

## Racismo, saúde e pandemia: uma revisão narrativa da relação entre a população negra e eventos da COVID-19 no ano de 2020

Racism, health and pandemic: a narrative review of the relationship between black population and COVID-19 events in 2020

Marcos Vinícius Ribeiro de Araújo (<http://orcid.org/0000-0001-5400-0207>)<sup>1</sup>

Ruan Carlos Pereira-Borges (<http://orcid.org/0000-0003-4152-5607>)<sup>2</sup>

**Abstract** *This study aimed to analyze how scientific publications described and interpreted findings about the relationship between the Black population and events linked to COVID-19 in 2020. Narrative review with systematic search, in which a survey was conducted on articles published in 2020 in the Scopus, Medline/PubMed, and Web of Science databases. Initially, 665 articles were found, and after reading and applying the eligible criteria, the final number of 45 articles was reached. Epidemiological, observational studies, secondary data and developed in the United States predominated. Four groupings and respective findings emerged from the synthesis of information extracted: Main events in the Black population – high number of deaths and mortality rate; Direct relationships – poor health, housing, and work conditions; Intermediate relationships – low income and anti-Black prejudice; Comprehensive relationships – structural racism and social determinants of health. The identification of racial health disparities is an important finding about the dynamics of the pandemic among the Black population. However, multicausal explanations were limited. It is necessary to mobilize critical theoretical resources from ethnic and health studies to qualify research in order to support global actions to combat the SARS-CoV-2 epidemic in this group.*

**Keywords** *Racism, Public health, Social determinants of health, COVID-19*

**Resumo** *Objetiva-se analisar como as publicações científicas descreveram e interpretaram os achados sobre a relação entre a população negra e eventos ligados à COVID-19 em 2020. Revisão narrativa com busca sistemática, na qual realizou-se um levantamento de artigos publicados em 2020 nas bases Scopus, MedLine/PubMed e Web of Science. Inicialmente foram encontrados 665 artigos, após a leitura e aplicação dos critérios elegíveis, chegou-se ao número final de 45 artigos. Predominaram estudos epidemiológicos, observacionais, dados secundários e desenvolvidos nos Estados Unidos. Da síntese das informações extraídas emergiram quatro agrupamentos e respectivos achados: principais eventos na população negra – alto número de óbitos e elevada taxa mortalidade; relações diretas – más condições de saúde, moradia e trabalho; relações intermediárias – baixa renda e preconceito antinegro; relações abrangentes – racismo estrutural e determinantes sociais da saúde. A identificação das disparidades raciais em saúde é uma importante constatação sobre a dinâmica da pandemia entre a população negra, porém as explicações multicausais mostraram-se limitadas. É necessário mobilizar recursos teóricos críticos dos estudos de raça e saúde para qualificar pesquisas, visando oferecer suporte em ações globais no enfrentamento da epidemia por SARS-COV2 neste grupo.*

**Palavras-chave** *Racismo, Saúde pública, Determinantes sociais da saúde, COVID-19*

<sup>1</sup> Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde, Universidade Federal da Bahia. R. Padre Feijó 312, casas 47 e 49, Canela. 40.110-170 Salvador BA Brasil. marcos.araujo@ufba.br

<sup>2</sup> Programa de Residência Multiprofissional Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte MG Brasil.

## Introdução

Os casos de pneumonia de causa desconhecida em pacientes de Wuhan, na China, no final de 2019, levaram à descoberta do novo coronavírus<sup>1</sup>. As rotas do transporte moderno entre as populações em massa<sup>2</sup> favoreceram a rápida dissipação viral entre os continentes, desencadeando um devastador impacto internacional, sendo, em março de 2020, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a pandemia do novo coronavírus.

Diante dessa nova situação mundial de saúde, respostas relativas aos grupos de risco, medidas de contenção, mitigação, supressão e recuperação foram objetos de ações e pesquisas em saúde pública, produzidas em velocidade nunca vista antes<sup>3</sup>.

Em relação aos grupos de risco, no primeiro momento, os idosos foram identificados como sendo mais vulneráveis<sup>4</sup>. Logo que medidas restritivas de circulação começaram a ser implementadas, acompanhadas de ações governamentais socioeconômicas<sup>5</sup>, o tema das desigualdades sociais e do adoecimento por SARS-COV2 em diferentes grupos, a exemplo da população negra, foi ganhando interesse também dos pesquisadores.

A revisão sistemática conduzida por Souza *et al.*<sup>6</sup> em setembro de 2020, objetivando analisar a associação de raça com maior risco de adoecimento e morte devido à COVID-19, concluiu que diferenças observadas nas taxas de internação e mortalidade pela SARS-COV2 são “reflexos de tendências gerais” nas disparidades de saúde raciais/étnicas, que surgem de interações como: pobreza, acesso à saúde, fatores individuais e doenças crônicas.

Em que pese a identificação das desigualdades étnico-raciais em saúde na população negra já tenha sido documentada por estudos anteriores à situação pandêmica, ainda são incipientes as explicações dos mecanismos de articulação e sustentação da situação de saúde desse grupo populacional. Assim, ao considerar a magnitude da pandemia de COVID-19 na população negra e os primeiros estudos sobre esta temática, é importante visitar essa questão, uma vez que, além do valor de registro histórico, compreender os sentidos dessa síntese de achados também constitui um novo ponto de partida, que pode influenciar o direcionamento da produção de conhecimento nessa temática.

Desse modo, o objetivo deste artigo é analisar como as publicações científicas descreveram

e interpretaram os achados sobre a relação entre a população negra e eventos ligados à COVID-19 no primeiro ano da pandemia.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa de artigos científicos com busca sistemática, tomando como referência a escala SANRA – Scale for the Assessment of Narrative Review Article<sup>7</sup>. Foi feito o levantamento de artigos científicos, indexados nas bases de dados MedLine/PubMed, Scopus (Elsevier) e Web Of Science entre os meses de dezembro de 2020 e março de 2021.

Após a leitura exploratória de artigos temáticos e consulta ao Medical Subject Headings Terms (MeSH) da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), foram definidos os descritores de busca: “COVID-19”, “Coronavirus”, “Race”, “Racism”, “Black People”, combinando os descritores associados aos operadores booleanos conforme o Quadro 1. Foram incluídos: os artigos empíricos completos publicados em revistas científicas durante o ano de 2020; que investigaram a temática da COVID-19 junto à população negra. Excluíram-se: duplicidades; artigos de opinião, revisão de literatura e ensaios teóricos, ainda que tratassem do tema.

Inicialmente foram encontrados 665 artigos. Em seguida, realizou-se a leitura exploratória dos títulos e resumos, obedecendo aos critérios de elegibilidade. Após a leitura dos artigos na íntegra, restaram 45, conforme a Figura 1. Por fim, foi construída uma tabela de organização e análise dos dados contendo as categorias emergentes da leitura de conteúdos extraídos das seções “resultados e discussão” dos artigos, a saber: “principais eventos na população negra”, “relações diretas”; “relações intermediárias”; e “relações abrangentes”.

## Resultados

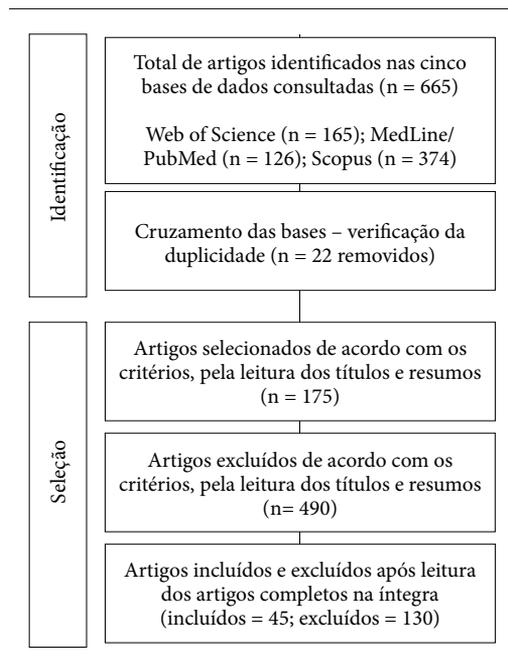
Os resultados permitiram identificar que a maior parte dos estudos se concentram nos Estados Unidos, descritos na Tabela 1. O termo “US counties”, para referir-se aos condados estadunidenses, foi utilizado em grande parte dos artigos, tendo em vista uma análise geral da população do país, sem especificar o estado.

Entre os artigos, identificou-se o predomínio de estudos epidemiológicos observacionais, desenvolvidos a partir de dados secundários,

**Quadro 1.** Protocolo com as estratégias de buscas utilizadas.

Bases de dados	Descritores utilizados	Tipo de busca	Artigos encontrados
MedLine/ PubMed	((“COVID-19” OR “Coronavirus”) AND (“Race” OR “Racism”)) AND (“black people”)	Title, abstract, author e keywords	126
Web Of Science	TÓPICO: (((“COVID-19” OR “Coronavirus”))) AND TÓPICO: (((“Race” OR “Racism”))) AND IDIOMA: (English OR Portuguese OR Spanish) Tempo estipulado: 2019-2020.	Title, abstract, author e keywords	165
Scopus	TITLE-ABS-KEY (“COVID-19” OR “Coronavirus” AND “Race” OR “Racism”) AND DOCTYPE ( ar ) AND ACESSTYPE ( OA ) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2021	Title, abstract, author e keywords	374

Fonte: Autores.



**Figura 1.** Fluxograma do processo sistemático de busca e seleção dos artigos, adaptado do protocolo PRISMA<sup>13</sup>.

Fonte: Autores.

**Tabela 1.** Local de desenvolvimento das pesquisas de acordo cada país/estado.

Países/estados	Artigos	
	n	%
América do Norte (EUA)		
US counties	16	25%
Nova York	11	17%
California	6	9%
Michigan	3	5%
Louisiana	3	5%
Massachussets	3	5%
Nova Jersey	2	3%
Washington, D.C	3	5%
Chicago	2	3%
Maryland	2	3%
Wisconsin	2	3%
Texas	2	3%
Alaska	1	2%
Connecticut	1	2%
Oregon	1	2%
Pensilvânia	1	2%
Atlanta, Geórgia	1	2%
Nova Orleans	1	2%
Europa (Inglaterra)		
Londres	1	2%
Inglaterra	1	2%
América do Sul (Brasil)		
Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul	1	2%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autores.

oriundos de bases de dados governamentais e dos serviços hospitalares.

No que diz respeito aos achados que relacionam a COVID-19 à população negra, a Figura 2 apresenta um panorama da síntese, seguida de descrição detalhada.

### Principais eventos na população negra – casos, hospitalizações e óbitos

Os achados mostram que os processos de infecção e adoecimento, a hospitalização e os

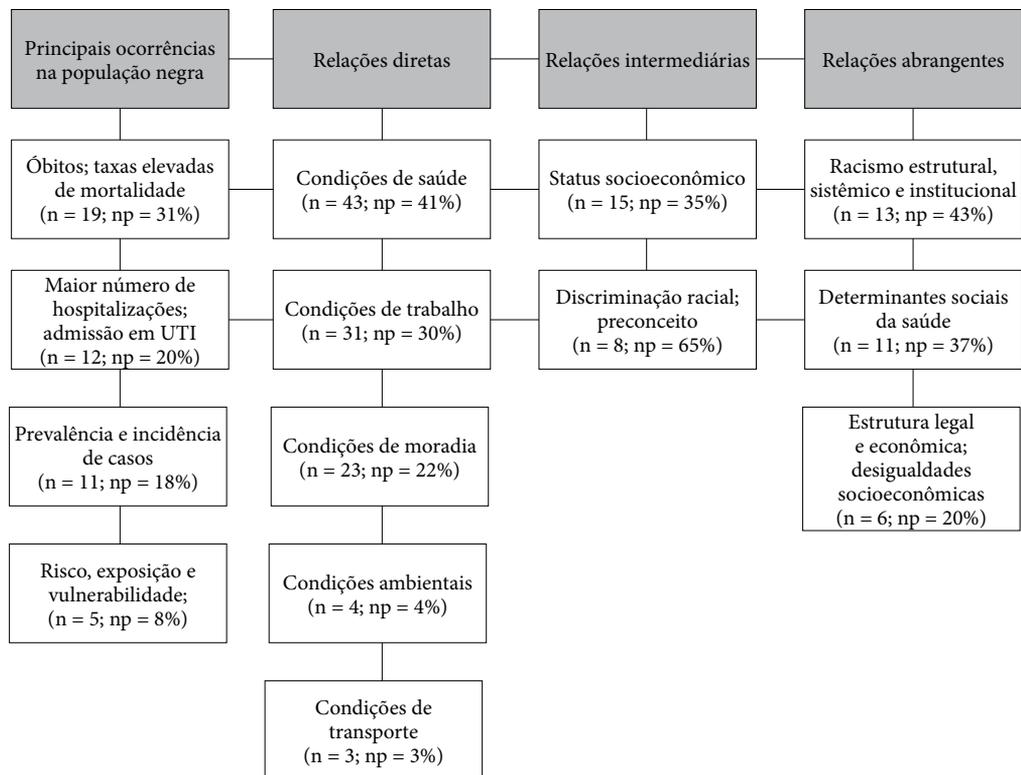
óbitos na população geral apresentam desigualdades entre os grupos raciais na pandemia de COVID-19. Tais eventos aparecem em diferentes frequências, indo, em ordem decrescente, do elevado número de óbitos e taxas de mortalidade a riscos, exposição e vulnerabilidade.

Assim, a população negra, principalmente quando comparada à branca, mas também em relação aos hispânicos, está relacionada não só a uma elevada taxa de mortalidade, mas ao maior risco de óbito, independentemente de fatores como: comorbidades, pobreza, acesso a cuidados de saúde e fatores de risco<sup>8-13</sup>. Essa situação também pode ser vista territorialmente, onde, no caso dos Estados Unidos, os condados, de forma geral, com maiores proporções de residentes negros apresentaram mais óbitos por COVID-19, de maneira independente de seu tamanho<sup>14,15</sup>.

De acordo com Bassett *et al.*<sup>16</sup>, a desproporcionalidade dos óbitos indica que anos potenciais de vida perdidos antes dos 65 anos foram expe-

rimentados pelas populações negras e hispânicas em comparação com a população branca, ainda que esta última seja maioria nos EUA. Acrescenta-se a esse dado, o fato de que as pessoas negras respondiam por 18,7% das mortes gerais, apesar de representarem apenas 12,5% da população no referido país<sup>17</sup>. Assim, questão levantada por Wrigley-Field<sup>18</sup> indica que, para atingir as maiores taxas de mortalidade negra, toda a população branca dos Estados Unidos precisaria “experimentar um nível de mortalidade em excesso comparável a 90% da taxa oficial de mortalidade por COVID-19 (para todos os grupos raciais) na cidade de Nova York”.

Em relação à hospitalização, a população negra foi identificada como o grupo racial mais hospitalizado pela infecção do novo coronavírus, quando comparada a pacientes de todos os grupos raciais testados positivamente, sobretudo ao associar pobreza, idade mais avançada, sexo masculino e obesidade, e mesmo ajustando idade, sexo,



**Figura 2.** Relação entre população negra e COVID-19 nos estudos conforme frequência de abordagem.

n = número de artigos cujos resultados e discussão evidenciam a questão; np = número percentual em relação ao universo de 45 artigos.

Fonte: Autores.

comorbidade e renda, essa desigualdade permanece<sup>19-22</sup>. Corroborando esses achados, Wiemers *et al.*<sup>23</sup> evidenciam que negros não hispânicos são mais vulnerabilizados do que brancos não hispânicos e hispânicos, tanto em idades comparáveis quanto em relação ao aumento da idade.

Entretanto, na internação em UTI pela mesma causa não foi identificada associação entre raça/etnia e maior admissão<sup>19-21</sup>. Ainda assim, o estudo de Arasteh<sup>24</sup>, desenvolvido em Nova York, identifica que bairros predominantemente negros e hispânicos, com maior nível de pobreza, tinham um leito de UTI para 900 adultos com 60 anos ou mais, frente a um leito de UTI para 452 em bairros predominantemente brancos, com menos pobreza.

No que se refere aos casos, o maior número de testes positivos para SARS-COV2 foi associado à população negra<sup>8,20,25,26</sup>. Vale ressaltar o estudo de Lieberman-Cribbin *et al.*<sup>27</sup>, realizado em Nova York, que aponta que o número de testes totais aumentou significativamente com o aumento da proporção de residentes brancos. Entretanto, a proporção de testes positivos para testes totais diminuiu significativamente com a proporção crescente de brancos residentes na área.

Quanto às taxas de incidência e prevalência, os achados demonstram desproporcionalidade das altas taxas na população negra, seja em territórios de maioria negra ou não, com taxas maiores do que suas representações territoriais<sup>28-30</sup>. O estudo brasileiro de Polidoro *et al.*<sup>31</sup> demonstra que comunidades quilombolas, compostas majoritariamente por afrodescendentes, e as indígenas localizadas em áreas metropolitanas dos estados do Sul, região de maior população caucasiana do país, são, entre a população total das três regiões metropolitanas, as mais impactadas pelo acúmulo de casos de COVID-19.

### **Relações diretas – condições de saúde, trabalho e moradia**

Os artigos estabelecem relação direta entre os achados descritos acima e a população negra. Esses eventos estão, em maior ou menor grau, associados principalmente às condições de saúde, trabalho e moradia. A maior frequência desses achados entre os demais agrupamentos que tratam das “relações” sugerem uma perspectiva multifatorial.

Assim, “condições crônicas”, “múltiplas comorbidades”, “condições de saúde subjacente”, “carga de doenças” e “doenças preexistentes” são os termos que mais aparecem relacionados à

maior hospitalização e a óbitos por COVID-19 nesse grupo, com consequente elevação na taxa de mortalidade. Problemas de saúde como obesidade, doença crônica renal, doenças cardíacas, hipertensão, doenças respiratórias crônicas, demência, doenças crônicas do pulmão, asma, HIV, obesidade mórbida, doenças do fígado e diabetes são as mais citadas nos estudos<sup>8,9,10,26,32-35</sup>.

Foi identificado que, acrescido a essas condições, o acesso limitado, bem como uma rotina diminuída nos serviços de saúde, sobretudo pela dificuldade em arcar com os custos, é uma situação bastante frequente entre as “minorias raciais” nos EUA, sobretudo na população negra<sup>10,28</sup>. Lá, a referida população demonstra dificuldades de acesso aos seguros de saúde, por falta de condições financeiras, fato observado mesmo antes da pandemia<sup>10,14,29,36</sup>. Com isso, as doenças crônicas que demandam uso prolongado e regular dos serviços de saúde se agravam, vulnerabilizando ainda mais esses sujeitos, o que provoca um curso ruim da doença e um péssimo desfecho<sup>12,13,16,17</sup>. Vale destacar outros aspectos, também relacionados ao acesso, como a longa espera por atendimento e até mesmo a demora por parte dos pacientes para procurar um hospital, devido ao medo de exposição a situações discriminatórias<sup>8,19,22</sup>.

Ainda nesse sentido, a população negra está descrita como a maioria nos postos de serviços considerados essenciais. Isso implica no fato de não poder desenvolver suas atividades de forma remota, além de estar em constante contato com o público, o que favorece a elevação do número de casos neste grupo. Caixas e balconistas de mercados, motoristas de ônibus, condutores de metrô, enfermeiras, médicos, demais trabalhadores da saúde, embaladores de carne, agricultores, policiais e bombeiros são os empregos mais citados<sup>9,14,20,24,27,29,37-40</sup>. E, principalmente, na maioria dessas funções foram identificadas dificuldades para manter o distanciamento social no local de trabalho entre os próprios colegas<sup>8,12,41</sup>.

Além disso, pessoas negras são as que trabalham em mais de um emprego, sendo forçadas a comparecerem ao trabalho por medo de demissão, ainda que contrariando as medidas mais restritivas de circulação ou mesmo em períodos de *lockdown*<sup>42,43</sup>. O desemprego, apesar de ser uma questão menos levantada, aparece também como situação que atinge as chamadas “minorias étnicas”, em particular parte significativa da população negra, gerando muitas vezes a necessidade de maior circulação por busca de emprego e, portanto, maior exposição<sup>14,39,43</sup>.

Em relação ao ambiente doméstico, os domicílios multigeracionais e multifamiliares caracterizam a maior parte das moradias das minorias étnicas estadunidenses, em especial negros e hispânicos. Os domicílios multigeracionais são marcados pela convivência entre idosos, considerados o principal grupo de risco, sendo, portanto, alvo da recomendação ostensiva do isolamento social, com os jovens adultos negros em idade produtiva, a maioria da força de trabalho essencial<sup>20,29,37</sup>. Os domicílios multifamiliares, ambientes de alta densidade, dificultam o distanciamento social entre os moradores<sup>14,35</sup>.

As condições dos bairros negros e hispânicos, onde se situam os domicílios com essas características, conformam territórios marcados por diversificados problemas que colaboram para exposição à infecção, como: alta densidade populacional<sup>21,41,44</sup>, dificultando o distanciamento social no acesso a vias públicas; altos níveis de poluição do ar, favorecendo problemas respiratórios<sup>12,17</sup>; e ainda que não seja expressivo nas publicações<sup>12</sup>, muitos casos de prisões de moradores, que, confinados em cadeias, ficam sem condições adequadas de cumprimento das medidas preventivas.

#### **Relações intermediárias – renda e discriminação racial**

Na busca por oferecer uma “camada a mais” para compor a análise das associações, duas questões ganham destaque: a renda e a discriminação racial. São elementos que se propõem mediar as relações entre os eventos da COVID-19 e as questões ligadas diretamente à população negra, conforme expostas no item anterior. A menor frequência desses achados reforça também a perspectiva multicausal, na medida em que poucos estudos desenvolvem mediações no curso do desenvolvimento do processo saúde-a-doecimento.

Desse modo, os termos “baixa renda” e “baixo status socioeconômico” na população negra<sup>10,24,28,37,38,42</sup> são os que aparecem relacionados, principalmente, ao não acesso a seguro de saúde<sup>24</sup>, à degradação da saúde mental, gerando percepção negativa sobre o autocuidado<sup>39</sup>, e à maior dependência do transporte público, o que pode levar essa população à exposição ao vírus, no percurso do trabalho ou mesmo evitar utilizá-lo para a busca de cuidados médicos diante dos sintomas de COVID-19<sup>16</sup>. Renelus *et al.*<sup>34</sup> destacam que, mesmo quando trabalhando em serviços essenciais, a população negra é a que recebe os menores salários.

Já a discriminação racial antinegro, mais do que a discriminação contra outros grupos étnico-raciais nos EUA, está relacionada à maior iniquidade na COVID-19<sup>33</sup>. A experimentação e exposição por longo tempo à discriminação, além dos efeitos de curto prazo, como a ativação do processo de estresse<sup>43</sup>, se associa ao aumento da desconfiança no sistema de saúde, tendo como consequência o atraso ou mesmo o distanciamento dos serviços de saúde<sup>17</sup>. Isso contribui para fatores que aumentam o risco de condições subjacentes<sup>28</sup>. E, ainda, a discriminação racial se constitui como uma barreira no acesso ao crédito imobiliário, levando essa população a adquirir moradias em bairros mais pobres e muitas vezes com altas concentrações de poluição do ar, bem como a domicílios multifamiliares<sup>43</sup>.

#### **Relações abrangentes – racismo estrutural e determinantes sociais da saúde**

Ainda que estejam entre os achados com a segunda menor frequência de abordagem, chama atenção que alguns artigos “ensaiam” ampliar, ainda que de forma sucinta e não muito explícita, a explicação para as más condições de vida da população negra e sua situação frente à pandemia de COVID-19.

Desse modo, o *racismo estrutural* é o termo que aparece em mais artigos, ao buscar uma perspectiva explicativa para as disparidades raciais em saúde. Ora o termo aparece como algo que “opera”, “determina”, “produz”, “faz com que”, “causa”<sup>11,14,32</sup>, ora como algo que “influencia”, “reforça”, “mantém”, “contribui”, “reflete”, “impacta” e “afeta”<sup>3,28,44</sup>. Ainda nesse sentido, o mesmo termo aparece na maioria das vezes junto com outros elementos socioeconômicos: “racismo estrutural e as raízes sistêmicas”<sup>14</sup>; “racismo estrutural e desigualdade de renda”<sup>32</sup>; “determinantes sociais de saúde e racismo estrutural”<sup>28</sup>; “racismo estrutural e violência”<sup>31</sup>; “dificuldades econômicas sistêmicas, discriminação racial interpessoal e racismo estrutural”<sup>45</sup>; e “poluentes ambientais, desigualdade social, racismo estrutural, insegurança alimentar, moradia precária e condições de vida, analfabetismo, baixo status socioeconômico e falta de recursos para a saúde”<sup>44</sup>. Outros termos variantes que aparecem em menor frequência são: “racismo sistêmico”, “racismo estrutural condicionante”, “racismo institucional”, também obedecem à mesma lógica<sup>13,29,46</sup>.

Já o termo *determinante social da saúde*, que aparece com menos frequência do que o anterior, está posicionado junto a ideias como “impul-

sionar<sup>2,41</sup>, “afetar”<sup>28</sup>, ou em outras vezes como “causar”<sup>10,19</sup>; “levar a”<sup>21</sup>; “explicar”<sup>44</sup>; “desempenhar papel”<sup>22</sup>. Assim como o racismo estrutural, relaciona-se principalmente com a ideia de disparidades étnicas e raciais<sup>25,41,42</sup>. Frequentemente o termo aparece “traduzido” como as próprias condições negativas de trabalho, habitação, meio ambiente, educação, status socioeconômico, renda, segurança alimentar, seguro, transporte etc.<sup>10,25,42</sup>, sendo até afirmada enquanto “diferentes determinantes” para cada grupo racial<sup>42</sup>.

*Estrutura legal e econômica e desigualdades socioeconômicas* também aparecem, menos do que os outros termos, de forma generalizada, com efeitos negativos para a população total, sem considerar o racismo como estruturador<sup>24,38</sup>.

## Discussão

A situação da saúde mundial, no ano de 2020, passou a ser caracterizada muitas vezes como “exacerbadora” de uma realidade pré-existente, em várias dimensões da vida social. Ainda assim as condições de saúde da população negra, que já vinham sendo descritas a partir de métricas negativas, acabam por drasticamente seguir um curso pior, considerando o impacto de uma pandemia, conforme aponta a síntese dos resultados.

Apesar dos dados que demonstram elevada incidência, hospitalização, mortalidade por SARS-COV2 e menor testagem nesse grupo, a busca pelo significado científico dessas associações acabam por promover o debate das relações estabelecidas entre “o social” e “o patológico”. A magnitude de uma pandemia demanda da comunidade científica uma vigilância global da doença e de seus desdobramentos, buscando compreendê-la em variados aspectos, sobretudo como as características históricas, políticas, econômicas e culturais conformam a distribuição dos problemas de saúde entre os diversos grupos sociais em diferentes países.

Nesse sentido, dado que a maioria dos artigos deste escopo são frutos de pesquisas produzidas na realidade estadunidense, é preciso considerar esses resultados em sua dimensão particular, ou seja, das relações raciais e das características socio-sanitárias que se constituem nos EUA. Mas também é fundamental compreender os processos históricos das relações raciais de forma internacional, uma vez que a realidade sanitária dessa população na pandemia de COVID-19 encontra similitudes negativas na condição de saúde de pessoas negras em outros países.

Dessa forma, as características do sistema de saúde estadunidense, com forte peso privado, não universal e estruturado em diferentes tipos de seguros de saúde, estabelecem importantes restrições e mecanismos de controle no acesso à assistência à saúde, diferentemente de como ocorre o acesso em sistemas públicos e universais<sup>47</sup>. Esse é um dos elementos para compreender os dados que demonstram a prevalência das “condições crônicas”, “condições de saúde subjacentes” e “doenças preexistentes” nas populações vulnerabilizadas, uma vez que esses problemas são apontados como fatores de risco para pior desfecho dos casos por SARS-COV2.

Além disso, para compreender como o caráter desse sistema de saúde mercantil se conecta com a comunidade negra, frequentemente são apresentados nesses artigos argumentos que relacionam tal população à baixa renda e ao desemprego, o que implica obstáculos para o acesso, pleno ou mesmo parcial, aos seguros de saúde.

Com isso, é preciso pontuar que essas condições vieram sendo conformadas por meio do segregacionismo racial que estruturou o país, tendo nos estados do Sul as leis discriminatórias conhecidas como Jim Crow. E mesmo depois das lutas dos movimentos negros estadunidenses, no contexto da mobilização pelos direitos civis nos anos 1960 que puseram fim à segregação formal, ainda são visíveis marcas do impacto desse processo histórico sobre os negros estadunidenses<sup>48,49</sup>.

Mesmo com as particularidades citadas, apreender esses processos em sua complexidade, um caminho que elucide as más condições de saúde, trabalho, moradia e a COVID-19 entre a população negra do país mais rico do mundo e em outras nações consideradas economicamente mais frágeis, perpassa também pela incorporação das categorias *diáspora africana* e *genocídio negro*<sup>50</sup>. A primeira permite perceber experiências atuais conectadas historicamente aos territórios em que homens e mulheres, negros e negras, foram traficados no período escravista, analisando “o problema do racismo à sua formação histórica na modernidade”, ou seja, o racismo se constituiu como tecnologia essencial para a construção das sociedades contemporâneas, estruturando as antigas colônias por meio do latifúndio e da mão de obra escravizada, e dos Estados modernos surgidos delas, através da manutenção da super exploração do trabalho de mulheres negras e homens negros.

Já a segunda, decorrente da categoria anterior, confere caráter intencional à eliminação desses grupos, não só nas subjugações nos processos

cotidianos de vida e morte, mas no discurso do Estado, que nega e trata essas situações como casos isolados, no intuito de, marginalizando-os de forma racializada, manter a super exploração de seus corpos<sup>50</sup>. Essas categorias permitem desmobilizar argumentos de inércia/continuidade da situação de desvantagens da população negra que levam à naturalização da situação de saúde desse grupo no curso da pandemia.

Assim, embora não comparáveis, nota-se entre os achados, como entre quilombolas da região Sul do Brasil e negros nos EUA, um fenômeno comum: indicadores negativos de saúde maiores do que suas representações territoriais. Ou seja, maioria ou minorias numéricas não são parâmetros absolutos para interpretar os efeitos negativos na saúde de populações negras, devendo atentar-se ao racismo que parte de uma estrutura social e, reproduzido institucionalmente, sustenta iniquidades em saúde.

Contudo, é importante destacar que, mesmo a maioria dos artigos relacionando o “racismo estrutural” aos problemas da COVID-19 na população negra, o termo se apresenta sem uma distinção nítida de outras tipologias do racismo, a saber: cultural, institucional, interpessoal. O qualificador “estrutural”, nesses casos, sugere apenas um fenômeno que está presente em todos os ambientes sociais, necessitando de outros elementos adicionais para determinar as más condições de vida da população negra, como baixa renda, falta de acesso à saúde e desemprego.

Porém, o racismo estrutural, enquanto categoria teórico-analítica, oferta à análise dos fenômenos sociais o entendimento do racismo como processo histórico e político, que se manifesta estruturalmente por meio da ideologia, da política, do direito e da economia, sustentando condições para que “grupos racialmente identificados” sejam submetidos de maneira sistemática a vantagens e desvantagens sociais de forma desigual<sup>51</sup>. É essa concepção de “estrutural” que delinea as desigualdades de renda, violências, dificuldades econômicas sistêmicas, discriminação racial interpessoal, territórios com maior concentração de poluentes ambientais, moradia precária, analfabetismo e falta de recursos para a saúde na população negra.

Nesse sentido, o termo *disparidade*, frequentemente utilizado para “revelar diferenças negativas” entre os diversos grupos étnico-raciais, acaba por demandar mais embasamento para desenvolver a análise de dados apresentados. Ao se restringir aos baixos indicadores nos níveis de vida da população negra como o principal moti-

vo da exposição desse grupo à SARS-COV2, bem como o seu curso e desfechos negativos, acaba por dispensar contribuições mais robustas da área das ciências humanas e sociais que desnaturalizam essas “evidências”. Ainda que o campo da epidemiologia tome as desigualdades em saúde como um tema de interesse investigativo, por seu caráter global, revelador das diferenças na expectativa de vida ou na carga de sofrimento<sup>52</sup>, essas explicações encontram diversos referenciais teóricos dentro do campo da saúde.

Na maioria dos artigos analisados, as *disparidades* são sugeridas como “fatores sociais”, ou mesmo a própria “tradução” dos *determinantes sociais da saúde*, sendo subentendido como elementos negativos que incidem sobre exposição, adoecimento e óbitos entre a população negra por SARS-COV2. Tal perspectiva é insuficiente, pois, para apreender a dinâmica da relação complexa desses elementos na produção da saúde e da doença, é necessário superar a “concepção linear de causalidade” na relação de causa-efeito entre características ou indicadores sociais e problemas de saúde<sup>53</sup>.

Assim, na perspectiva da *determinação social*, a compreensão do processo saúde-doença passa pelo entrelaçamento “da lógica geral da sociedade com as formas mais ou menos saudáveis ou insalubres de viver das classes sociais”, cruzadas pelas relações etnoculturais e de gênero<sup>54</sup>. Para Breilh<sup>54</sup>, repensar as relações de poder que determinam a vida e distribuem desigualdade é um desafio da pesquisa científica, incluindo o campo da epidemiologia. Por isso, avançar na apreensão do conceito de raça, enquanto ideologia que revela relações de poder, é também superar o determinismo biológico e social na produção de conhecimento em saúde. Ou seja, atribuir o impacto da COVID-19 sobre a população negra a elementos macroeconômicos, políticos e sociais sem buscar uma relação dialética arrisca repetir concepções ecológicas da saúde com novas roupagens.

Nesse sentido, a complexidade acerca de como a maioria da população negra está nos postos de trabalhos essenciais, de baixa remuneração, com significativo grau de exposição à infecção, com doenças crônicas pré-existentes e dificuldades de acesso a serviços de saúde por falta de condições financeiras para arcar com custos de seguro saúde não admite cartesianismo quando se busca suporte científico qualificado para subsidiar políticas de saúde efetivas, com vistas a reverter a catástrofe sanitária naturalizada nessa população.

## Considerações finais

A constatação da persistência das desigualdades raciais em saúde no primeiro ano da pandemia da COVID-19, expressas principalmente em dados de óbitos e mortalidades elevados na população negra, expõe a necessidade de descortinar fenômenos revelados majoritariamente através de números.

As noções de determinantes sociais e racismo estrutural mobilizadas nesses estudos, ao sugerirem a ideia de sobreposições em camadas de “fatores sociais” que afetam pessoas negras,

acabam por simplificar a realidade, incorrendo em explicações multicausais. Em sentido oposto, a apreensão da teoria racial crítica e a teoria dialética do processo saúde-doença<sup>51,54</sup>, oferecem mais robustez para apreender a complexidade sócio-histórica da situação sanitária.

A partir dessa perspectiva, torna-se possível ofertar subsídios científicos de qualidade que possibilitem formular e operacionalizar ações globais efetivas em saúde pública, como políticas equitativas, intersetoriais e antirracistas, frente à desafiante pandemia por SARS-COV2 e de novas pandemias que possam surgir a qualquer tempo.

## Colaboradores

MVR Araujo trabalhou na concepção, na redação, na metodologia, na pesquisa e na revisão final do artigo. RC Pereira-Borges colaborou na metodologia, na pesquisa e na redação.

## Referências

- Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W. A novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Eng J Med* 2020; 382(8):727-733.
- Mizumoto K, Chowell G. Transmission potential of the novel coronavirus (COVID-19) onboard the diamond Princess Cruises Ship, 2020. *Infect Dis Model* 2020; 5:264-270.
- Werneck, GL, Carvalho, MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saude Publica* 2020; 36(5):e00068820.
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020; 395(10223):497-506.
- Houvéssou GM, Souza TO, Silveira MF. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 30(1):e2020513.
- Souza TA, Silva PHAD, Silva Nunes ADD, de Araújo II, de Oliveira Segundo VH, de Oliveira Viana Pereira DM, Barbosa IR, de Vasconcelos Torres G. The association between race and risk of illness and death due to COVID-19: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(46):e22828.
- Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* [periódico na Internet] 2019 Mar [acessado 2023 mar 24] 26; 4:5. Disponível em: 10.1186/s41073-019-0064-8.
- Price-Haywood EG, Burton J, Fort D, Seoane L. Hospitalization and Mortality among Black Patients and White Patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382(26):2534-2543.
- Li AY, Hannah TC, Durbin JR, Dreher N, McAuley FM, Marayati NF, Spiera Z, Ali M, Gometz A, Kostman JT, Choudhri TF. Multivariate Analysis of Black Race and Environmental Temperature on COVID-19 in the US. *Am J Med Sci* 2020; 360(4):348-356.
- Holtgrave DR, Barranco MA, Tesoriero JM, Blog DS, Rosenberg ES. Assessing racial and ethnic disparities using a COVID-19 outcomes continuum for New York State. *Ann Epidemiol* 2020; 48:9-14.
- Cowger TL, Davis BA, Etkins OS, Makofane K, Lawrence JA, Bassett MT, Krieger N. Comparison of weighted and unweighted population data to assess inequities in coronavirus disease 2019 deaths by race/ethnicity reported by the US centers for disease control and prevention. *JAMA Netw Open* 2020; 3(7):e2016933.
- Mahajan UV, Larkins-Pettigrew M. Racial demographics and COVID-19 confirmed cases and deaths: a correlational analysis of 2886 US counties. *J Public Health (Oxf)* 2020; 42(3):445-447.
- Golestaneh L, Neugarten J, Fisher M, Billett HH, Gil MR, Johns T, Yunes M, Mokrzycki MH, Coco M, Norris KC, Perez HR, Scott S, Kim RS, Bellin E. The association of race and COVID-19 mortality. *EClinicalMedicine* 2020; 25:100455.
- Millett GA, Jones AT, Benkeser D, Baral S, Mercer L, Beyrer C, Honermann B, Lankiewicz E, Mena L, Crowley JS, Sherwood J, Sullivan PS. Assessing differential impacts of COVID-19 on black communities. *Ann Epidemiol* 2020; 47:37-44.
- Cheng KJG, Sun Y, Monnat SM. COVID-19 death rates are higher in rural counties with larger shares of Blacks and Hispanics. *J Rural Health* 2020; 36(4):602-608.
- Bassett MT, Chen JT, Krieger N. Variation in racial/ethnic disparities in COVID-19 mortality by age in the United States: a cross-sectional study. *PLoS Med* 2020; 17(10):e1003402.
- Gold JAW, Rossen LM, Ahmad FB, Sutton P, Li Z, Salvatore PP, Coyle JP, DeCuir J, Baack BN, Durant TM, Dominguez KL, Henley SJ, Annor FB, Fuld J, Dee DL, Bhattarai A, Jackson BR. Race, ethnicity, and age trends in persons who died from COVID-19 – United States, May–August 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69(42):1517-1521.
- Wrigley-Field E. US racial inequality may be as deadly as COVID-19. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020; 117(36):21854-21856.
- Patel AP, Paranjpe MD, Kathiresan NP, Rivas MA, Khera AV. Race, socioeconomic deprivation, and hospitalization for COVID-19 in English participants of a national biobank. *Int J Equity Health* 2020; 19(1):114.
- Muñoz-Price LS, Nattinger AB, Rivera F, Hanson R, Gmehlin CG, Perez A, Singh S, Buchan BW, Ledebor NA, Pezzin LE. Racial disparities in incidence and outcomes among patients with COVID-19. *JAMA Netw Open* 2020; 3(9):e2021892.
- Gu T, Mack JA, Salvatore M, Prabhu Sankar S, Valley TS, Singh K, Nallamothu BK, Khetarpal S, Lisabeth L, Fritsche LG, Mukherjee B. Characteristics associated with racial/ethnic disparities in COVID-19 outcomes in an academic health care system. *JAMA Netw Open* 2020; 3(10):e2025197.
- Azar KMJ, Shen Z, Romanelli RJ, Lockhart SH, Smits K, Robinson S, Brown S, Pressman AR. Disparities in outcomes among COVID-19 patients in a large health care system in California. *Health Aff (Millwood)* 2020; 39(7):1253-1262.
- Wiemers EE, Abrahams S, AlFakhri M, Hotz VJ, Schoeni RF, Seltzer JA. Disparities in vulnerability to complications from COVID-19 arising from disparities in preexisting conditions in the United States. *Res Soc Stratif Mobil* 69:100553.
- Arasteh K. Prevalence of comorbidities and risks associated with COVID-19 among Black and Hispanic populations in New York City: an examination of the 2018 New York City Community Health Survey. *J Racial Ethn Health Disparities* 2021; 8(4):863-869.

25. Vahidy FS, Nicolas JC, Meeks JR, Khan O, Pan A, Jones SL, Masud F, Sostman HD, Phillips R, Andrieni JD, Kash BA, Nasir K. Racial and ethnic disparities in SARS-CoV-2 pandemic: analysis of a COVID-19 observational registry for a diverse US metropolitan population. *BMJ Open* 2020; 10(8):e039849.
26. Kabarriti R, Brodin NP, Maron MI, Guha C, Kalnicki S, Garg MK, Racine AD. Association of race and ethnicity with comorbidities and survival among patients with COVID-19 at an urban medical center in New York. *JAMA Netw Open* 2020; 3(9):e2019795.
27. Lieberman-Cribbin W, Tuminello S, Flores RM, Taioli E. Disparities in COVID-19 testing and positivity in New York City. *Am J Prev Med* 2020; 59(3):326-332.
28. Moore JT, Ricaldi JN, Rose CE, Fuld J, Parise M, Kang GJ, Driscoll AK, Norris T, Wilson N, Rainisch G, Valverde E, Beresovsky V, Agnew Brune C, Oussayef NL, Rose DA, Adams LE, Awel S, Villanueva J, Meaney-Delman D, Honein MA; COVID-19 State, Tribal, Local, and Territorial Response Team. Disparities in incidence of COVID-19 among underrepresented racial/ethnic groups in counties identified as hotspots during June 5-18, 2020 – 22 States, February-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69(33):1122-1126.
29. Tirupathi R, Muradova V, Shekhar R, Salim SA, Al-Tawfiq JA, Palabindala V. COVID-19 disparity among racial and ethnic minorities in the US: a cross sectional analysis. *Travel Med Infect Dis* 2020; 38:101904.
30. Abedi V, Olulana O, Avula V, Chaudhary D, Khan A, Shahjouei S, Li J, Zand R. Racial, economic, and health inequality and COVID-19 infection in the United States. *J Racial Ethn Health Disparities* 2020; 8(3):732-742.
31. Polidoro M, Mendonça FA, Meneghel SN, Alves-Brito A, Gonçalves M, Bairros F, Canavese D. Territories under siege: risks of the decimation of Indigenous and Quilombolas peoples in the context of COVID-19 in South Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities* 2020; 8(5):1119-1129.
32. Jones J, Sullivan PS, Sanchez TH, Guest JL, Hall EW, Luisi N, Zlotorzynska M, Wilde G, Bradley H, Siegler AJ. Similarities and differences in COVID-19 awareness, concern, and symptoms by race and ethnicity in the United States: cross-sectional survey. *J Med Internet Res* 2020; 22(7):e20001.
33. Thomas MD, Michaels EK, Darling-Hammond S, Nguyen TT, Glymour MM, Vittinghoff E. Whites' county-level racial bias, COVID-19 rates, and racial inequities in the United States. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(22):8695.
34. Renelus BD, Khoury NC, Chandrasekaran K, Bekele E, Briggs WM, Ivanov A, Mohanty SR, Jamorabo DS. Racial Disparities in COVID-19 Hospitalization and In-hospital Mortality at the Height of the New York City Pandemic. *J Racial Ethn Health Disparities* 2020; 8(5):1161-1167.
35. Raine S, Liu A, Mintz J, Wahood W, Huntley K, Hafizulla F. Racial and ethnic disparities in COVID-19 outcomes: social determination of health. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(21):8115.
36. Alobuia WM, Dalva-Baird NP, Forrester JD, Ben-david E, Bhattacharya J, Kebebew E. Racial disparities in knowledge, attitudes and practices related to COVID-19 in the USA. *J Public Health (Oxf)* 2020; 42(3):470-478.
37. Goyal MK, Simpson JN, Boyle MD, Badolato GM, Delaney M, McCarter R, Cora-Bramble D. Racial and/or ethnic and socioeconomic disparities of SARS-CoV-2 infection among children. *Pediatrics* 2020; 146(4):e2020009951.
38. Rozenfeld Y, Beam J, Maier H, Haggerson W, Boudreau K, Carlson J, Medows R. A model of disparities: risk factors associated with COVID-19 infection. *Int J Equity Health* 2020; 29;19(1):126.
39. Yilmazkuday, H. COVID-19 and unequal social distancing across demographic groups. *Reg Sci Policy Pract* 2020; 12(6):1235-1248.
40. Hawkins D. Differential occupational risk for COVID-19 and other infection exposure according to race and ethnicity. *Am J Ind Med* 2020; 63(9):817-820.
41. Ojinnaka CO, Adepoju OE, Burgess AV, Woodard L. Factors associated with COVID-related mortality: the case of Texas. *J Racial Ethn Health Disparities* 2021; 8(6):1505-1510.
42. Rentsch CT, Kidwai-Khan F, Tate JP, Park LS, King JT Jr, Skanderson M, Hauser RG, Schultze A, Jarvis CI, Holodniy M, Lo Re V 3rd, Akgün KM, Crothers K, Taddei TH, Freiberg MS, Justice AC. Patterns of COVID-19 testing and mortality by race and ethnicity among United States veterans: A nationwide cohort study. *PLoS Med* 2020; 22;17(9):e1003379.
43. Milner A, Franz B, Henry Braddock J. We need to talk about racism-in all of its forms-to understand COVID-19 disparities. *Health Equity* 2020; 4(1):397-402.
44. Holmes L Jr, Enwere M, Williams J, Ogundebe B, Chavan P, Piccoli T, Chinacherem C, Comeaux C, Pelaez L, Okundaye O, Stalnaker L, Kalle F, Deepika K, Philipicien G, Poleon M, Ogungbade G, Elmi H, John V, Dabney KW. Black-White risk differentials in COVID-19 (SARS-COV2) transmission, mortality and case fatality in the United States: translational epidemiologic perspective and challenges. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(12):4322.
45. Morales DX, Morales SA, Beltran TF. Racial/ethnic disparities in household food insecurity during the COVID-19 pandemic: a nationally representative study. *J Racial Ethn Health Disparities* 2020; 8(5):1300-1314.
46. Hsu HE, Ashe EM, Silverstein M, Hofman M, Lange SJ, Razzaghi H, Mishuris RG, Davidoff R, Parker EM, Penman-Aguilar A, Clarke KEN, Goldman A, James TL, Jacobson K, Lasser KE, Xuan Z, Peacock G, Dowling NF, Goodman AB. Race/ethnicity, underlying medical conditions, homelessness, and hospitalization status of adult patients with COVID-19 at an urban safety-net medical center – Boston, Massachusetts, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69(27):864-869.

47. Giovannella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MCD, Martins GB, Santos IS, Silva DB, Vieira JML, Castro VCG, Silva POD, Machado CV. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1763-1776.
48. Morris A, Treitler VB. O ESTADO RACIAL DA UNIÃO: compreendendo raça e desigualdade racial nos Estados Unidos da América. *Cad CRH* 2019; 32(85):15-31.
49. Antunes JLF. Desigualdades em saúde: entrevista com Nancy Krieger. *Tempo Soc* 2015; 27(1):177-194.
50. Ortegá L. Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora. *Serv Soc Soc* 2018; 133:413-431.
51. Almeida S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen Livros; 2019.
52. Barreto ML. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Cien Saude Colet* 2017; 22(7):2097-2108.
53. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
54. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y de la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebras; 2010. p. 87-125.

---

Artigo apresentado em 12/07/2023

Aprovado em 20/12/2023

Versão final apresentada em 22/12/2023

---

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