

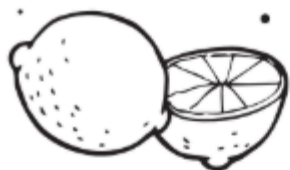
logurte	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	loguindq__	loguindf__
*Requeijão normal	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Reqnorq__	Reqnorf__
Requeijão <i>light</i>	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Reqligq__	Reqeligf__
Margarina	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Mantq__	Mantf__
Manteiga	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Margq__	Margf__
*Maionese	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Maiog__	Maiof__
Refrigerante normal	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Refnorq__	Refnorf__
Refrigerante zero/light/diet	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Refzerq__	Refzerf__
Suco natural	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Sucnatq__	Sucnatf__
Suco refresco (em pó)	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Sucrefq__	Sucreff__
Suco industrializado (em caixa)	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Sucindq__	Sucindf__
Banana	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Banaq__	Banaf__
Mamão	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Mamaq__	Mamaf__
Melancia	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Melaq__	Melaf__
Manga	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Mangq__	Mangf__
Maçã	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Maçq__	Maçf__
Laranja	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Laraq__	Laraf__
Bergamota	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Bergq__	Bergf__
Uva	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Uvaq__	Uvaf__
Agrião, alface, espinafre, rúcula, couve	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Alfaq__	Alfaf__
Brócolis, couve-flor, repolho	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Brocq__	Brocf__
Chuchu, berinjela	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Chucq__	Chucf__
Moranga, cenoura, beterraba, tomate	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Moranq__	Moranf__
Sopa de legumes	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Soplegq__	Soplegf__
Chimia: Goiabada/figo/marmelada/mel	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Chimq__	Chimf__
Chocolate/bombom	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Chocoq__	Chocof__
*Rapadura	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Rapadq__	Rapadf__
*Doce de leite	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Docleiq__	Docleif__
*Balas e chicletes com açúcar	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Balchiq__	Balchif__
Sorvete	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Sorvq__	Sorvf__

Açúcar de adição (em café, chá, etc)	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Açudadq__	Açudadf__
Adoçante artificial	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Adoçq__	Adoçf__
*Destilados (cachaça, uísque)	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Destq__	Destf__
*Cerveja, vinho	0 1 2 3 4 5 6 7	D S M A	Cervinq__	Cervinf__

ANEXO III - Experiences of Discrimination (EOD)

28. Se você sente que está sendo tratado injustamente, você geralmente:	(1) Aceita isto como um fato da vida (2) Tenta fazer alguma coisa contra isso	INJ_1 _____
29. Se você está sendo tratado injustamente, você geralmente:	(1) Fala com outras pessoas sobre isto (2) Guarda isso consigo mesmo	INJ_2 _____
30. Quando você era criança ou adolescente, você se preocupava com as pessoas do seu grupo racial por serem tratadas injustamente por causa da raça ou cor da pele?	(1) Raramente ou nunca (2) Às vezes (3) Sempre	INJ_3 _____
31. E no último ano?	(1) Raramente ou nunca (2) Às vezes (3) Sempre	INJ_4 _____
32. Quando você era criança ou adolescente, você se preocupava por sofrer experiências de tratamento injusto por causa da sua raça ou cor da pele?	(1) Raramente ou nunca (2) Às vezes (3) Sempre	INJ_5 _____
33. E no último ano?	(1) Raramente ou nunca (2) Às vezes (3) Sempre	INJ_6 _____

ANEXO IV - Folder dos 10 passos para alimentação saudável



Obrigado

Dez passos para uma alimentação saudável

- 1 Faça de alimentos *in natura* ou minimamente processados a base da sua alimentação.
- 2 Utilize óleos, sal e açúcar em pequenas quantidades ao cozinhar.
- 3 Limite o consumo de alimentos processados.
- 4 Evite o consumo de ultraprocessados (ex.: miojo, bolacha recheada, salgadinhos, etc).
- 5 Coma com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, se possível, com companhia.
- 6 Faça compra em locais que ofereça variedade de alimentos *in natura*.
- 7 Desenvolva, partilhe e exercite habilidades culinárias.
- 8 Planeje o uso de tempo para dar a alimentação o espaço que ela merece.
- 9 Dê preferência a locais que sirvam comida feita na hora.
- 10 Seja crítico quanto as informações sobre alimentação.

PESO _____ ALTURA _____ IMC _____
CINTURA _____ ESTADO NUTRICIONAL _____

ATENDIMENTOS DE NUTRIÇÃO – UBS SANTA CECÍLIA

Rua São Manoel, 543- Bairro Santa Cecília

Acolhimento - Terças-Feiras à tarde

das 13:30 horas às 17:00 horas

Sala 19