

Covid-19 e a população negra

Covid-19 and the black population

Covid-19 y la población negra

Luís Eduardo Batista^(a)

<lebatista@saude.sp.gov.br> 

Adriana Proença^(b)

<drikaproenca@gmail.com> 

Alexandre da Silva^(c)

<alexandre.geronto@gmail.com> 

^(a) Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Avenida Dr. Arnaldo, 351, 1º Andar. São Paulo, SP, Brasil. 01246-000.

^(b) Grupo de Trabalho Racismo e Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Jundiaí. Jundiaí, SP, Brasil.

O racismo estrutura profundamente a nossa sociedade e tem relação com as condições de trabalho, renda, emprego e escolaridade. Ele determina o local de moradia e a possibilidade de acessar ou não direitos à justiça, a bens e a serviços de saúde. De acordo com Silva¹ a qualidade da assistência e os cuidados prestados também revelam como o racismo opera no sistema de saúde e desafiam a agenda da gestão pública. Para além desses fatores, o racismo articula-se com a pobreza, o sexismo, o idadismo e as diferentes realidades subjetivas. Ora um elemento fica mais aparente, ora outro, e diversas vezes há interseccionalidade de dois ou mais desses elementos.

Os reflexos do racismo ficaram ainda mais escancarados com a chegada de uma das piores crises sanitárias do mundo, causada pelo coronavírus (Sars-CoV-2). Para Hallal², as desigualdades estruturais da sociedade brasileira tiveram influência sobre as altas taxas de mortalidade das populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade social: pessoas com baixa renda, baixa escolaridade, residentes em aglomerados subnormais urbanos, indígenas e a população negra. Para Werneck³ e colaboradores:



Não é mais possível dizer para as pessoas lavarem as mãos sem que exista saneamento adequado ou para não se aglomerarem em transportes públicos lotados. Não são os comportamentos individuais que explicam as desigualdades estruturais e a pandemia só as escancara³. (p. 5)

A população negra, que já vivia em situação de exclusão com falta de recursos básicos para sobrevivência, com piores condições econômicas, pior qualidade de vida e precário acesso aos atendimentos de saúde, foi empurrada ainda mais à margem da sociedade, o que nos obriga a afirmar: a pandemia de Covid-19 tem cor⁴.

Um dos primeiros registros de caso de óbito confirmado do novo coronavírus foi notificado em março de 2020 e era uma mulher negra de 57 anos, doméstica. Mais de um ano depois, essa morte personifica milhares de outras de brasileiros (as) impedidos (as) de evitar situações de exposição ao vírus, seja usufruindo do trabalho *home office* ou de recursos suficientes para se manter no distanciamento social decretado por estados e municípios. Sem auxílio emergencial decente, essas pessoas ficaram, e ainda estão, mais expostas à contaminação.

A sobremortalidade da população negra é também resultante de uma série de omissões e desarticulações por parte do poder público. O quesito raça/cor não foi levado em consideração para a análise da situação epidemiológica da Covid-19. A inclusão desse dado se deu após esforços do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), da Coalizão Negra por Direitos e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade. Ainda assim, por conta da falta de monitoramento dos órgãos de saúde, essa informação não tem sido devidamente preenchida nem analisada nos boletins epidemiológicos. A falta ou o mal preenchimento do quesito raça/cor nos boletins médicos, dado importante para a tomada de decisão, pode ser interpretado como a subjetividade do racismo institucional e a resistência para mudanças de práticas sabidamente insuficientes para garantir mais saúde e menos doenças para a população negra.

Somada a isso, a péssima condução do governo federal no combate à pandemia deixou cidadãos e cidadãs à deriva⁵, especialmente os (as) usuários (as) do Sistema Único de Saúde (SUS) – 67% deles pretos (as) e pardos (as). Diferentemente de outros países do mundo, o Brasil não adotou estratégias emergenciais para mitigar a transmissão do vírus, e as consequências dessa negligência foram a superlotação de hospitais públicos, a falta de insumos hospitalares, incluindo respiradores e oxigênio, nos levando, em julho de 2021, a um vergonhoso segundo lugar de total de mortes no mundo: mais de 520 mil vidas perdidas⁶.

Parte significativa dessas mortes poderia ter sido evitada se as decisões do governo federal não estivessem nos interesses econômicos e privados em detrimento da vida, ou se houvesse uma estruturação dos serviços públicos de saúde e um aumento da sua capilaridade para o atendimento primário de qualidade. Indo mais a fundo, se houvesse uma gestão adequada para atender os cidadãos e as cidadãs em maior situação de vulnerabilidade social que, em sua maioria, é negra. Em suma, a população negra, presente nos mais precários territórios, atividades laborais e desproteção social, segue negligenciada, desamparada e ainda mais suscetível à morte pela Covid-19.

O vírus da Covid-19 é democrático?

Ao abordarmos a Covid-19 na população negra, é necessário discutir a restrição de possibilidades de escolhas. É preciso apontar que a maioria dessas pessoas não pode trabalhar em casa (*home office*), especialmente pelo tipo de atividade que exerce, e continuar recebendo seus salários e benefícios, como plano de saúde e cesta básica. É preciso considerar se essas pessoas possuem residência que possa se manter arejada e com distanciamento social, moradias onde residem duas ou três gerações de familiares; se há o acesso a água encanada, luz e internet; se têm condições de ir e vir de forma segura; se possuem comorbidades e/ou condições de saúde. Essas características impõem a necessidade de pensarmos estratégias de enfrentamento da pandemia de acordo com as especificidades de cada grupo populacional.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁷ mostram que o percentual de brasileiros (as) trabalhadores (as) pretos (as) e pardos (as) em ocupações informais é de 47,3%, enquanto entre os trabalhadores (as) brancos (as) o valor é de 34,6%, comprovando o desamparo da população negra, agravado desde março de 2020 com aumento de pessoas negras desalentadas. São aproximadamente 17 milhões de pessoas desempregadas e 19 milhões passando fome e parte significativa da população negra está nesse contingente.

No contexto da Covid-19 há um maior número de internações e óbitos por Covid-19 entre faxineiras (os) e auxiliares de limpeza (62%); aposentados (as) (30%); empregadas domésticas (6,5%); diaristas e cozinheiras (6,5%); técnicos e profissionais de saúde de nível médio (0,3%); vendedores (as) (0,3%); caminhoneiros (0,3%); entregadores de mercadorias (0,3%); auxiliares de produção (0,3%); e outros (0,3%)⁷.

Também não foi considerada a prioridade para vacinar profissionais como domésticas, merendeiras, professoras e professores, cuidadoras, motoristas de ônibus e outros profissionais que trabalham para garantir as possibilidades de isolamento e proteção à Covid-19 de tantas pessoas não negras e com bom poder aquisitivo.

No que diz respeito ao acometimento de grupos etários em tempos de pandemia, pessoas idosas negras apresentam maior adoecimento e morte pela Covid-19, uma vez que podem ter todos os fatores e condições cientificamente associados, como apresentar comorbidades, serem velhas e terem a pele escura. Pesquisas norte-americanas já apontavam para esse maior adoecimento⁸ entre idosos (as) negros (as) e, mais uma vez, o poder público federal negou a ciência e mais mortes evitáveis ocorreram nesse grupo social historicamente desamparado das políticas públicas.

Não foram levadas em consideração, pelo poder público, as diversas evidências científicas que sugeriram formas mais assertivas para o enfrentamento da pandemia com a preservação de mais vidas. Pesquisa realizada em maio de 2021 apontou que a efetividade da campanha de imunização contra o coronavírus em muitos municípios seria melhor se houvesse a inclusão do critério geográfico além do etário, ou seja, que pessoas residentes em bairros onde a proporção de óbitos por grupos etários é maior tivessem prioridade na fila da vacinação⁹. Uma análise feita pelo LabCidade, com base em dados do Ministério da Saúde e publicada pelo jornal Folha de S.Paulo, ilustra bem a disparidade de vacinados e mortos pela Covid-19 nos bairros ricos e nos pobres da cidade de São

Paulo, justamente por ter sido levado em consideração apenas o critério etário. Enquanto em Moema, Pinheiros e Consolação 16% dos moradores estavam vacinados pelo critério etário e com mortalidade entre dez e vinte pessoas a cada dez mil habitantes, em bairros majoritariamente negros, como Parelheiros, Cidade Tiradentes e Jaraguá, variavam de 4% a 8% de vacinados e com uma média de cinquenta mortos a cada dez mil habitantes¹⁰.

No que tange à população quilombola, residente ou não em territórios demarcados, ela ainda luta pelo direito de prioridade no processo de vacinação. Além da falta de dados atuais para o mapeamento da população quilombola no Brasil, o governo tem usado dados do censo de 2010 e feito uma absurda exigência de que se comprove a residência em comunidade quilombola para a inclusão no plano de vacinação.

Diversos estudos evidenciam prevalências mais elevadas das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre a população negra quando comparada com a população branca^{1,5,11,12}. Segundo os autores, sem identificar o racismo como fator de risco é impossível compreender o que faz a população negra ser mais suscetível às doenças crônicas não transmissíveis e, conseqüentemente, ao Covid-19. Ainda há outro ponto importante, mas pouco discutido: pessoas com DCNT como hipertensão, diabetes, acidente cerebral e seus fatores de risco, como tabagismo e menor consumo de frutas e hortaliças, não conseguiram procurar atendimento médico por conta do isolamento social. Os especialistas não escondem a preocupação de que os portadores de doenças crônicas não consigam acesso para o tratamento médico indicado e, nesse caso, o risco de esse grupo ficar mais vulnerável à Covid-19 é real por causa das comorbidades. O mesmo se aplica aos portadores de doença falciforme, com mais casos entre a população negra. Apesar de ter sido incluída no Plano Nacional de Imunização, não está contextualizada sobre a ótica racial e também não há um acompanhamento se os municípios têm atendido ao plano.

A determinação social do processo saúde-doença é um marco da construção teórica e metodológica da Saúde Coletiva latino-americana, entretanto essa construção parece servir para fazermos análises e gestão considerando variáveis, como idade, escolaridade, renda, sexo e local de moradia. É necessário que os estudos e a gestão das ações e políticas de saúde avancem suas análises para considerar a intersecção gênero, classe e raça/cor como construto da determinação social em saúde. É imprescindível considerar as condições sociais, econômicas e o impacto do racismo na população negra, indígena e cigana. Portanto, sexo, classe e raça/cor são categorias analíticas e devem estar presentes na construção de nossas pesquisas, nas ações, políticas e nos programas e processos de formação em Saúde Coletiva.

Os dados epidemiológicos pré-pandemia já mostravam iniquidades históricas e, com as ações e omissões para o enfrentamento ao Covid-19, novos dados agora sobre o vírus e seus desfechos também apontam a piora das condições de saúde, condições econômicas e de bem-estar das populações negras e indígenas. O racismo que está impregnado na sociedade brasileira nos desafia a desenvolver estudos, formações, políticas, programas e ações que promovam a equidade¹³. Afinal, como apontam Akerman e Pinheiro¹⁴:

[...] não estamos todos no mesmo barco singrando para o fim do mundo.
Há transatlânticos, iates, lanchas, veleiros, escunas, caiaques, barcos a remo,
jangadas, e até naufragos agarrados em troncos no meio da tempestade.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Python Cyrino

Submetido em

26/07/21

Aprovado em

28/07/21

Referências

1. Silva A, Rosa TEC, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DSC, et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21 Suppl 2:e180004. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>
2. Hall PC. Comissão parlamentar de inquérito - Ações e omissões do Governo Federal no enfrentamento da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Brasília: Senado Federal; 2021. p. 12.
3. Werneck GL, Bahia L, Moreira JPL, Scheffer M. Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil [Internet]. São Paulo; 2021 [citado 15 Jul 2021]. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf
4. Santos MPA, Nery JS, Goes EF, Silva A, Santos ABS, Batista LE, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud Av*. 2020; 34(99):225-44. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>



5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018 População Negra: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas para a população negra nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 8 Jul 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2018_populacao_negra.pdf
6. Menezes RF, Soares A, Camargo IA. Panorama internacional sobre o enfrentamento à pandemia de covid-19 no ano de 2020. *Humanidades Inovação* [Internet]. 2021 [citado 8 Jul 2021]; 8(35):53-70. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5342>
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD/Covid19* [Internet]. 2020 [citado 8 Jul 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/27946-divulgacao-semanalpnadcovid1.html?=&t=resultados>
8. Barber S, Headen I, Branch B, Tabb L, Yadeta K. *Covid-19 in context: racism, segregation, and racial inequities in Philadelphia* [Internet]. Philadelphia: Drexel University; 2020 [citado 2 Nov 2020]. Disponível em: [https://drexel.edu/uhc/resources/briefs/Covid-19 in Context/](https://drexel.edu/uhc/resources/briefs/Covid-19%20in%20Context/)
9. Instituto Pólis. *Raça e covid no Município de São Paulo* [Internet]. São Paulo: Instituto Pólis; 2020 [citado 8 Jul 2021]. Disponível em: <https://polis.org.br/estudos/raca-e-covid-no-msp/>
10. Collucci C. *Vacinação em SP não prioriza bairros com mais mortes por Covid-19. Folha de São Paulo* [Internet]. 4 Jul 2021 [citado 8 Jul 2021]. *Equilíbrio e Saúde*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/07/vacinacao-em-sp-nao-prioriza-bairros-com-mais-mortes-por-covid-19.shtml>
11. Malta DC, Moura L, Bernal RTI. Diferenciais dos fatores de risco de Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/cor. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(3):713-25. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.16182014>
12. Barros MBA, Lima MG, Medina LPB, Szwarcwald CL, Malta DC. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016; 15(1):148. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0439-0>
13. Almeida-Filho N. Qualidade-equidade em saúde: novos desafios em um estado de mal-estar social. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e200171. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.200171>
14. Akerman M, Pinheiro WR. *Covid-19: Não estamos no mesmo barco* [Internet]. 2020 [citado 8 Jul 2021]. Disponível em: <https://diplomatieque.org.br/covid-19-nao-estamos-no-mesmo-barco/>