

Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?

Anti-Black racism and maternal death from COVID-19: what have we seen in the Pandemic?

Emanuelle Freitas Góes (<https://orcid.org/0000-0001-9288-6723>)¹

Andrêa J.F. Ferreira (<https://orcid.org/0000-0002-6884-3624>)¹

Dandara Ramos (<https://orcid.org/0000-0001-9162-0456>)¹

Abstract *Anti-Black Racism traverses the lives of Black and Brown women, compromising sexual and reproductive health. Obstetric racism during pregnancy, prenatal care, childbirth, abortion, and puerperium affects these women, exposing them to harmful and often lethal maternal outcomes. This study aims to present racism and its manifestations in maternal death by COVID-19. It included data from COVID-19 notifications among pregnant women and puerperae recorded in the severe acute respiratory syndrome database (2021 and 2022). Information on race/skin color, age, region, clinical signs and symptoms, ICU, and deaths were collected. The results indicate how racism affects Black and Brown pregnant women and puerperae, who have higher lethality due to COVID-19 compared to White women (a difference of 14.02%), particularly in the puerperium. Black and Brown pregnant women least accessed the ICU. After adjustments, maternal death in the puerperium for Black women was 62% more likely than for White women (OR=1.62; 95%CI: 1.01-2.63). Racism and its manifestations (dis)organize the reproductive trajectories of Black and Brown women, whose interaction with sexism contributes to harmful and lethal maternal outcomes by COVID-19.*

Key words *Racism, Obstetric Racism, Sexual and Reproductive Health, Maternal Mortality, COVID-19*

Resumo *O racismo antinegro atravessa a vida das mulheres pretas e pardas comprometendo a saúde sexual e reprodutiva. O racismo obstétrico que ocorre durante a gravidez, pré-natal, parto, aborto e puerpério atinge estas mulheres expondo-as à desfechos maternos negativos e muitas vezes letais. Este estudo objetiva apresentar o racismo e suas manifestações na morte materna por COVID-19. Estudo transversal, com dados das notificações de COVID-19 entre gestantes e puérperas registradas na base de dados da Síndrome Respiratória Aguda Grave (2021 e 2022). Foram coletadas informações sobre raça/cor, idade, região, sinais e sintomas clínicos, UTI e óbitos. Os resultados apontam como o racismo afeta as gestantes e puérperas pretas e pardas, que apresentam maior letalidade por COVID-19 comparada às brancas (diferença que alcança os 14,02%), em particular no puerpério. Gestantes pretas e pardas são as que menos acessaram UTI. Após ajustes, a chance de óbito materno no puerpério para as mulheres pretas foi 62% maior em comparação as brancas (RC=1,62; 95%IC: 1,01-2,63). O racismo e suas manifestações (des)organizam as trajetórias reprodutivas das mulheres pretas e pardas que na sua interação com o sexismo contribuem para desfechos maternos negativos e letais por COVID-19.*

Palavras-chave *Racismo, Racismo Obstétrico, Saúde Sexual e Reprodutiva, Morte Materna, COVID-19*

¹ Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde, Fiocruz-Bahia. R. Mundo 121, Trobogy. 41745-715 Salvador BA Brasil. emanuelle.goes@fiocruz.br

Introdução

O racismo é um determinante estrutural das condições de vida e do acesso aos serviços de saúde. Na atenção obstétrica, a manifestação do racismo carrega um legado histórico de violências, torturas e experimentos nos corpos das mulheres negras, por isso denominado de racismo obstétrico^{1,2}. A realização de procedimentos sem anestésias, sem atenção e cuidado, porque eram e são as mulheres negras consideradas mais resistentes são exemplos de práticas obstétricas racistas na leitura colonizada de humanidade^{2,3}. O mundo tem uma estrutura que hierarquiza a humanidade, definindo humanos (brancas/os) e subhumanos (negras/os e indígenas)⁴. A antinegitude é o fundamento da humanidade, pois na sua definição tem exclusão daquelas consideradas não pessoas, resultando na negação da pessoa negra⁵, em um pacto histórico-político-ideológico de genocídio antinegro.

Deixar viver, deixar morrer⁶, estão carregados de viés racial implícito, que corresponde a um conjunto de estereótipos históricos e sociais, que incidem sobre a população negra e grupos racialmente oprimidos, podendo ser sutis e acidentais. A tomada de decisão na atenção obstétrica, muitas vezes, tem como base o viés racial implícito, que repercute na condução do cuidado às mulheres negras nos serviços de saúde.

O racismo é um sistema institucionalizado de opressão que atribui valor e hierarquiza as pessoas com base na raça/etnia^{7,8}. Por esta razão, as mulheres negras retardam a busca por serviços de saúde, considerando as experiências individuais e coletivas de discriminações, preconceitos e violências institucionais. O racismo institucional se manifesta mesmo antes da entrada no serviço, interferindo na decisão de procurar atendimento, o que muitas vezes, as colocam numa situação limite em relação as condições de saúde⁹. Ao mesmo tempo que são também as mulheres negras que moram nas periferias, nas margens, nos bairros segregados, vivendo em piores condições de vida, onde a oferta de serviços de saúde é precária.

O racismo obstétrico situa-se na intersecção entre violência obstétrica e do racismo institucional. É caracterizado pelo agravamento da violência sofrida por causa do pertencimento racial das usuárias do serviço de saúde e pela ideologia das hierarquias raciais, que influenciam o tratamento ou as decisões diagnósticas¹⁰. O racismo antinegro acompanha as mulheres negras durante a gravidez, pré-natal, parto, aborto e puerpério.

As diversas manifestações do racismo prejudicam as mulheres, com desfechos maternos negativos e muitas vezes letais¹¹⁻¹³. Países empobrecidos e com profundas desigualdades apresentam altas taxas de mortalidade materna, distante das metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde¹⁴. A morte materna é um evento letal evitável na maioria dos casos, chegando a 90%, mas na medida em que temos uma sociedade que define critérios de humanidade, quase sempre será um agravo letal e não evitável para mulheres negras e indígenas.

Com a pandemia da COVID-19 o quadro de morte materna se agravou no Brasil e em diversos países, sendo as mulheres negras e pessoas de grupos racialmente oprimidos as principais vítimas. Quando a pandemia do novo coronavírus se instalou no país, encontrou previamente um processo de estagnação, seguido de retrocessos no que se refere à agenda dos direitos sexuais e reprodutivos, em particular as mortes maternas, que não houve redução significativa nos últimos anos. Em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19 houve um crescimento de 20% dessas mortes, seguido do incremento do dobro desta taxa no ano subsequente (15,6% em 2021 e 7,4% em 2020)¹⁵.

A pandemia, de forma direta e indireta, se tornou uma ameaça aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas e ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, aborto e puerpério), ampliando as barreiras pré-existentes no acesso a esses serviços¹⁶. São mulheres negras, indígenas, das regiões periféricas e mais jovens, as previamente expostas e que vivenciam essas barreiras no contexto anterior e atual. A Figura 1 representa o modelo teórico para a compreensão das inter-relações entre o racismo antinegro e as demais dimensões do racismo, assim como seu efeito sobre a morte materna por COVID-19.

Com isso o objetivo do presente artigo é analisar as desigualdades raciais na letalidade e na chance de óbito por Síndrome Respiratória Aguda Grave entre os casos diagnosticados para COVID-19 em mulheres gestantes e puérperas, nos anos de 2021 e 2022, considerando a variável raça uma categoria analítica e histórica que representa uma *proxy* para o estudo do racismo.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de delineamento transversal, desenvolvido a partir dos

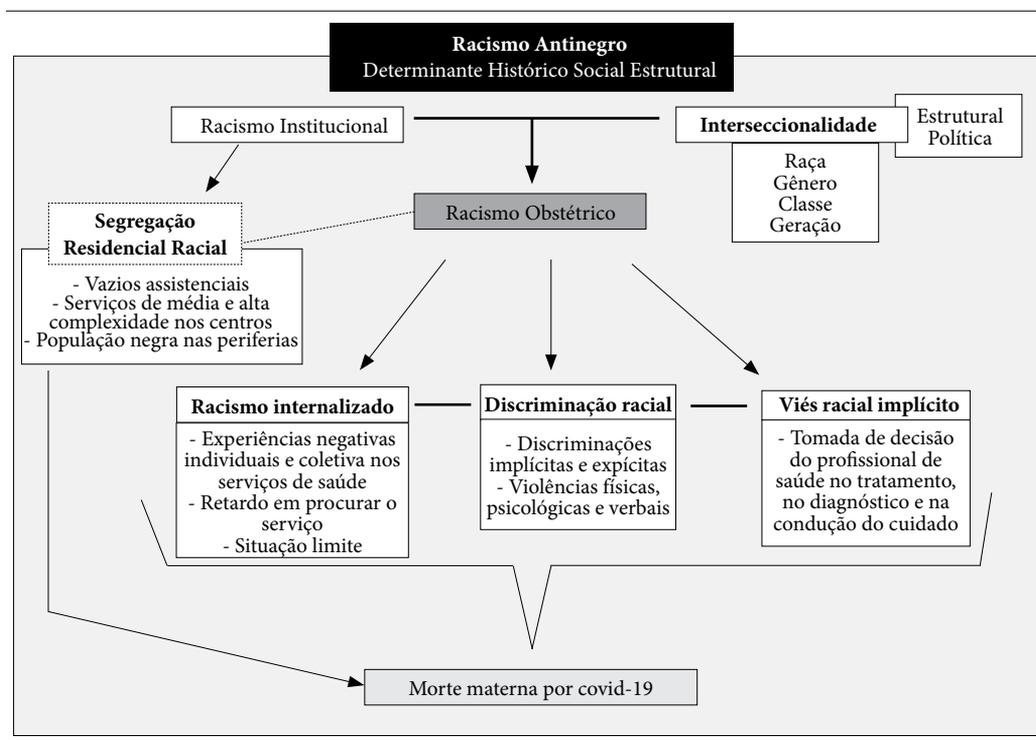


Figura 1. Modelo teórico-conceitual das relações do racismo e morte materna por COVID-19.

Fonte: Autoras.

Bancos de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave, incluindo dados da COVID-19 referentes a Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e vigilância da Síndrome Respiratória Aguda para os anos 2021 e 2022 (<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-e-2022>). Não foram utilizados os dados referentes a 2020 devido à qualidade do preenchimento do quesito raça/cor no referido período^{17,18}.

Os dados extraídos se referem às notificações de Síndrome Respiratória Aguda Grave – incluindo dados da COVID-19 datados de 1 de janeiro de 2021 a 21 de fevereiro de 2022 –, totalizando 1.715.835 casos notificados. Por tratar-se de uma base de dados desidentificados e de acesso aberto, o presente estudo não requereu aprovação em comitê de ética.

Amostra

Foram incluídas neste estudo as notificações de casos de COVID-19 (opção “SRAG por COVID-19” no campo “classifin”) que apresentaram

um desfecho clínico registrado (cura ou óbito), de raça/cor pretas, pardas ou brancas, de mulheres gestantes (resposta positiva ao campo “cs_gestant” - opções 1º, 2º, 3º trimestre ou idade gestacional ignorada; N=8.244) e puérperas (resposta positiva ao campo “puérpera”; N=2.501), totalizando 10.745 casos. Considerando o pequeno tamanho amostral de indígenas e descendência asiática entre as gestantes (39 indígenas e 61 de descendência asiática) e puérperas (15 indígenas e 13 de descendência asiática), estes grupos não foram incluídos nas análises de dados. Estas análises consideraram apenas os grupos de mulheres pretas, pardas e brancas correspondendo a 82,8% da amostra inicial de casos positivos de COVID-19 em mulheres com desfecho registrado.

Variáveis do estudo

Variáveis sociodemográficas: idade (em anos), raça/cor e região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste).

Sinais e sintomas: foram considerados os sinais e sintomas listados na ficha de notificação, são eles febre, tosse, dor de garganta, dispneia,

desconforto respiratório, saturação $O_2 < 95\%$, diarreia, vômito, dor abdominal, fadiga, perda do olfato, perda do paladar e outro sintoma.

Fatores de risco: foram considerados os fatores de risco listados na ficha de notificação. São eles: doença cardiovascular crônica, doença hematológica crônica, síndrome de Down, doença hepática crônica, asma, diabetes mellitus, doença neurológica crônica, pneumopatia crônica, imunodeficiência ou imunodepressão, doença renal crônica, obesidade e outros fatores de risco. A partir deste conjunto de variáveis foi calculado o total de fatores de risco (soma de respostas positivas aos doze fatores de risco, variável inteira de zero a 12).

UTI: indicativo de que a paciente foi internada em unidade de terapia intensiva.

Óbito por SRAG: foram codificados os óbitos registrados pelo campo “evolução”, atribuindo-se o valor um para óbitos (opção 2 “Óbito” na ficha de notificação) e zero para os demais desfechos (“Cura” ou “Óbito por outras causas”).

Análises de dados

Os dados foram processados com auxílio do *software* STATA versão 13.0. Foram calculadas estatísticas descritivas para toda a amostra, e específicas aos grupos de gestantes, puérperas e demais mulheres, categorizadas por raça/cor.

O cálculo da letalidade foi realizado por meio divisão do total de óbitos por SRAG pelo total de casos confirmados para COVID-19. Para as comparações da letalidade entre os grupos raciais, utilizou-se o teste do qui-quadrado.

Para a análise das desigualdades raciais no risco de óbito por SRAG, considerando a variável independente raça/cor como exposição de interesse, foram estimados modelos de regressão logística simples e regressão logística múltipla (ajustada por faixa etária, internação em UTI e soma de fatores de risco).

Resultados

Caracterização das mulheres hospitalizadas por COVID-19

A Tabela 1 descreve as características socio-demográficas, de sinais e sintomas, fatores de risco e internação em UTI entre as gestantes e puérperas incluídas no estudo, por raça/cor da pele. A distribuição etária entre os grupos raciais difere significativamente entre as gestantes ($\chi^2_8=43,81$;

$p < 0,05$), com um percentual mais elevado de grávidas adolescentes entre mulheres pretas e pardas em comparação com as brancas. Diferenças significativas também foram encontradas entre as puérperas, com um percentual mais elevado de puérperas adolescentes entre as mulheres pardas ($\chi^2_8=38,63$; $p < 0,05$).

Ao avaliar os fatores de risco apresentados pelas mulheres, notam-se diferenças entre os grupos raciais para as mulheres gestantes, com 50,44% das pretas declarando ao menos um fator de risco, em comparação com 48,72% das brancas e 46,27% das pardas ($\chi^2_2=6,24$; $p < 0,05$), e também entre as puérperas, com 48,97% das mulheres pretas declarando fatores de risco *versus* 41,01% das brancas e 34,64% das pardas ($\chi^2_2=17,66$; $p < 0,05$) (Figura 2). Entre os fatores de risco especificados (não listados na categoria “Outros”), os de maior prevalência foram diabetes, obesidade, doença cardiovascular crônica e asma, tanto para gestantes como para puérperas. Diferenças significativas entre os grupos raciais foram identificadas na prevalência de obesidade entre as gestantes ($\chi^2_2=11,97$; $p < 0,05$). O percentual entre mulheres pretas foi o mais elevado (31,34%), seguido das brancas (25,11%) e pardas (21,94%).

O percentual de gestantes encaminhadas para UTI diferiu significativamente entre os grupos raciais ($\chi^2_2=10,80$; $p < 0,05$), com maior proporção entre gestantes de raça/cor branca (35,50%), seguidas de pretas (32,19%) e pardas (31,94%). Diferenças também foram identificadas entre as puérperas, com maior percentual de internações em UTI para as mulheres de raça/cor preta (55,15%), seguidas de pardas (46,27%) e brancas (42,45%) ($\chi^2_2=8,98$; $p < 0,05$).

Letalidade

Foram identificados 1.308 óbitos na amostra final do estudo. A maior letalidade foi identificada entre mulheres de raça/cor preta, contabilizando 99 óbitos (17,9%), seguidas pelas pardas (736 óbitos; letalidade 15,1%) e brancas (593 óbitos; letalidade 13,3%). O resultado do teste do qui-quadrado confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas da letalidade entre os grupos raciais ($\chi^2_2=12,04$; $p < 0,05$) (Dados não apresentados nas tabelas).

A letalidade específica entre gestantes e entre puérperas está apresentada na Figura 3. O teste qui-quadrado não indicou diferenças significativas entre os grupos raciais para as gestantes ($\chi^2_2=3,10$; $p > 0,05$). No entanto, os resultados fo-

Tabela 1. Características sociodemográficas, sinais e sintomas, fatores de risco e internação em UTI dos casos de COVID-19 entre mulheres gestantes e puérperas hospitalizadas por Síndrome Respiratória Aguda Grave, por raça/cor, janeiro de 2021 a fevereiro de 2022, Brasil.

Variáveis Selecionadas	Gestantes				Puérperas			
	Pretas (N=454)	Pardas (N=4.085)	Branças (N=3.705)	Total (N=8.244)	Pretas (N=145)	Pardas (N=1.305)	Branças (N=1.051)	Total (N=2.501)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Faixa etária								
<10	0,00	0,24	0,13	0,18	0,00	0,08	0,10	0,08
10 a 19	6,17	7,96	4,86	6,47	6,21	10,73	4,76	7,96
20 a 34	70,93	68,62	68,42	68,66	57,24	62,38	63,84	62,69
35 a 49	20,70	21,37	24,91	22,93	26,90	19,85	21,03	20,75
>49	2,20	1,81	1,67	1,77	9,66	6,97	10,28	8,52
Região								
Norte	9,03	19,71	2,13	11,22	8,97	21,76	1,43	12,48
Nordeste	10,35	30,33	4,02	17,41	13,10	33,72	4,38	20,19
Sudeste	55,51	28,52	48,64	39,05	52,41	27,89	51,09	39,06
Sul	14,54	3,84	37,11	19,38	16,55	2,84	35,49	17,35
Centro-Oeste	10,57	17,6	8,10	12,94	8,97	13,79	7,61	10,92
Sinais e sintomas								
Febre	64,53	62,22	62,35	62,41	45,26	55,43	52,37	53,49
Tosse	79,85	79,19	79,06	79,17	73,53	70,99	71,23	71,24
Dor de garganta	28,18	28,18	28,82	28,47	25,84	25,43	26,79	26,07
Dispneia	69,95	68,99	71,39	70,13	76,92	70,35	67,26	69,37
Desconforto respiratório	54,78	57,49	58,61	57,84	60,42	61,08	56,56	59,02
Saturação O ₂ <95	54,62	48,02	58,93	53,41	65,31	61,34	61,58	61,68
Diarreia	15,36	12,36	15,79	14,08	7,95	10,09	13,38	11,47
Vômito	14,24	13,46	15,48	14,42	6,90	9,41	8,75	8,96
Dor abdominal	10,06	11,11	11,94	11,43	8,14	10,08	8,82	9,40
Fadiga	33,85	33,18	39,53	36,10	34,09	31,95	34,83	33,40
Perda do olfato	21,50	21,21	21,79	21,49	12,94	14,75	15,91	15,18
Perda do paladar	20,25	20,15	20,04	20,10	18,82	13,66	16,26	15,14
Outros sintomas	51,55	55,20	52,38	53,72	44,94	43,40	42,32	43,01
Fatores de risco								
Doença cardiovascular	22,90	19,00	18,38	18,92	21,43	21,38	16,49	19,05
Doença hematológica crônica	2,46	1,72	1,04	1,42	2,53	2,91	2,63	2,75
Síndrome de Down	0,00	0,43	0,09	0,24	1,25	1,62	1,85	1,71
Doença hepática crônica	0,00	0,54	0,47	0,48	1,30	1,30	1,55	1,42
Asma	8,20	10,26	11,21	10,62	6,17	7,40	6,51	6,90
Diabetes	26,32	22,75	25,29	24,23	20,99	14,06	13,46	14,18
Doença neurológica crônica	4,10	1,51	1,90	1,86	3,80	1,94	3,40	2,75
Pneumopatia crônica	0,83	2,15	2,37	2,18	1,28	3,08	2,16	2,53
Imunodeficiência ou imunodepressão	1,65	1,73	2,67	2,19	5,19	2,61	2,32	2,62
Doença renal crônica	4,07	1,65	1,43	1,68	1,30	3,42	3,11	3,15
Obesidade	31,34	21,94	25,11	24,09	18,52	14,73	15,24	15,20
Outros fatores de risco	79,65	82,84	77,95	80,32	32,14	27,52	26,11	27,14
Internação em UTI	32,19	31,94	35,50	33,59	55,15	46,27	42,45	45,18

Fonte: Autoras.

ram significativos na comparação entre os grupos raciais para as puérperas ($\chi^2_2=12,13$; $p<0,05$), indicando letalidade mais elevada entre as mulheres pretas (36,28%) em comparação com as brancas (22,26%).

Desigualdades raciais no óbito

Entre as gestantes, não foi encontrada diferença significativa na chance de óbito entre mu-

lheres brancas e pretas, tanto no modelo bruto (RC=1,22; 95%IC: 0,91-1,64), como após ajuste por faixa etária, internação em UTI e soma de fatores de riscos (RC=1,38; 95%IC: 0,97-1,98). Na comparação entre brancas e pardas, a chance de óbito para gestantes pardas foi 38% maior que para brancas, após controle pelas covariáveis do estudo (RC=1,38; 95%IC: 1,16-1,63).

Na análise das puérperas, diferenças entre mulheres brancas e pretas foram significativas

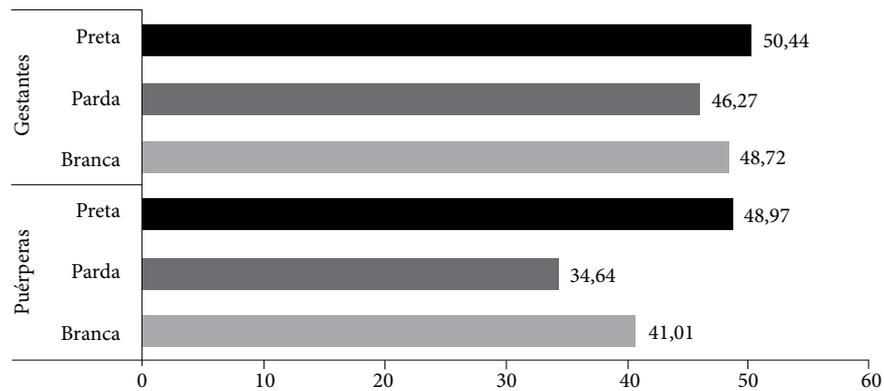


Figura 2. Fatores de risco* dos casos de COVID-19 entre mulheres gestantes e puérperas hospitalizadas por Síndrome Respiratória Aguda Grave, por raça/cor da pele, janeiro de 2021 a fevereiro de 2022, Brasil.

*Principais fatores de risco: diabetes, obesidade, doença cardiovascular crônica e asma.

Fonte: Autoras.

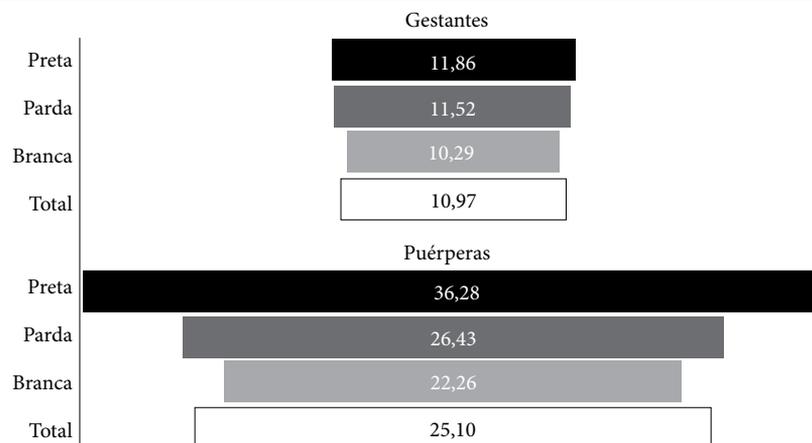


Figura 3. Comparações da letalidade (%) por SRAG conforme categorias de raça/cor de pele dos casos de COVID-19 entre mulheres gestantes e puérperas hospitalizadas por Síndrome Respiratória Aguda Grave, 1º de janeiro de 2021 a 21 de fevereiro de 2022, Brasil.

Fonte: Autoras.

no modelo bruto (RC=1,86; 95%IC: 1,28-2,71) e após ajuste pelas covariáveis, indicando um aumento de 62% da chance de óbito para as pretas em comparação com as brancas (RC=1,62; 95%IC: 1,01-2,63) (Tabela 2).

Discussão

Os resultados deste estudo apontam como o racismo e as desigualdades raciais afetam as gestantes e puérperas pretas e pardas, expondo-as a maior risco de desfecho letal associado à COVID-19, com destaque para o período puerperal, em que mulheres pretas apresentam maiores percentuais. São as mulheres pretas e pardas também às que acumulam mais fatores de risco para desfechos negativos maternos tanto na gestação como no puerpério, bem como são às gestantes pretas e pardas as que menos foram internadas na UTI.

Como fenômeno recente, ainda são escassos os estudos nacionais que analisam as desigualdades raciais na mortalidade materna por COVID-19^{19,20}. Em nível internacional, um estudo realizado nos Estados Unidos aponta resultados

semelhantes aos nossos, em que mulheres afro-estadunidenses apresentam maior concentração de fatores de risco e de chance de óbito materno por COVID-19 quando comparadas com as mulheres brancas²¹. O racismo e suas manifestações têm sido evidenciados nos estudos sobre saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica, nos quais, mulheres pretas e pardas tem menos consultas de pré-natal, peregrinam mais na hora do parto, realizam abortos inseguros e são submetidas a procedimentos sem anestesia^{2,3,9}. São elas que estão expostas à atenção desumanizada, na qual o racismo institucional, por meio do viés racial implícito ou da discriminação explícita e percebida se fazem presente nas práticas do cuidado.

São as gestantes e puérperas pretas deste estudo que apresentaram a maior prevalência de fatores de risco como doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade, conhecidos pelo seu papel na piora do quadro clínico de pacientes diagnosticados com a COVID-19. Sabe-se também que a população negra acumula mais doenças crônicas, em decorrência da precarização das suas condições de vida, moradias adensadas, ausência de saneamento, bairros com equipamentos públicos sociais insuficientes e inadequados, um espelho

Tabela 2. Resultados dos modelos logísticos brutos e ajustados da associação entre raça/cor da pele e óbito por SRAG, nos casos de COVID-19 entre mulheres gestantes e puérperas hospitalizadas por Síndrome Respiratória Aguda Grave, janeiro de 2021 a fevereiro de 2022, Brasil.

Variáveis	Gestantes				Puérperas			
	Razão de chances bruta (95%IC)	p-valor	Razão de chances ajustada (95%IC)	p-valor	Razão de chances bruta (95%IC)	p-valor	Razão de chances ajustada (95%IC)	p-valor
Raça/cor da pele								
Branca (ref.)	1		1		1		1	
Preta	1,22 (0,91-1,64)	0,191	1,38 (0,97-,198)	0,075	1,86 (1,28-2,71)	0,001	1,62 (1,01-2,63)	0,046
Parda	1,12 (0,98-1,29)	0,107	1,38 (1,16-1,63)	0,000	1,27 (0,93-1,37)	0,205	1,21 (0,95-1,54)	0,141
Faixa etária ¹								
20 a 34 (ref.)	1		1		1		1	
10 a 19	0,79 (0,10-6,10)	0,819	0,47 (0,28-0,78)	0,004	0,78 (0,51-1,20)	0,258	0,71 (0,42-1,20)	0,201
35 a 49	1,53 (1,31-1,78)	0,000	1,36 (1,13-1,62)	0,001	1,12 (0,88-1,42)	0,363	1,07 (0,80-1,44)	0,640
>49	2,74 (1,89-3,98)	0,000	3,95 (2,52-6,18)		2,01 (1,50-2,71)	0,000	2,17 (1,44-3,25)	0,000
Internação em UTI								
Não (ref.)	1		1		1		1	
Sim	8,50 (7,20-10,04)	0,000	8,08 (6,76-9,65)	0,000	7,78 (6,12-9,85)	0,000	8,00 (6,17-10,38)	0,000
Fatores de risco (soma)	1,55 (1,44-1,68)	0,000	1,30 (1,19-1,43)	0,000	1,25 (1,16-1,35)	0,000	1,12 (1,01-1,23)	0,026

¹A faixa etária <10 anos foi removida da análise devido ao pequeno tamanho amostral (N=15 entre gestantes e N=2 entre puérperas).

das regiões segregadas²². As franjas das cidades são segregadas, as pessoas vivem em vazios assistenciais. Mulheres pretas e pardas precisam se deslocar para os grandes centros para ter acesso aos serviços de saúde de média e alta densidade tecnológica, principalmente. A pandemia também evidenciou a ausência de leitos de UTI em regiões que agregam ao longo tempo desigualdades territoriais, e nestes locais estão concentradas a população negra e indígena²³.

As mulheres pretas, particularmente no puerpério, apresentaram mais sintomas graves como desconforto respiratório e saturação $O_2 < 95\%$ e acumularam mais fatores de risco, sendo as que tiveram maior letalidade por COVID-19, com uma diferença de 14,02% quando comparada com as brancas. O racismo obstétrico, influencia a tomada de decisão dos profissionais de saúde com isso hierarquiza as pessoas e desumaniza as mulheres pretas e pardas no momento do pré-natal, parto, aborto e puerpério^{1,2,10}. Em contextos extremos como a pandemia da COVID-19 essas situações são agravadas, e as decisões sobre quem deverá receber as melhores condutas no atendimento estão alicerçadas no racismo antinegro, na biopolítica do deixar viver, deixar morrer⁴⁻⁶.

As puérperas, com destaque para as pretas, são as que apresentam mais sintomas graves de COVID-19 no momento da internação. A demora em procurar o serviço de saúde pode estar relacionada com as experiências individuais e coletivas anteriores ao racismo obstétrico, que reservam às mulheres pretas e pardas esse lugar que desumaniza. Com isso, as mulheres pretas e pardas chegam ao serviço numa situação de maior agravamento do quadro clínico, com necessidade de internações em UTI, o que é chamado de situação limite⁹, como foi observado no nosso estudo. A diminuição da renda, em particular entre as mulheres inseridas no mercado informal, ocasionada pela recessão econômica e agravada pelas medidas de distanciamento social, e o receio de usuárias de buscarem os serviços por medo de contaminação em transportes públicos ou nas unidades de saúde, são outros fatores que contribuíram para a redução da procura pelos serviços e as colocaram em risco à saúde nesse período gravídico-puerperal.

Em que pese à atenção obstétrica tenha melhorado no Brasil, principalmente no acesso ao pré-natal, por meio da ampliação da cobertura da atenção básica, com programas estratégicos como Saúde da Família, as desigualdades raciais, regionais e socioeconômicas ainda persistem, é o que se observa com as taxas de mortalidade materna do país²⁴. É nesta situação que a pandemia

do novo coronavírus se insere, aprofundando o fosso desigual da atenção obstétrica, trazendo novos desafios à saúde materna no contexto nacional. O primeiro caso de morte materna por COVID-19 foi de uma jovem negra do interior da Bahia. Ela estava auxiliando seu companheiro no trabalho e se contaminou com o novo coronavírus, situação similar do primeiro caso de morte por COVID-19 no Brasil – uma trabalhadora doméstica²⁵. Essa é a biopolítica do corpo que se contamina e transmite e do corpo que morre no “serviço essencial”, no trabalho mal pago, explorado e invisível.

As medidas sanitárias universais para a contenção da pandemia, como distanciamento social, lavagem adequada das mãos, uso de máscaras e possibilidade de trabalho remoto (*home office*) não reconhecem as desigualdades prévias e o racismo que estrutura a sociedade. São as mulheres pretas e pardas que estão inseridas mais informalmente no mercado de trabalho, com os menores rendimentos, sem a possibilidade de aderir ao trabalho remoto ou ficar em casa, e conseqüentemente mais expostas à possibilidade de infecção pelo vírus do SARS-CoV-2, aspectos que apontam para a não efetividade das medidas universais neste contexto.

Para as gestantes e puérperas no início da pandemia não foi elaborado nenhum protocolo de atenção como medida principal, pelo contrário, houve um retardo nas iniciativas de prevenção/mitigação, contribuindo para aumento do óbito materno, sendo o Brasil o principal país em morte materna por COVID-19 no mundo²⁶. Especialistas no tema alertavam, no início da pandemia, considerando que esse grupo costuma estar particularmente vulnerabilizado dadas as ameaças de doenças infecciosas, que a saúde global tem históricos anteriores de como esses agravos atingem gestantes e puérperas, como aconteceu com o H1N1, em 2009, que ocasionou o aumento das mortes maternas, segundo a Organização Mundial de Saúde. Mas, é importante destacar que as doenças infecciosas quando encontram um terreno estruturado pelas desigualdades tornam mais grave o cenário de morbimortalidade materna, é o que tem sido visto com a pandemia do novo coronavírus. As medidas para gestantes deveriam ser para além da telemedicina, que ainda alcança poucas, por causa das barreiras tecnológicas. O fornecimento de ampla testagem diagnóstica de forma periódica, distribuição de máscaras cirúrgicas/N95 e álcool gel nas unidades em que realizam pré-natal, além de busca ativa das gestantes e puérperas e ampla cobertura vacinal são exemplos de medidas preven-

tivas que deveriam ser adotadas em larga escala neste contexto pandêmico.

Em emergências sanitária, política ou econômica, as mulheres e seus direitos ficam sob ameaça. Na Pandemia da COVID-19 a saúde sexual e reprodutiva das mulheres ficou secundarizada, sendo considerada serviço não essencial. Para a priorização no controle do novo coronavírus houve interrupções nas cadeias de suprimentos em geral e o redirecionamento da produção de insumos para COVID-19, além do deslocamento de profissionais de saúde para atenção e cuidado com as pessoas vítimas do vírus. Com isso, houve redução de ofertas de consultas de pré-natal e de atendimentos às puérperas, disponibilização de métodos contraceptivos e medicamentos de uso contínuo utilizados no tratamento do HIV e outras infecções transmissíveis, impactando diretamente as mulheres pretas e pardas, que compõem o grupo de pessoas que mais utilizam o sistema público de saúde¹⁶. Essas medidas podem ser denominadas de tirania do urgente, situação em que gênero, raça e outros marcadores sociais de opressão não são considerados prioridades para respostas a surtos de doenças, negligenciando as dinâmicas desiguais previamente estabelecidas²⁷.

As desigualdades de gênero no cuidado sobrecarregam as mulheres, em particular as pretas, pardas, pobres e de periferia que, na sua maioria, são as principais responsáveis pelo cuidado na esfera profissional e doméstica. Com isso, a pandemia se apresentou de forma mais intensa para as mulheres com adoecimento físico e mental, repercutindo também na indisponibilidade de acessarem serviços de saúde sexual e reprodutiva, pela ausência de tempo, dada a dupla ou tripla jornada de trabalho (casa, trabalho e filhos)¹⁶.

Muitas gestantes e puérperas continuaram em seus trabalhos mesmo em situação de risco por falta de uma política de saúde e de transferência de renda efetiva. As que conseguiram licença por conta da gravidez, estão sob ameaça de retomar o trabalho de forma obrigatória mesmo sem completar o esquema vacinal²⁸. As mulheres são vítimas de um estado racista patriarcal que coloca os direitos garantidos sempre em ameaça, o que tem, muitas vezes, ceifado vidas. O Brasil atualmente está sob uma gestão de retrocessos em direitos constitucionais e humanos adquiridos, um governo federal de extrema-direita que atua para adensar as desigualdades raciais, sociais e de gênero¹⁶.

Este estudo tem como objetivo preencher lacunas sobre o racismo e suas manifestações na morte materna por COVID-19, no sentido de contribuir para a superação das desigualdades

raciais na saúde por meio de evidências científicas. Porém, é importante referir algumas limitações, entre elas, a impossibilidade das análises pela escolaridade como *proxy* de posição socioeconômica, dada a sua incompletude (mais de 50% de valores faltantes). O número de casos notificados entre mulheres indígenas e de descendência asiáticas foi relativamente pequeno, e não foi possível incluí-las nos modelos de análise, apesar de reconhecermos a importância do estudo dos impactos da COVID-19 na mortalidade materna nestes segmentos populacionais. Nossos achados não consideram o cenário da pandemia no ano de 2020, devido a não coleta/disponibilização pública do quesito raça/cor neste período.

Em última análise, o racismo e suas manifestações (des)organizam as trajetórias reprodutivas das mulheres pretas e pardas que na sua interação com o sexismo afetam os comportamentos individuais, as relações interpessoais e as práticas de cuidado, contribuindo para desfechos negativos à saúde sexual e reprodutiva. As mulheres pretas e pardas não conseguem realizar a escolha plena de uma maternidade sem opressão, hierarquias e violências, ver filhas/os crescerem com saúde e bem viver. Assim como elas não conseguem interromper a gravidez com autonomia reprodutiva e segurança. Para isso, é preciso um Estado que enfrente o racismo e as desigualdades raciais, que as maternidades negras sejam vistas como maternidades legítimas em todos os seus processos, desde a decisão pela gestação até na procura pela atenção e cuidado. As/Os formuladoras/es de políticas públicas e defensoras/es dos direitos humanos precisam avançar na agenda da saúde sexual e reprodutiva numa perspectiva interseccional, pela justiça reprodutiva, para superar o racismo obstétrico e tudo que ele promove.

Colaboradores

EF Góes, AJF Ferreira e D Ramos trabalharam na concepção, no delineamento, análise e interpretação dos dados, na redação e revisão crítica do artigo e na aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Referências

1. Tempesta GA, Eneile M. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amaz Rev Antropol* 2021; 12(2):751-778.
2. Goes EF. Discriminação Interseccional: Racismo Institucional e Violência Obstétrica. In: Bastos ACS, Pontes VV, organizadores. *Nascer não é igual para todas as pessoas*. Salvador: EdUFBA; 2020. p. 11-503.
3. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* 2017; 33:e00078816.
4. Lugones M. Rumo a um feminismo descolonial. *Rev Estud Fem* 2014; 22(3):935-952.
5. Vargas JHC. Racismo não dá conta: antinegitude, a dinâmica ontológica e social definidora da modernidade. *Rev Pauta* 2020; 18(45):16-26.
6. Carneiro AS. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser* [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2005.
7. National Institute for Children's Health Quality (NIHQ). *The impact of institutional racism on maternal and child health* [Internet]. [acessado 2022 mar 13]. Disponível em: <https://www.nichq.org/insight/impact-institutional-racism-maternal-and-child-health>.
8. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc* 2016; 25(3):535-549.
9. Goes EF, Menezes GMS, Almeida MCC, Araújo TVB, Alves SV, Alves MTSSB, Aquino EML. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00189618.
10. Davis D-A, Varner C, Dill LJ. *A Birth Story* [Internet]. Anthropology News; 2021 [cited 2022 mar 13]. Available from: <https://www.anthropology-news.org/articles/a-birth-story/>.
11. Batista LE, Rattner D, Kalckmann S, Oliveira MCG. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. *Saude Soc* 2016; 25(3):689-702.
12. Pícoli RP, Cazola LHO, Lemos EF. Mortalidade materna segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2017; 17(4):729-737.
13. Crear-Perry J. *Systemic racism, a key risk factor for maternal death and illness* [Internet]. National Heart, Lung, and Blood Institute; 2021. [cited 2022 mar 13]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/news/2021/systemic-racism-key-risk-factor-maternal-death-and-illness>.
14. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Saúde materna* [Internet]. [acessado 2022 mar 13]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>.
15. Takemoto ML, Nakamura-Pereira M, Menezes MO, Katz L, Knobel R, Amorim MM, Andreucci CB. Higher case fatality rate among obstetric patients with COVID-19 in the second year of pandemic in Brazil: do new genetic variants play a role? *medRxiv*; 2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.05.06.21256651>.
16. Reis AP, Góes EF, Pilecco FB, Almeida MCC, Diele-Viegas LM, Menezes GMS, Aquino EM. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. *Saude Debate* 2021; 44(n. esp. 4):324-340.
17. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Sistemas do SUS não têm dados suficientes de raça/corde pacientes durante a pandemia* [Internet]. [acessado 2022 mar 9]. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/sistemas-do-sus-nao-tem-dados-suficientes-de-racacorda-pele-de-pacientes-durante-a-pandemia>.
18. Lopes IS. Ausência de raça e gênero no enfrentamento da pandemia no Brasil. *Rev Eletr Comunic Inf Inov Saude* 2021; 15(2):294-300.
19. Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Katz L, Salgado HO, Amorim MMR, Takemoto MLS. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis* 2021; 72(11):2068-2069.
20. Gurzenda S, Castro MC. COVID-19 poses alarming pregnancy and postpartum mortality risk in Brazil. *EClinicalMedicine* 2021; 36:100917.
21. Tai DBG, Shah A, Doubeni CA, Sia IG, Wieland ML. The disproportionate impact of COVID-19 on racial and ethnic minorities in the United States. *Clin Infect Dis* 2021; 72(4):703-706.
22. Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trab Educ Saude* 2020; 18(3):e00278110.
23. Pública. *Em meio à pandemia de coronavírus, Brasil enfrenta "desertos" de UTIs* [Internet]. [acessado 2022 mar 15]. Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/em-meio-a-pandemia-de-coronavirus-brasil-enfrenta-desertos-de-utis/>.
24. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garmelo L. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad saude publica* 2018; 34(5):e00110417.
25. Melo ML. *Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon* [Internet]. Uol; 2020 [acessado 2022 mar 15]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>.
26. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *COVID-19 tem impactos "devastadores" sobre as mulheres, afirma diretora da OPAS* [Internet]. [acessado 2022 mar 15]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-5-2021-covid-19-tem-impactos-devastadores-sobre-mulheres-afirma-diretora-da-opas>.
27. Smith J. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender Development* 2019; 27(2):355-369.
28. Pina R. *Grávidas deverão voltar ao trabalho: 'Risco não vale a pena', diz médica* [Internet]. Universa Uol; 2022. [acessado 2022 mar 14]. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2022/03/01/gravidas-deverao-voltar-ao-trabalho-risco-nao-vale-a-pena-diz-medica.htm/>.

Artigo apresentado em 30/06/2022

Aprovado em 20/10/2022

Versão final apresentada em 22/10/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

