



CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

COVID-19 e população negra: desigualdades acirradas no contexto da pandemia*COVID-19 and black population: severe inequalities in the context of pandemic*Lúcia Isabel da Conceição Silva¹, Eduardo Silva de Moraes²,
Mateus Souza dos Santos³**RESUMO**

A pandemia de COVID-19 constitui-se um desafio para a população mundial, mas pode ter efeitos diversos em grupos e contextos específicos, devido a fatores como desigualdades socioeconômicas ou racismo estrutural. Este estudo visa analisar o cenário da pandemia no Brasil, com foco na população negra e as desigualdades relacionadas. É um estudo documental e exploratório, cuja fonte são 17 (dezesete) Boletins Epidemiológicos (BE) emitidos pelo COE COVID-19, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 03 de abril a 25 de maio de 2020. Os resultados indicam que de início, há maior hospitalização da população branca, com queda gradual até a quase equiparação no último boletim, a mesma relação se repete nos óbitos, com a relação se modificando até que negros passam a ser a maioria. Mostram ainda que mesmo brancos sendo maioria de internações, o maior número de mortes é entre negros, mostrando a Pandemia da COVID-19 como a expressão concreta da política de morte contra a população negra no Brasil.

Palavras-chave: COVID-19; população negra; desigualdades raciais.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic is a challenge for the world population, but it can have different effects in specific groups and contexts, due to factors such as socioeconomic inequalities or structural racism. This study aims to analyze the pandemic scenario in Brazil, focusing on the black population and related inequalities. It is a documentary and exploratory study, the source of which is 17 (seventeen) Epidemiological Bulletins (BE) issued by COE COVID-19, from the Health Surveillance Secretariat of the Ministry of Health of Brazil, from April 3 to May 25, 2020. The results indicate that initially, there is a greater hospitalization of the white

¹ Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém/PA - Brasil. E-mail: luciaisabel@ufpa.br

² Bacharel em Direito. E-mail: morais.eduardo18@gmail.com

³ Doutorando em Educação pela Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém/PA - Brasil. E-mail: mateusufpa@gmail.com



population, with a gradual decrease until almost equal in the last bulletin, the same relationship is repeated in deaths, with the relationship changing until blacks become the majority. They also show that even though whites are the majority of hospitalizations, the highest number of deaths is among blacks, showing that the COVID-19 Pandemic as the concrete expression of the death policy against the black population in Brazil.

Keywords: COVID-19; black population; racial inequalities.

1. INTRODUÇÃO

A COVID-19 foi detectada pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Desde então, a doença se espalhou pelos diversos continentes e países. No dia 11 de março de 2020, com a confirmação de 11 mil casos, em países de todos os continentes e em velocidade alarmante, tem-se a decretação de uma Pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Trata-se de um problema absolutamente novo e que pega todos os órgãos e autoridades sanitárias completamente “desprevenidos” para enfrentar. Na ausência de estratégias específicas, os países foram se organizando com a batalha em curso, partindo dos protocolos para Influenza que tem semelhanças clínicas com a COVID-19, embora esta última tenha grau de contaminação e possibilidades de agravamento muito maiores do que as influências. (GARCIA; DUARTE, 2020).

No dia 23 de maio de 2020, o mundo ultrapassa os 5 milhões e 100 mil infectados e registra mais de 338 mil mortes por COVID-19, enquanto o Brasil ultrapassa as 22 mil mortes, com mais de 347 mil pessoas contaminadas. O rápido nível de contaminação levou a grandes preocupações, em especial a sobrecarga do sistema de saúde, já precário no país.

Alternativas para conter o avanço se tornaram o grande desafio. As principais recomendações da OMS, desde o início, foram testagem em massa da população, a adoção de medidas de isolamento social e as medidas individuais de higienização, como aumento da frequência de lavagem das mãos e a higienização com álcool em gel. O Governo Brasileiro, sem assumir diretamente as estratégias de enfrentamento e nem as orientações da OMS, não adota a testagem em massa e deixa a cargo dos governos estaduais e municipais as demais medidas, que passaram a ser amplamente defendidas pelos governos estaduais.

Do ponto de vista da saúde pública, endemias e pandemias são situações de emergência que ameaçam a vida das pessoas. (OPAS/OMS, 2006). Grande número de doentes e de mortes, sobrecarga nos serviços de saúde pública e privada, impactos à saúde mental e bem-estar emocional, retração econômica, desemprego e perda de renda, são alguns dos principais problemas com os quais os países e governos passam a se defrontar em poucos meses.



1.1. PANDEMIA DA COVID-19 E DESIGUALDADES SOCIAIS: QUAIS RELAÇÕES?

Diante deste crescente de problemas, pode-se imaginar que, a exemplo de vários outros problemas de saúde, sociais e econômicos que são vivenciados de forma diversa, pelos diferentes grupos raciais, de gênero, de classe ou territoriais, dentre outros (PNUD, 2019), os diferentes grupos populacionais sofrerão de forma diferenciada os efeitos dessa pandemia. Diante disso, cabe questionar: quais os efeitos da pandemia e de todas as medidas adotadas nos diferentes grupos sociais e em especial, naqueles que já são impactados pelo fenômeno da desigualdade social?

Esta pergunta faz sentido também, diante da constatação de que o mundo tem se tornado cada vez mais desigual nos últimos anos. (FUNDAÇÃO OXFAM, 2017; 2019). No Brasil, os anos entre 2015 e 2019 viram disparar as desigualdades sociais como reflexo das políticas de austeridade adotadas pelos governos, que tomam força a partir do ano de 2014 e tem como um expoente importante a aprovação da Emenda Constitucional 95. (BRASIL, 2016).

No ano de 2017, o Brasil aparece como o 9º país mais desigual do mundo e, no ano seguinte, piora este posicionamento, se tornando o sétimo pior índice de Gini no mundo. Segundo o IBGE (2018), o rendimento médio do 1% mais rico chega a 33,8% vezes o rendimento dos 50% mais pobres do país. Dados também mostram, nos últimos anos, o aumento das violências em geral, do desemprego, e a volta do país para o mapa da pobreza, como 16 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza. (FUNDAÇÃO OXFAM, 2017; 2019).

Esta desigualdade também é refletida no acesso aos direitos sociais e, ainda, revela grande diferença em termos territoriais e raciais. As Regiões Norte e Nordeste, historicamente apresentam os piores indicadores em termos de garantia dos direitos humanos. Em termos de desigualdades sociais, temos que assimetrias regionais e raciais são fatores determinantes, em especial pelo entrecruzamento de variáveis e, no caso da raça, pelo seu caráter estruturador das classes sociais e das relações sociais. (GUIMARÃES, 2006; 2002; GONZALEZ, 1988; 1984; MBEMBE, 2016).

As diferenças entre brancos e negros no Brasil são facilmente demonstradas em dados de renda, educação, exposição à violência, dentre outras. Embora os negros somem 54% da população brasileira, eles representam 75% dentre a população mais pobre, já dentre os mais ricos, são apenas 17%. (IBGE, 2018). Em termos de renda média: R\$ 1.570 para negros, R\$ 1.606 para pardos e R\$ 2.814 para brancos. (IBGE, 2017). O desemprego entre pardos e pretos é de 13,8% e 14,6%, respectivamente, bem maior do que a média da população que é de 11,9% (IBGE, 2018).

Os dados do acesso à educação são um exemplo também importante do caráter interseccional da não garantia de direitos. A média de escolarização da população é



racialmente diferenciada, com brancos tendo escolaridade superior aos negros (8,7 anos entre negros e 10,3 anos entre os brancos). Os negros são a maioria dentre os analfabetos (9,9%), enquanto que entre os brancos esta taxa é de 4,2%. Os dados de acesso ao Ensino Superior também mantêm a desvantagem da população negra: 22,9% dos brancos têm Ensino Superior Completo, contra apenas 9,3% dos negros. (IBGE, 2017).

Desigualdades se refletem ainda na exposição à violência: 76,2% das mortes são de jovens negros e pobres, moradores das periferias. (FBSP, 2017). Em todas as variáveis, as maiores desigualdades atingem principalmente as mulheres negras, que são a maioria entre as mais pobres.

Os dados sobre as desigualdades da população negra são históricos e mostram como o racismo, não só ajuda a estruturar as relações sociais no Brasil nos séculos XIX e XX, como permanece estruturando estas relações e posicionamentos até hoje.

Isso torna a análise da dimensão racial fundamental para a compreensão das desigualdades e para a construção de inteligibilidades sobre as questões sociais em suas múltiplas determinações. O relatório das Nações Unidas. (PNUD, 2019), apropriadamente, chama a atenção para a necessidade de avaliação ampla da desigualdade, para além das médias numéricas e para além dos rendimentos, considerando que ela impacta as capacidades e oportunidades dos sujeitos, impactando também não apenas o presente, mas as perspectivas de futuro dos grupos e populações.

Pensando nas relações entre desigualdades sociais e exposição a riscos, pode-se pensar que um contexto da pandemia, pela diversidade de questões sociais, econômicas e políticas que envolve, pode acirrar estas relações.

Pode-se afirmar então, que embora se trate de uma mesma doença, esta não será vivida de mesma forma pelos diversos segmentos ou grupos sociais. Isto porque o enfrentamento à pandemia, envolve, por exemplo, aspectos da saúde geral dos grupos populacionais, aspectos de condições de acesso ao serviço de saúde pública, um setor altamente impactado pelas medidas de austeridade, pela precarização das condições de trabalho e acesso à renda, de moradia, saneamento, transporte, higiene etc.

Ora, diante destas relações, já se pode imaginar, então, quais são os grupos mais impactados pelos graves efeitos da pandemia da COVID-19. Os grupos mais pobres, em sua maioria formados pela população negra, podem ser os mais impactados, tanto pela exposição à doença em si, quanto pelos efeitos da perda de renda, da perda de postos de trabalho, pelas maiores dificuldades de gerar renda, já que são estes mais numerosos entre os trabalhadores/as informais, terceirizados, trabalhadores/as domésticos/as e os desempregados/as.



O estudo de Buheji *et al.* (2020) já aponta para o fato de que comunidades pobres ao redor do mundo estão tendo problemas para enfrentar a pandemia e seus impactos socioeconômicos. No caso do Brasil, mostra o estudo, estas dificuldades podem ser agravadas pelo cenário de desigualdades sociais e econômicas anteriores à pandemia e ainda, pela fragilidade das políticas e posturas éticas do Governo Federal diante do problema. São aspectos que podem gerar, por sua vez, efeitos em cascata, com impedimentos concretos à adesão às medidas de restrição ou de isolamento, o que pode acirrar a contaminação e exige dos governos atuação específica de proteção a estas populações.

Quais os impactos da pandemia da COVID-19 nestes grupos? O que mostram os dados sobre contaminação, atendimento médico e óbitos sobre o acometimento diferenciado segundo o fator racial?

Estas são questões importantes de serem feitas e enfrentadas, pensando que, se a desigualdade tem o poder de gerar novas desigualdades, como afirma o relatório PNUD (2019), uma nova geração de desigualdades pode estar sendo gerada com a Pandemia de COVID-19. Assim, esta pandemia pode ser questão relevante para mostrar uma nova (velha) face desta nova geração de desigualdades, acabando por definir quem vive, quem tem atendimento de saúde enfim, quem morre mais por esta doença.

2. METODOLOGIA

Busca-se analisar os dados do Ministério da Saúde sobre contaminação, hospitalização e óbitos por COVID-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), analisando como a variável cor/raça se revela nestes dados e o que ela pode ajudar a compreender sobre a atual pandemia no Brasil.

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter documental, cujas fontes são os Boletins Epidemiológicos (BE) emitidos pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE COVID-19), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (MS / BRASIL). Os Boletins – BE são divulgações semanais do Ministério da Saúde (SVS/MS) que visam

não apenas apresentar os números disponíveis sobre a COVID-19, mas também a interpretação da situação epidemiológica e reflexão sobre as evidências e limitações de cada processo, além de apresentar uma análise mais detalhada sobre o perfil da transmissão da COVID-19 no Brasil por Unidade da Federação e Região de Saúde. (BRASIL, BE N° 15, 2020, p.1).



São analisados os 17 (dezesete) BE disponibilizados no site do Ministério da Saúde/Brasil⁴, cujo acesso se deu entre os dias 01 de maio a 03 de junho de 2020.

Foi realizada uma análise inicial dos BE para identificar o conteúdo geral dos documentos e após isso, passa-se à análise sobre incidência, hospitalização e óbitos e as relações com a variável de interesse (cor/raça). Este estudo não pretende uma análise ampla do conteúdo dos BE, mas apenas os dados relacionados à variável cor/raça. Discutem-se os dados por BE para a variável e em seguida, busca-se uma comparação entre dados de diferentes BE, de forma a discutir possíveis diferenças na evolução dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados iniciais da COVID-19 no Brasil não consideraram a variável cor/raça nos dados epidemiológicos. Este aspecto se corrige, parcialmente, após a intervenção de organizações que passam a cobrar esta inclusão, como é o caso da Coalizão Negra que enviou manifesto ao Ministério da Saúde assinado por 150 organizações (PRETA, 2020) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (2020) que enviou carta ao mesmo ministério, ambas solicitando a publicação de dados por cor/raça nos boletins, notas técnicas e painéis de dados sobre COVID e síndrome respiratória aguda grave.

No total, foram publicados no período da pesquisa 17 (dezesete) Boletins Epidemiológicos (BE) pelo Ministério da Saúde. Os documentos possuem em média 30 páginas, sendo o menor, com 11 páginas e o maior com 74 páginas.

O sumário de conteúdos basicamente se repete em todos os Boletins, com a situação epidemiológica no mundo e no Brasil, questões sobre vigilância epidemiológica e estratégias de enfrentamento, diagnóstico tratamento, notificação e registro da doença.

O primeiro BE foi publicado no dia 03 de fevereiro de 2020 e informou sobre a ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV), como previsto no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do Ministério da Saúde, afirmando também que o Sistema Único de Saúde (SUS) “está aprimorando suas capacidades de responder às emergências por síndromes respiratórias, dispondo de planos, protocolos, procedimentos e guias para identificação, monitoramento e resposta às emergências em saúde pública.” (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Nº 01, 2020, p.1).

O primeiro BE apresenta também a situação epidemiológica no Brasil e no mundo, aspecto que se repete em quase todos os BE publicados. Sobre a situação epidemiológica no mundo,

⁴ Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 16 jun. 2020.



este primeiro documento mostra dados atualizados da OMS até 27 de janeiro de 2020 dando conta da confirmação de 2.798 casos do novo coronavírus (2019-nCoV) em todo o mundo. Além disso, o boletim demonstra ainda que 98,7% destes foram notificados pela China e apenas 37 casos fora do território chinês e destes, 36 tinham histórico de viagens àquele país.

Sobre a situação no Brasil, este boletim “analisou 7.063 rumores, sendo que 127 rumores exigiram a verificação de veracidade junto ao Ponto de Contato Regional da OMS para o Regulamento Sanitário Internacional.” (BRASIL, BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Nº 01, 2020, p.2). O BE 01 informa ainda que, no período de 18 a 27 de janeiro de 2020, o SVS recebeu notificação de 10 casos, sendo todos analisados e 09 destes excluídos para a COVID, tendo apenas 01 permanecido como “suspeito”.

O caso suspeito era de uma paciente de 22 anos, que havia viajado para Wuhan, na China. Informa ainda que a paciente se encontrava com sintomas leves e em isolamento respiratório no Hospital Eduardo de Menezes (Belo Horizonte). Ademais, o BE 01 detalha as medidas de proteção adotadas pelos profissionais no atendimento à paciente e sobre o monitoramento diário dos seus 14 contatos próximos.

Os BE seguintes mostram o crescimento exponencial da doença no mundo e no Brasil e o nível de detalhes sobre monitoramento de casos suspeitos desaparecem. Nos primeiros Boletins, os dados sobre situação epidemiológica falam de rumores, notificação e suspeita de COVID-19. Os BE 02 e 03 trouxeram a notificação de 107 e 154, respectivamente. Os BE 04 e BE 05 não trazem esses dados e remetem ao site do Ministério da Saúde para mais informações.

A partir do BE 06, publicado em 3 de abril de 2020, a linguagem muda e os BE passam a falar de “casos confirmados”, com a avaliação de “risco muito alto” pelo Ministério da Saúde. Este BE traz, pela primeira vez, um gráfico com o histórico dos novos casos registrados dia a dia, desde 26 de fevereiro de 2020, data da confirmação do primeiro caso no Brasil.

Nesta data, a OMS confirma no mundo 972.640 casos de COVID-19, com 50.325 óbitos. No Brasil, até o dia 03 de abril de 2020 haviam sido confirmados 9.056 casos da doença, sendo que 1.146 foram confirmados só nas últimas 24 horas.

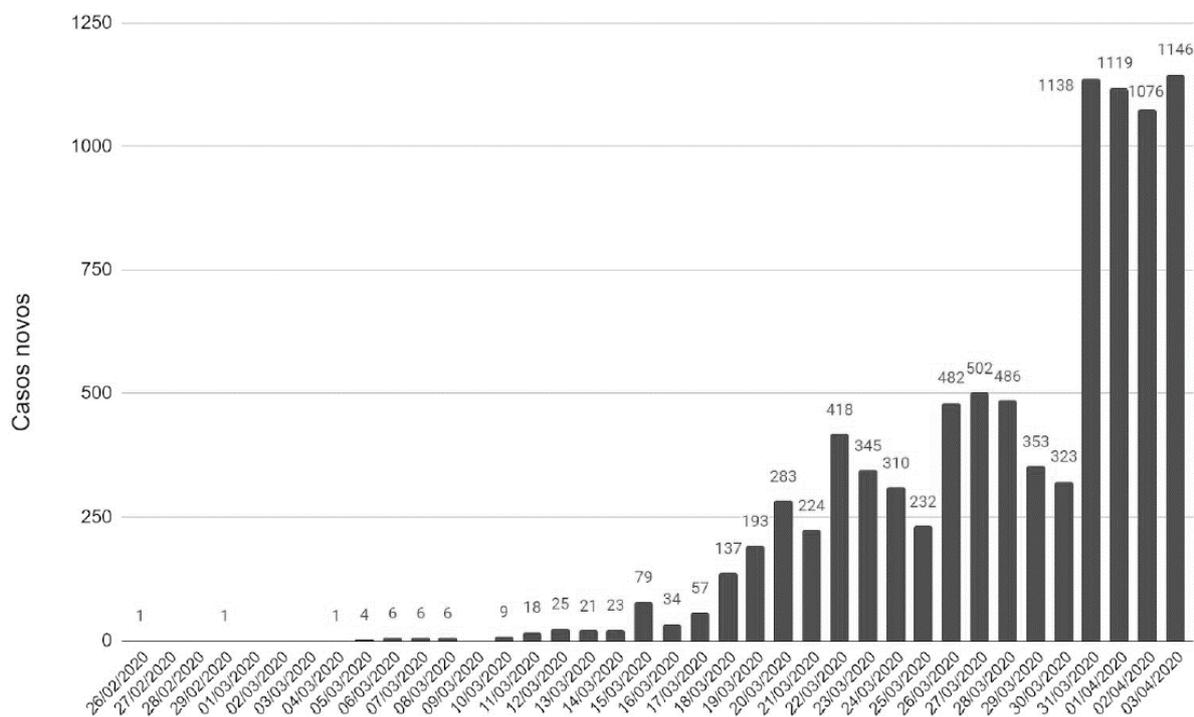
Importa destacar que até a divulgação do BE 03, em 21 de fevereiro de 2020, o Brasil não figurava na lista dos 27 países com casos confirmados da doença. Em 06 de abril, o Brasil se torna o 16º em número de casos confirmados e o 14º em número de óbitos. (BRASIL, BE Nº 07, 2020). Já no último boletim analisado, publicado em 25 de maio de 2020. (BRASIL, BE Nº 17, 2020), o Brasil figura como o 2º país em número de casos confirmados e o 6º país em número de óbitos, mais um dado que mostra o grande e rápido avanço da doença no país.



Edição Especial COVID-19

Em um breve resumo, pode-se perceber que bastaram 38 dias para se constatar o crescimento exponencial da doença, com aumento diário de aproximadamente 15%. Assim, o Brasil confirma o primeiro caso no dia 26 de fevereiro; 15 dias depois, no dia 11 de março, eram 52 casos confirmados; mais 15 dias e se chega a 2.915 e, após mais 08 dias (em 03 de abril), o país atinge 9.065 casos, com a doença já espalhada por todas as regiões do país.

Figura 1 - Casos confirmados no Brasil no período de 26 de fevereiro a 04 de abril de 2020.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.
Boletim Epidemiológico N° 06. (BRASIL, 2020).

O BE 06 traz pela primeira vez o número de óbitos por COVID-19 no Brasil: 359, mostrando que os óbitos crescem em velocidade semelhante ao da contaminação, saltando de 01 para 359 em apenas 18 dias, sendo que 44% deles ocorreram apenas nos três dias imediatamente anteriores à publicação do BE. O BE 07, por sua vez, também analisa a velocidade da contaminação, mostrando que foram 100 casos nos primeiros 17 dias, mais mil casos nos sete dias seguintes e mais 10 mil casos nos 14 dias seguintes. (BRASIL, BE N° 07, 2020, p.19).

A sequência dos BE publicados segue mostrando o aumento exponencial da contaminação, hospitalizações e dos óbitos, conforme demonstrado na tabela 1.



Tabela 1 - Dados de casos confirmados, hospitalizações e óbitos por COVID-19 no Brasil (de 03/04 a 25/05).

BE/publicação	COVID-19 Confirmados	Hospitalização por SRAG*	Óbitos por COVID-19
BE 06 (03 abr)	9.056	7.216	359
BE 07 (06 abr)	12.056	29.308	553
BE 08 (09 abr)	15.927	34.905	800
BE 09 (11 abr)	20.727	37.378	1.124
BE 10 (16 abr)	30.425	48306	1.924
BE 11 (17 abr)	33.682	50.225	2.141
BE 12 (19 abr)	36.599	-	2347
BE 13 (20 abr)	40.581	55.980	2.575
BE 14 (26 abr)	61.888	70.060	4.205
BE 15 (08 mai)	145.328	107.895	9.897
BE 16 (18 mai)	241.080	139.622	16.118
BE 17 (25 mai)	347.398	168.676	22.013

*Parte destas hospitalizações não são confirmadas para a COVID-19.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020);

Os dados da tabela 1 mostram o rápido avanço da doença no Brasil, chamando à atenção a velocidade do aumento dos casos confirmados, das hospitalizações por SRAG e dos óbitos entre os BE 13, 14, 15 e 16.

Sobre os casos confirmados, por exemplo, observa-se que entre a publicação dos BE 13 e 17, passam-se 35 dias e os casos confirmados cresceram 849,2%. Sobre os dados das hospitalizações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), o BE 06 ressalta o grande aumento destas hospitalizações que alcançam 542% a mais em relação ao mesmo período do ano de 2019.

Verifica-se ainda que até o BE 14 o número de hospitalizações por SRAG é maior que o de casos confirmados de COVID-19, os próprios boletins alertam que, parte das hospitalizações até aquele momento, não são confirmadas para COVID-19. Percebe-se, entretanto, que com o avanço da doença, o número de casos confirmados ultrapassam o de hospitalizações, o que tanto pode indicar a não necessidade de hospitalização, quanto a sobrecarga dos serviços de saúde e a não possibilidade de atendimento de todos os casos que procuram atendimento médico, fato que, a despeito de não ser informado nos BE, foi amplamente demonstrado pela grande mídia no mesmo período.

3.1. O QUE A ANÁLISE DA VARIÁVEL COR/RAÇA PODE REVELAR?

Os dados sobre cor/raça começam a figurar nos BE a partir do nº 09, publicado em 11 de abril de 2020, razão pela qual passaremos a análises mais acuradas dos dados deste BE e dos



seguintes, considerando a variável cor/raça e suas relações com incidência, hospitalização e óbitos pela COVID-19 no Brasil.

Os BE não divulgam dados sobre os casos confirmados segundo a raça/cor, apenas dados de óbitos e de hospitalizações, que serão aqui analisados.

A tabela 2 mostra os dados das hospitalizações.

Tabela 2 - Hospitalizações por SRAG/COVID-19 segundo a Cor/raça.

Boletim	Total	Cor/Raça				Não informado (n)*
		Branca	Negros (pretos/pardos)	Amarela	Indígena	
BE 09 (11 abr)	37.378	73% (n=25.676)	23,9% (n=8.406)	2,9% (n=1.084)	0,2% (n= 75)	2.206
BE 10 (16 abr)	48.306	67,3% (n=30.432)	30% (n=13.565)	2,4% (n=1.159)	0,3% (n=145)	3.088
BE 11 (17 abr)	50.225	66,6% (n=31.321)	30,7% (n=14.396)	0,3% (n=1.205)	0,3% (n= 151)	3.331
BE 12 (19 abr)	-	-	-	-	-	-
BE 13 (20 abr)	55.980	65,1% (n=34.096)	32,3% (n= 16.917)	2,3% (n= 1.288)	0,3% (n= 168)	3.605
BE 14 (26 abr)	70.060	60,3% (n= 39.073)	37,4% (n= 24.234)	2,0% (n= 1.401)	0,2% (n= 210)	5263
BE 15 (08 mai)	107.895	54,7% (n=53.326)	43,1% (n= 42.018)	1,9% (n=2.049)	0,3% (n= 324)	10.406
BE 16 (18 mai)	139.622	51,4% (n=64.211)	46,7% (n=58.340)	1,7% (n=2.374)	0,3% (n= 419)	14.698
BE 17 (25 mai)	168.676	49% (n=73.230)	49,5% (n= 73.978)	1,6% (n=2.699)	0,3% (n= 506)	19.226

*Parte destas hospitalizações não são confirmadas para a COVID-19.

*Os BE trazem quantidade de óbitos cuja cor/raça não é informada e não são incluídas nas análises.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2020);

Cabe ressaltar inicialmente, que a diferença nas taxas de contaminação e óbitos segundo a variável cor/raça não é plenamente conhecida no Brasil, em razão do grande quantitativo de dados que não informam tal variável e também a grande subnotificação de dados em geral, em função da restrição na testagem e falta de acesso aos hospitais ou atendimento médico, que sabemos, é maior entre os mais pobres, majoritariamente negros e negras.

Nos EUA, por exemplo, a taxa de contaminação é maior entre negros, sendo apontados fatores estruturais como tipo de trabalho, renda, obesidade e acesso a testes como



respondendo por estes números. Há também indícios de que o número de mortes de negros está em desproporção em relação ao percentual da população. (BBC, 2020).

Dados da tabela 2, que confirma informações veiculadas em geral, é que a COVID-19 entra no Brasil pelas classes altas e que, segundo dados, é majoritariamente branca (FUNDAÇÃO OXFAM, 2018; 2019). Isso porque tem, em seu início, relação com viagens internacionais, primeiramente à China e, depois, a outros países da Europa.

O BE 09, de 11 de abril de 2020, passados 45 dias, portanto, desde a confirmação do primeiro caso, mostra que, embora a doença já se encontre mais espalhada, o número de hospitalizações chega a ser três vezes maior na população branca.

Isso poderia, inicialmente, indicar um maior acometimento deste segmento da população pela doença, mas pode, por outro lado, ser um reflexo das desigualdades sociais que, dentre outras, se reflete na falta de acesso a atendimento e serviços de saúde. A população branca, mais rica, foi, de fato, aquela majoritariamente atendida pela rede de saúde, enquanto a população negra e pobre, sofreu/sofre com a falta de acesso ao atendimento médico e vagas de hospital. Fatos que são confirmados pelas notícias da grande mídia do mesmo período que mostram como a população mais pobre, ficou nas filas, seja nas portas das unidades de pronto atendimento para uma primeira consulta, ou nas filas de espera por respiradores ou vagas em UTIs, situação mais agravada nas Regiões mais pobres do país, como o Norte. (NEXOJORNAL, 2020; G1, 2020a).

Na sequência, os boletins mostram que aumentam as hospitalizações de negros/as e diminuem entre brancos. Observa-se que a diferença começa em 49 pontos percentuais no BE 09, cai a 32,9 pontos no BE 13, cai ainda mais a 4,7 pontos no BE 16 e, finalmente, torna-se negativa no último BE analisado (BE 17 = - 0,5%), momento em que a doença se espalhou efetivamente pelas periferias e municípios diversos do país, atingindo grandemente a população mais pobre.

3.2. SOBRE OS ÓBITOS

A despeito de a COVID-19 entrar no Brasil pela população branca, entre a população negra os óbitos começam a ser registrados bem cedo. Um exemplo, é a primeira morte registrada no estado do Rio de Janeiro: de uma mulher negra, empregada doméstica, cuja patroa havia viajado para a Itália e que testou positivo para a doença, mas não morreu. (GLOBO G1, 2020b).

Os dados da tabela 3 mostram que a tendência de crescimento do número de óbitos da população negra ocorre simultaneamente à queda de óbitos entre a população branca.



Tabela 3 - Evolução dos óbitos segundo Cor/raça.

Boletim	Total	Cor/Raça				
		Branca	Negros (pretos/ pardos)	Amarela	Indígena	Não informado (n)*
BE 09 (11 abr)	1120	62,9% (n=450)	34,3% (n=245)	2,4% (n=27)	0,4% (n= 5)	405
BE 10 (16 abr)	1.924	59,5% (n=756)	37,3% (n=474)	2,6% (n=50)	0,5% (n=9)	654
BE 11 (17 abr)	2.141	59,1% (n=1.038)	37,9% (n=666)	2,7% (n=58)	0,5% (n=7)	385
BE 12 (19 abr)	**	-	-	-	-	-
BE 13 (20 abr)	2.575	56,6% (n=1.000)	40,4% (n=714)	2,6% (n=67)	0,4% (n=11)	808
BE 14 (26 abr)	4.205	52,3% (n=1.520)	45,2% (n=1.314)	2,2% (n=92)	0,3% (n=13)	1.298
BE 15 (08 mai)	9.897	47,7% (n=3.297)	50,3% (n=3.476)	1,9% (n=188)	0,3% (n=30)	2.986
BE 16 (18 mai)	16.118	43,1% (n=5.040)	54,8% (n=6.408)	1,7% (n=274)	0,5% (n=80)	4.425
BE 17 (25 mai)	22.013	41% (n=6.465)	57% (n=8.988)	1,6% (n=352)	0,5% (n=110)	6.245

*O BE informa óbitos cuja cor/raça não é informada, estão, obviamente, fora das análises por raça;

**Variável cor/raça não aparece neste boletim.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2020);

Os dados mostram que, no BE 09, o número de óbitos entre brancos era 45,4% maior que entre os negros, enquanto que no BE 17 os óbitos entre negros passam a ser 25,25% maior.

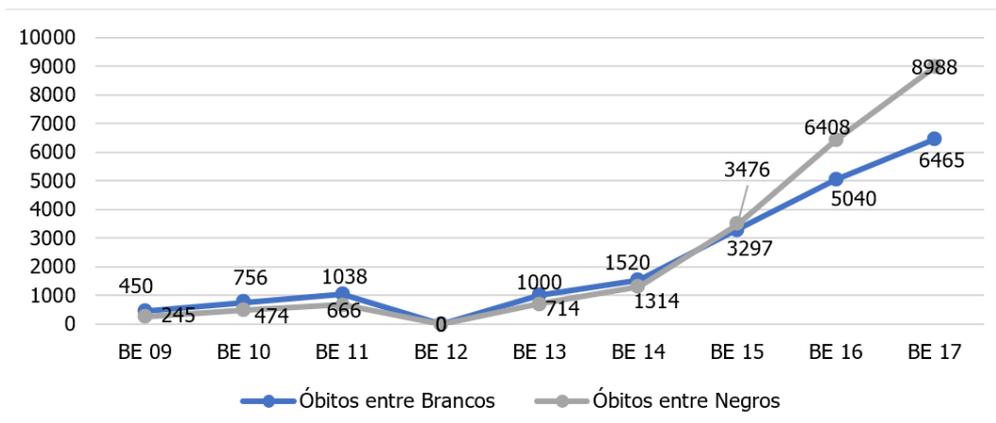
Se olharmos em números absolutos, a diferença se torna ainda mais gritante: no BE 09 são 314 óbitos a mais entre os/as brancos/as; no BE 16 já são 1.380 óbitos a mais entre a população negra e no BE 17, 08 dias depois, esta diferença já chega a 2.523.

A figura 2 ilustra visualmente melhor a diferença na curva de óbitos, especificamente, para os dois grupos populacionais.

Pode-se notar que, a partir do BE 14 a diferença na trajetória da curva de dados torna-se marcante. Enquanto a curva de óbitos das pessoas brancas começa a mostrar tendência de achatamento a das pessoas negras segue nítida trajetória ascendente, com a ampliação da diferença que chega a 2523 óbitos de pessoas negras a mais do que entre as pessoas brancas apenas no último BE.



Figura 2 - Evolução dos óbitos entre brancos e negros.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Olhando o total, tem-se que no período de 52 dias entre o BE 09 e o BE 17, foram 8.988 vidas negras perdidas para a COVID-19, sendo 2.523 a mais do que entre pessoas brancas. As possibilidades de atendimento médico-hospitalar podem ajudar a explicar esta diferença? Ou poderíamos falar de aumento da incidência entre a população negra? Caso se opte pela segunda opção, surge, entretanto, outra questão: se há maior incidência entre a população negra, porque eles estão em menor número dentre os hospitalizados? Isto nos permite afirmar que foram vidas perdidas, não apenas para a COVID-19, mas sobretudo, para as gritantes desigualdades sociais vividas neste país?

Outra questão interessante é a comparação entre número de hospitalizações e de óbitos entre os dois grupos populacionais. Os dados mostram que, embora pessoas brancas sejam o maior número de hospitalizações, são as pessoas negras as que mais morrem, o que acirra ainda mais as diferenças entre brancos/as e negros/as. No último boletim divulgado, o número de hospitalizações é bem parecido com uma ligeira variação de 1,0%. Porém, o número de mortes entre as pessoas negras é 28% maior. Este dado exige entender porque a COVID-19 mata mais a população negra no Brasil. Seria para as pessoas brancas, que são a maioria entre os mais ricos, o atendimento mais presente e mais eficaz?

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo e isso aparece refletido nos diferentes âmbitos da vida social, econômica, cultural e de saúde da população. Os dados aqui analisados permitem afirmar que, com a Pandemia da COVID-19, os reflexos da desigualdade não são diferentes. Os dados mostram que, sim, os diferentes grupos populacionais estão sendo diferentemente impactados pela pandemia e, de acordo com os



dados do Ministério da Saúde, este impacto é extremo e absoluto, uma vez que estampa uma situação limite, a definição de quem vive e quem morre.

A forma como a COVID-19 chega ao Brasil, o tratamento inicial dado à questão, a forma como avança rumo às periferias das grandes cidades e aos municípios mais pobres do interior, o crescimento avassalador da contaminação e do número de óbitos, são todos aspectos atravessados pelas desigualdades sociais racialmente determinados.

Os noticiários foram pródigos em demonstrar o sacrifício e as dificuldades para a população mais pobre e negra, que enfrentou filas colossais para conseguir atendimento médico e buscar pelo auxílio emergencial do governo, enquanto as classes mais abastadas, tiveram atendimento nos hospitais privados e até fretaram jatinhos para buscar atendimento nos grandes centros. Esta é mais uma das brutais faces do racismo para a qual não podemos continuar fechando os olhos. De uma forma tão imediata, a pandemia agrava as desigualdades, porque o limite entre viver o morrer se torna mais forte, em curto espaço de tempo.

Porque a COVID-19 é mais letal para a população negra? Questionado sobre o maior número de mortes entre a população negra, o Ministro da Saúde afirmou que não existe estudo que mostre raça como fator de risco para a COVID-19. Ora, não existe, porque não se quer enxergar. Obviamente, que as explicações não devem ser buscadas em fatores biológicos ou hereditários, a exemplo dos estudos nazistas ou higienistas dos séculos XIX e XX.

Não se trata de buscar essência biológica ou natural, trata-se sim, de entender raça e negro como as duas “figuras gêmeas do delírio” capitalista que permanecem na raiz das catástrofes, dos crimes e das tragédias humanas. (MBEMBE, 2016).

Ainda entendendo com Mbembe (2016), afirma-se que não basta dizer que raça não tem essência, porque ela consiste nas práticas, nas relações, nos posicionamentos sociais e nos dados concretos da realidade que a constitui. Está, portanto, na raiz do funcionamento de Estado, no racismo estrutural e na necropolítica que revela os limites da soberania que define quem vive e quem morre. (MBEMBE, 2018; FOUCAULT, 2001), explicando a diferença raciais nos dados da pandemia da COVID-19 no Brasil, dentre outros números absurdos da opressão da população negra no Brasil.

Isto porque racialização, desigualdades e exploração capitalista são historicamente inseparáveis e, na pandemia, continuam a distribuir de forma desigual as oportunidades de viver e de morrer (MBEMBE, 2018), como oportunidades que se produzem no racismo, na exclusão, na desigualdade, na inserção social diferenciada. Junta-se a isso, a disseminação de uma mentalidade escravista, racista que discursa sobre igualdade fechando os olhos para as desigualdades concretas, que excluem e matam.



Os dados argumentam, por isso, a favor da inclusão da dimensão racial nas análises dos diversos indicadores sociais no Brasil, uma vez que esse olhar contribui sobremaneira, para a compreensão das formas como se organiza esta sociedade, vendo como os processos e possibilidades de inserção social são racialmente determinados. É fundamental que essa invisibilidade seja rompida. A luta precisa ser para que esta dimensão seja de fato, levada a sério, posto que o alto percentual de dados nos quais a variável cor/raça não é informada, juntamente com a subnotificação, contribuem para esconder ainda mais, o racismo reinante, escondendo as desigualdades ou promovendo um olhar parcial sobre estas.

Especificamente no tema em questão, fica a necessidade de exigir a inclusão da variável cor/raça entre os itens obrigatórios dos serviços das informações sobre saúde e sobre os registros de óbitos, independentemente de ser ou não em situações de emergência.

Soma-se a isso, a ação deliberada de sonegação dos dados sobre a COVID-19 por parte do Ministério da Saúde. Cabe registrar que até a finalização deste estudo (em 15/06/2020) não há nova publicação de BE no site, sendo, portanto, o BE 17, o último publicado. Isto se relaciona com as trocas de titular do Ministério da Saúde durante a Pandemia e as tentativas de mudar a forma de contagem dos casos enfim, a própria postura do Governo quanto ao trato da questão da Pandemia da COVID-19.

Finalizamos este artigo no dia 15 de junho de 2020, dia em que o mundo confirma 7.690.708 casos e 427.630 mortes e, no Brasil, que, em meio à polêmica sobre divulgação dos dados, tem-se o registro de 867.624 casos confirmados e 43.332 mortes. (BRASIL, 2020). Tem-se então, pouco mais que o dobro dos óbitos do BE 17, o que nos impele a projetar mais alguns milhares de vidas negras perdidas, para uma doença sim, mas principalmente perdidas para o racismo estrutural reinante neste país. A exemplo da violência no campo e na cidade ou do genocídio da juventude negra, a falta de renda e condições precárias de vida, que obrigam a população negra e pobre à uma maior exposição ao Corona vírus, assim como, o não acesso a atendimento de saúde, a hospitais, clínicas, respiradores e leitos de UTI, continuam marcando a desigualdade racial no Brasil e condenando à morte este segmento populacional, é o que denunciam os dados, ainda que a variável raça/cor seja subnotificada.

Reconhece-se aqui o imenso sofrimento imposto pela Pandemia da COVID-19 à população como um todo, mas é fundamental reconhecer que este sofrimento é intensamente agudizado para a população negra, tornando-se vital a formulação de estratégias de enfrentamento da brutal desigualdade social no Brasil e, ampliar as análises da dimensão racial para romper com a invisibilidade da violência nas relações raciais no Brasil.



Enfrentar as desigualdades sociais é fundamental para não continuarmos reproduzindo exclusão, miséria e morte. Isso significa reafirmar a luta pela garantia dos direitos da população negra.

5. REFERÊNCIAS

ABRASCO - Associação brasileira de saúde coletiva. **Carta ao Ministério da Saúde sobre a informação raça/cor nos sistemas de informação da COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/04/Carta-ao-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAdede-sobre-a-informa%C3%A7%C3%A3o-ra%C3%A7a_cor-nos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-da-COVID-19-1.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.

PRETA, Alma. **Coalizão negra cobra Ministério da Saúde sobre dados raciais das vítimas do coronavírus**. 2020. Disponível em: <<https://almapreta.com/editorias/realidade/coalizao-negra-cobra-ministerio-da-saude-sobre-dados-raciais-das-vitimas-do-coronavirus>>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BBC, News Brasil. **Coronavírus: por que a população negra é desproporcionalmente afetada nos EUA?**, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52267566>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Boletins Epidemiológicos (de 01 a 17)**. Brasília: 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 29 mai. 2020.

BRASIL, Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 55**, de 16 de dezembro de 2016. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 20 mai. 2020.

BUHEJI, Mohamed *et al.* The extent of COVID-19 pandemic socio-economic impact on global poverty: a global integrative multidisciplinary review. **American Journal Of Economics**, p.213-224, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341044016_The_Extent_of_COVID-19_Pandemic_Socio-Economic_Impact_on_Global_Poverty_A_Global_Integrative_Multidisciplinary_Review>. Acesso em: 11 mai. 2020.

FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública ano 2017**. 2017.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. São Paulo: Editora Vozes, 2001.



FUNDAÇÃO OXFAM. **Relatório: "A distância que nos une: um retrato das desigualdades brasileiras"**. Fundação Oxfam Brasil, 2017.

FUNDAÇÃO OXFAM. **Relatório: "Nós e as desigualdades"**. Pesquisa OXFAM BRASIL/DATAFOLHA. Percepções sobre desigualdades no Brasil. Fundação Oxfam Brasil, 2019.

FUNDAÇÃO OXFAM. **Relatório: "País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras"**. Fundação Oxfam Brasil, 2018.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.29, n.2, p.1-4, mai. 2020.

GLOBO, G1 - O Portal de Notícias da. **Governo do RJ confirma a primeira morte por coronavírus**. 2020a. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/03/19/rj-confirma-a-primeira-morte-por-coronavirus.ghtml>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

GLOBO, G1 - O Portal de Notícias da. **População derruba portão de hospital público de Belém em busca de atendimento em meio à pandemia**. 2020b. Disponível em: <<https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2020/04/29/populacao-derruba-portao-de-hospital-publico-de-belem-em-busca-de-atendimento-em-meio-a-pandemia.ghtml>>. Acesso em: 29 abr. 2020.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, n.92/93, p.69-82, jan./jun. 1988.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p.223-244, 1984.

GUIMARÃES, Alfredo S. **Classes, Raças e Democracia**. São Paulo: Editora 34, 2002.

GUIMARÃES, Alfredo S. **Racismos e anti-racismos no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua 2018): rendimento de todas as fontes 2018**. 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2017.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. Tradução de Renata Santini. São Paulo: n.1 edições, 2018.

MBEMBE, Achille. **Crítica de la razón negra**. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Futuro Anterior Ediciones, 2016.



NEXOJORNAL. **Por que o Amazonas é o 1º estado a ter um colapso na saúde.** 2020.

Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/04/13/Por-que-o-Amazonas-%C3%A9-o-1%C2%BA-estado-a-ter-um-colapso-na-sa%C3%BAde>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

OPAS/OMS, Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Unidade de Saúde Mental, de Abuso de Substâncias e Reabilitação (THS/MH). Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**, 2006. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório do Desenvolvimento Humano de 2019.** Além do rendimento, além das médias, além do presente: desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. 2019. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2020.

Submetido em: **16/06/2020**

Aceito em: **25/09/2020**