



## *Desigualdades Raciais e Covid-19: o que a pandemia encontra no Brasil?*

*Marcia Lima | coordenadora do Afro*

*Jaciane Milanezi | pesquisadora Afro*

*Caio Jardim Sousa | pesquisador Afro*

*Hugo Nicolau Barbosa de Gusmão | pesquisador Afro*

*Thayla Bicalho Bertolozzi | pesquisadora Afro*

### *Apresentação do projeto*

É com satisfação que apresentamos o projeto Desigualdades Raciais e Covid-19, desenvolvido pelo Afro – Núcleo de Pesquisa sobre Raça, Gênero e Justiça Racial, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Afro – Cebrap).

Partimos de um longo acúmulo de pesquisas que vêm demonstrando que o Brasil sempre foi marcado por profundas desigualdades sociais e raciais nas mais diferentes esferas – educação, renda, trabalho, saúde, informação, violências institucionais e muitas outras. Embora a pandemia tenha colocado em evidência as enormes fragilidades do acesso à saúde no país, especialmente aos mais pobres e negros, trata-se de um fenômeno que extrapola a doença causada pelo vírus. Os âmbitos do trabalho, da educação, da renda, da violência doméstica, da violência policial, assim como dos territórios, caracterizam o desenho das desigualdades raciais na Covid-19.

A proposta deste projeto é apresentar as múltiplas dimensões das desigualdades raciais a partir dos impactos da Covid-19 na população brasileira, considerando que as desigualdades preexistentes afetam as formas como são produzidas e reproduzidas essas assimetrias neste novo contexto. Para tratar dessas questões, produziremos um conjunto de informativos, abordando as múltiplas dimensões que afetam a vida da população negra. Nosso intuito é contribuir para a compreensão dos efeitos da crise de saúde pública e dos setores sociais e econômicos nas condições de vida das populações negras brasileiras.

Elaborados por nossa equipe de pesquisa ou em parceria com outras instituições científicas e grupos de pesquisa, esses informativos versarão sobre as questões principais que relacionam Covid-19 e desigualdades. Dentre elas, podemos destacar: os efeitos das desigualdades territoriais no acesso aos equipamentos de saúde; os efeitos das desigualdades educacionais relacionadas à manutenção remota de aulas e outras atividades de ensino; mercado de trabalho; a situação dos Agentes Comunitários de Saúde do Sistema Único de Saúde; as particularidades da pandemia em grupos mais vulneráveis, a exemplo das populações carcerária e quilombola; e o debate público na mídia sobre as desigualdades raciais a partir da pandemia.

Em cada informativo, utilizaremos fontes de dados primárias e secundárias, de natureza quantitativa e qualitativa. Além disso, realizamos uma curadoria das principais notícias e webinários sobre desigualdades raciais e Covid-19 relacionadas ao tema do informativo.

Esperamos assim contribuir para o aprimoramento do debate sobre as desigualdades na pandemia, sistematizando um conjunto de informações e análises que possam guiar ações e demandas por mais equidade racial.

**Márcia Lima**

Coordenadora

Afro – Núcleo de Pesquisa e Formação em Raça, Gênero e Justiça Racial

## Este informativo em palavras

A nuvem de palavras sintetiza os tópicos mais abordados neste informativo, considerando a intensidade de sua frequência (quantidade de ocorrências, dos termos listados, que foram utilizados ao longo do texto).

**Figura 1** → Nuvem de palavras dos termos mais recorrentes neste informativo



Fonte: Elaboração dos autores.

## Análise

### Os invisibilizados das desigualdades

Desde a primeira notificação de caso de Covid-19 no país, em 26 de fevereiro deste ano (2020), e de seu primeiro óbito, oficialmente divulgado em março, iniciou-se no Brasil uma enorme crise sanitária, social e política. Os efeitos desta pandemia no país têm nos colocado, de forma ímpar, diante das profundas desigualdades estruturais da sociedade brasileira e sua inegável interface entre classe, raça, gênero e território. Mais ainda, têm demonstrado como são imprescindíveis as

políticas sociais não somente com vistas à redução da pobreza, mas também para a redução das desigualdades.

Já no início da pandemia no país, pesquisadores e representantes dos movimentos negros e das periferias destacavam, no debate público, a relação entre esse fenômeno e as desigualdades raciais. Chamavam, ainda, atenção para a inadequação das políticas criadas para atingir determinados grupos, o potencial aumento da vulnerabilidade social das populações negras, mais pobres, indígenas e quilombolas durante a pandemia. Vale acrescentar a perspectiva de um maior custo para esses grupos no pós-pandemia. Foi nesse contexto que as lideranças dos movimentos negros pressionaram e conseguiram a divulgação dos primeiros dados raciais sobre infecções, hospitalizações e letalidade pela Covid-19 na população negra (pretos e pardos), confirmando as hipóteses vigentes de sua maior vulnerabilidade: identificou-se um impacto diferenciado da Covid-19 nas populações negras quando foi constatado que havia um menor registro de pretos e pardos com a doença, mas havia um maior número de óbitos.

Tal cenário tem proporcionado uma enorme visibilidade às fragilidades do acesso à saúde no Brasil, em especial ao mais pobres e negros. Entretanto, como sabemos, as consequências da Covid-19 não se restringem à esfera da saúde. Trabalho, educação, renda, violência doméstica e até a violência policial são algumas das dimensões que têm se destacado nos processos de produção e reprodução das desigualdades. Para melhor compreendê-las, precisamos partir das seguintes questões: qual o quadro socioeconômico em que nos encontrávamos quando registramos os primeiros casos no país, ou seja, o que a pandemia já encontrou no Brasil em termos de desigualdades? E como as ações durante a pandemia podem alterar ou manter esse padrão assimétrico?

**Identificou-se um impacto diferenciado da Covid-19 nas populações negras, sobretudo um maior número de óbitos**

Quando falamos de desigualdade, estamos tratando de um fenômeno que sempre é observado e mensurado de forma relacional. De acordo com o sociólogo Charles Tilly (2006: 50), *a desigualdade é uma relação entre pessoas ou conjunto de pessoas na qual a interação gera mais vantagens para um dos lados*. E define-se, então, como um processo de hierarquização de classes e atributos – tais como raça, gênero, nacionalidade – que altera a forma como diversos tipos de recursos são distribuídos na sociedade. Por essa razão, as desigualdades são corrigíveis e não devem ser naturalizadas. Afinal, naturalizá-las é uma das principais formas de produzir discriminação.

Outra característica importante das desigualdades é que se trata de um fenômeno multidimensional a partir do recurso assimetricamente distribuído. O sociólogo Goran Therborn (2010) busca identificar seus diferentes tipos. No que diz respeito à saúde e à longevidade, encontramos indicadores que compõem o que autor denomina desigualdades vitais. Há, ainda, as desigualdades relacionadas à negação de (igual) reconhecimento e respeito, que destitui determinados grupos de seus direitos, tornando-os invisíveis às políticas públicas e ao tratamento justo e igualitário. Por fim, temos as desigualdades materiais – em geral as mais observadas e analisadas –, que se relacionam à posse de bens materiais e recursos sociais que geram oportunidades. Essa tipologia nos ajuda a entender como há mecanismos e processos distintos de produção e reprodução desse fenômeno que merecem atenção e estratégias específicas para enfrentá-lo.

Ao longo dos últimos meses, percebemos como, em cada uma dessas dimensões, a interface entre classe, raça, gênero e território marcou as condições de enfrentamento da crise decorrente da pandemia. Inspirados nessa tipologia, neste primeiro informativo, nos dedicaremos a introduzir uma visão ampla dos efeitos da Covid-19, destacando seu aspecto multidimensional e apresentando algumas das

questões que serão aprofundadas nos números subsequentes. Trataremos, primeiramente, das desigualdades vitais e de reconhecimento, demonstrando como vida e morte se tornam um tema central para a agenda da igualdade racial, já que as formas de invisibilidade se configuram em negação de direitos e, conseqüentemente, em maior vulnerabilidade e risco de morte. Em relação às desigualdades materiais, faremos uma breve síntese de como as desigualdades raciais preexistentes configuraram as vulnerabilidades durante a epidemia da Covid-19.

## As desigualdades vitais

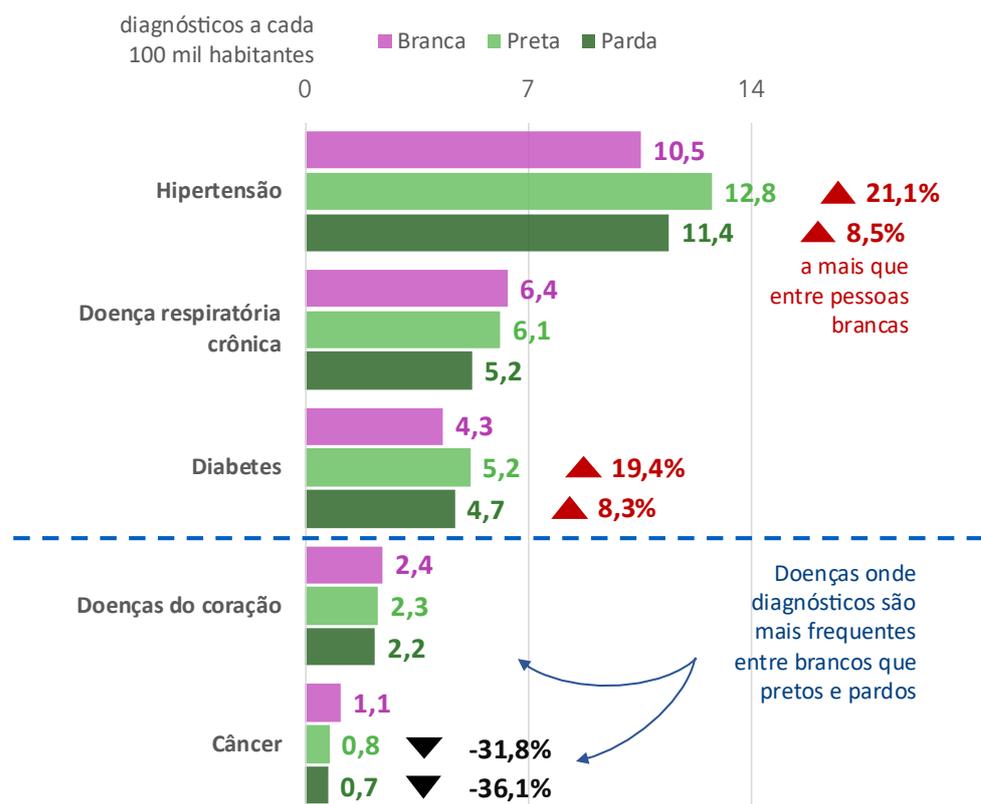
O debate público propiciado pela pandemia expôs desigualdades raciais na área da saúde historicamente invisíveis para boa parte da população brasileira, assim como muitos outros temas e questões relacionadas às desigualdades raciais. Mas são disparidades há muito conhecidas pelos movimentos negros, pesquisadores e pelo próprio Estado. Tais assimetrias são persistentes ao longo do tempo entre a população negra – ou seja, os desfechos de saúde desfavoráveis a essa população são persistentes na história da saúde pública universal do país. E, neste momento, representam mais mortes para pessoas pretas e pardas.

**A população negra é a que depende mais exclusivamente do SUS.**

O que foi imediatamente observado em termos de desigualdades raciais foi a ocorrência das fragilidades da população negra no campo da saúde associada a outra dimensão bastante impactante na pandemia: o território. A população negra é a que depende mais exclusivamente do SUS, constituindo a maioria dos pacientes com diabetes, tuberculose, hipertensão e doenças renais crônicas no país, consideradas agravantes da Covid-19. E é a população que vive em territórios com pior acesso aos serviços públicos (como água e saneamento básico) e sofre mais com precariedades de mobilidade urbana e acesso a hospitais.

No gráfico abaixo, temos os dados da PNAD-Covid sobre o número de pessoas (por 100 mil habitantes) que informam ter diferentes diagnósticos considerando os grupos de risco da Covid-19. Nota-se que as pessoas negras têm taxas maiores de diagnóstico autorreferido de diabetes e hipertensão em comparação aos brancos, o que, em números absolutos, as coloca em risco maior que as pessoas brancas, mesmo quando os dados são corrigidos pela idade. Entretanto, por questões ligadas a renda, existe um sério risco de subnotificação de doenças respiratórias crônicas, doenças do coração e câncer em pessoas negras, como veremos a seguir.

**Gráfico 1** → Número de pessoas que informam ter diferentes diagnósticos do grupo de risco da COVID-19, por 100 mil habitantes



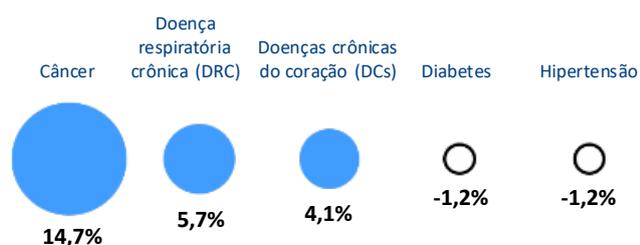
Fonte: PNAD Covid (julho de 2020). Elaboração dos autores.

As desigualdades de acesso à saúde afetam também o conhecimento sobre a existência ou não de doenças. A Tabela 1 logo abaixo informa as diferenças de renda na taxa de diagnósticos autoinformados por 100 mil habitantes. As pessoas de renda mais alta

têm mais chances de receber diagnósticos de câncer, DRC e doenças crônicas do coração. Esse viés é determinado por acesso a equipamentos e sistemas de saúde com condições de fazer tal diagnóstico, que são menos prevalentes no SUS. Por outro lado, vemos um exemplo de democratização da saúde na ausência de viés de renda nos diagnósticos de diabetes e hipertensão, fortemente monitorados pelo sistema público de saúde. Como há menos pessoas negras nos quintis mais altos de renda, esse viés é transmitido para a estatística racial, o que indica que há uma chance maior de prevalência subdiagnosticada desses transtornos.

**Tabela 1** → Diferenças de renda na taxa de diagnósticos autoinformados por 10.000 habitantes

Para cada faixa de renda que uma pessoa “sobe”, a **probabilidade de ter acesso a um diagnóstico** de cada doença aumenta em:



Grupo de renda <i>per capita</i>	Câncer	DRC	DCs	Diabetes	Hipertensão
Todos	925	5.777	2.327	4.560	4.560
Quintil 1 [ $\leq$ r\$ 320]	661	4.862	1.938	4.502	4.502
Quintil 2 [r\$ 320;800]	677	5.862	2.246	4.398	4.398
Quintil 3 [r\$ 800;1.366,67]	885	5.754	2.385	4.723	4.723
Quintil 4 [r\$ 1.366,68;2.333,33]	810	6.022	2.264	4.652	4.652
Quintil 5 [ $<$ r\$ 2.333,34]	1.146	6.244	2.334	4.238	4.238

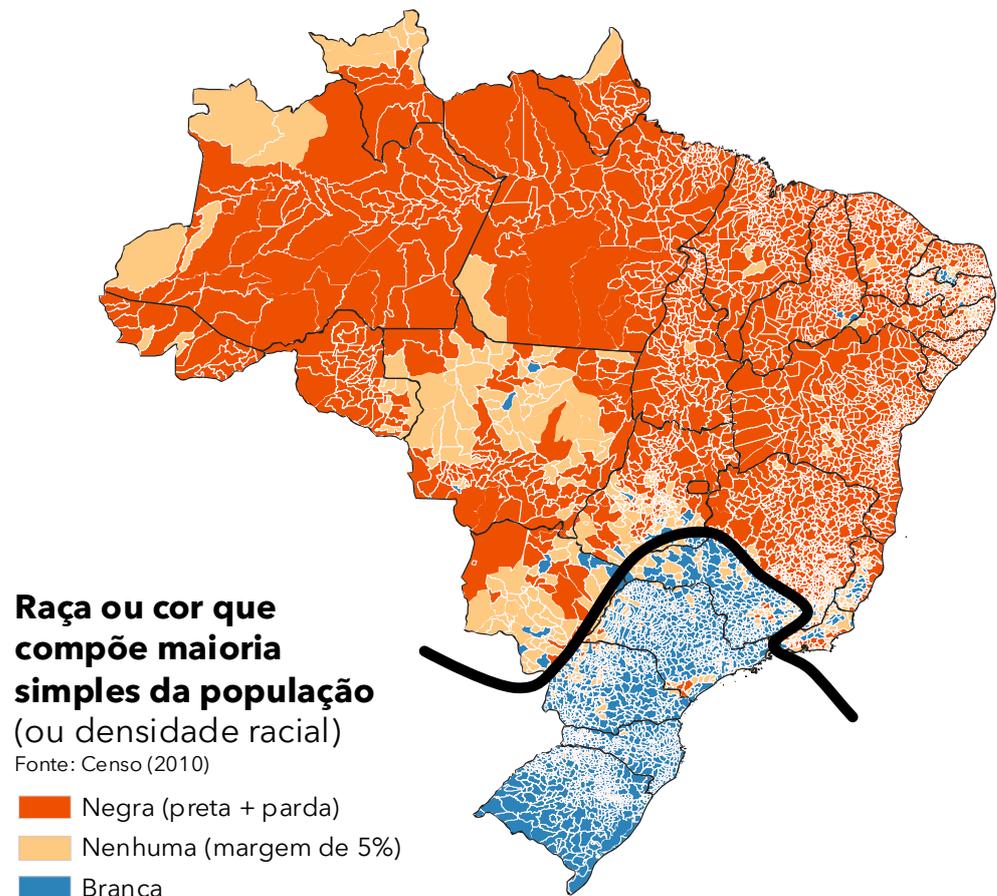
Fonte: PNAD Covid (julho de 2020). Elaboração dos autores.

Outro tema importante associado à questão da saúde na Covid-19 são as desigualdades regionais e territoriais. O mapa abaixo (Figura 2), com base no Censo de 2010, demonstra a existência de uma “linha racial” que dividia o país, cruzando as porções territoriais mais desenvolvidas e grande parte daquela que é conhecida como “região concentrada”. Esse cinturão passa pelo sul de Minas Gerais, as serras do Rio de Janeiro, a maior parte do estado de São Paulo e a totalidade dos estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Figura 2



Mapa de densidade racial da população brasileira



Fonte: Censo (2010). Elaboração dos autores.

O estudo de Oliveira e Luiz (2019) sobre densidade racial e situação socioeconômica, realizado com os dados dos censos de 2000 e 2010, aponta que a densidade racial está articulada com as condições de saúde, sendo que os melhores estados no Brasil nesse quesito agregam cidades de predominância branca. As cidades com maior presença de pardos e mistos (mas com maioria negra), em relação às demais, apresentaram, nos dois censos, estrutura etária mais jovem, piores índices de desenvolvimento humano, maior vulnerabilidade social, concentração de renda, mortalidade infantil e prematura (<65 anos) e menor esperança de vida de seus moradores<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Os autores criaram seis grupos de cidades: branca, parda, preta, minoria (amarelos e índios), mistos – com maioria branca e mistos – maioria negra. As quatro primeiras são cidades com predominante estrutura de

O Censo de 2010 já indicava a menor expectativa de vida na população negra. Apesar de mulheres pardas registrarem maior expectativa de vida (78 anos) que os outros grupos de raça/cor, homens negros possuíam a pior expectativa de vida (71 anos), comparados aos outros grupos. E as principais causas de morte para homens negros foram homicídios (Filho et al., 2014). Já com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), também em 2010, identifica-se a relação entre território e óbitos. Ao relacionar níveis de urbanidade, entendida como o impacto de um período nas condições de vida urbana, e indicador de mortalidade, foram identificados diferentes desfechos de morte entre brancos e negros. A análise de 1.050.546 casos de morte, em 5.565 municípios brasileiros, revelou piores níveis de saúde e excesso de morte prematura em homens negros (Oliveira e Luiz, 2017). Esse é um quadro persistente historicamente, desde a década de 90, como exemplificam os dados de morte prematura em homens negros, no município de São Paulo, por causas externas, que são a segunda causa de óbito nesse grupo, no período (Barbosa, 1998).

Além da morte mais prematura e menos por envelhecimento, é marcante a incidência de doenças crônicas na população negra. Pesquisa sobre a relação entre segregação residencial e hipertensão e diabetes, a partir do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA Brasil, evidenciou que indivíduos que viviam em áreas segregadas, majoritariamente negros, tinham 26% mais probabilidade de ter hipertensão e 50% de diabetes em comparação com brancos em bairros menos vulneráveis (Barber et al., 2017). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 também corroboram essa incidência, mostrando maior prevalência de hipertensão em mulheres negras, comparadas com

---

densidade racial. Eles usam essa categoria mista para indicar dois tipos de cidade: 1) mistos, mas com maioria branca (proporção de população branca simplesmente maior do que a proporção de população negra [pardos mais pretos]); 2) mistos, mas com maioria negra (proporção população negra [pardos mais pretos] simplesmente maior do que a proporção de brancos).

brancas, com associação entre nível educacional, gênero, raça e a doença cardiovascular (Alves e Faerstein, 2016).

No caso do Rio de Janeiro, um índice de saúde urbana indicou a persistência dessas doenças em territórios racialmente segregados (Bortz, 2015). No índice, foram considerados oito indicadores de saúde (diabetes, mortalidade infantil, tuberculose, doenças isquêmicas do coração, câncer de mama e do colo do útero, acidente de trânsito, homicídio, HIV), correlacionados positivamente com indicadores de renda, educação e raça/cor. O índice evidenciou as desigualdades em saúde por bairro na cidade, com um sul afluyente (alto valor) e um norte carente (baixo valor). A pesquisa analisou a evolução do índice entre 2002 e 2010, e as desigualdades em saúde entre os bairros cariocas se mantiveram, apesar da melhora entre os dois períodos, após as intervenções urbanas para os eventos olímpicos (2016) e a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 2009.

Essa persistência de desigualdades afeta em particular a saúde sexual e reprodutiva de mulheres negras. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, estudo multicêntrico realizado com 2.804 mulheres, em hospitais públicos, de três capitais do Nordeste brasileiro – Salvador (Bahia), Recife (Pernambuco) e São Luís (Maranhão) –, indica que mulheres negras encontraram mais barreiras na busca por atendimento pós-aborto (Góes et al., 2020). Num período de 13 anos, entre 2001 e 2014, identificou-se que estágios avançados de câncer de mama, em mulheres de idade avançada, foram mais prevalentes em mulheres negras (Santo-Silva, 2019). Voltada ao acesso ao pré-natal, a pesquisa “Nascer no Brasil” avaliou 23.894 prontuários de mulheres, entre 2011 e 2012, indicando maior razão de chance de mulheres pretas e pardas possuírem pré-natal inadequado (Leal et al., 2017).

Esse quadro persistente de desigualdades na saúde começou a ser observado já nos anos 1980, a partir de pesquisas da demógrafa Elza

Salvatori Berquó e das publicações do Geledés Instituto da Mulher Negra. Essas evidências ganharam novo patamar quando foram identificadas a partir dos próprios sistemas de informação do SUS, que passaram a coletar o quesito raça/cor, conforme Portaria 3.947 do Ministério da Saúde, de 25 de novembro de 1998.

Essa coleta é um dos exemplos das demandas por equidade racial na saúde que perduram até hoje. Desde a redemocratização, há ações sistemáticas dos movimentos negros demandando institucionalização de políticas públicas de equidade no SUS para tentar combater esse quadro. Considerando o cenário atual e o escopo deste projeto, é crucial trazermos neste primeiro Informativo, ainda que de forma breve, um pequeno histórico sobre a construção da saúde da população negra dentro do Estado brasileiro.

## Saúde da População Negra: demandas por igualdade

O debate sobre políticas de saúde para a população negra começou a ser consolidado nos anos 1980, sob forte orientação dos movimentos de mulheres negras, com as discussões acerca das especificidades raciais no âmbito da saúde em geral e da saúde reprodutiva em particular. Hoje, o Brasil possui um histórico de quatro décadas – de normas, objetivos oficiais, metas, instâncias de gestão, políticas públicas, publicações e conferências – relacionado à saúde de pessoas negras. Essa engenharia contribuiu para estabelecer como deveria ser a regulação da saúde para as populações negras, ao menos da perspectiva legal.

No campo da Saúde Pública, uma instância embrionária desse processo de influência foi a criação, ainda em 1983, do Conselho Estadual da Condição Feminina do Estado de São Paulo (CECF)<sup>2</sup>. Esse foi um dos primeiros espaços estatais de atuação das ativistas negras na construção dos direitos sexuais e reprodutivos no país pela perspectiva

---

<sup>2</sup>Decreto 20.892, de 4/4/1983, e Lei 5.477, de 19/12/1986, ambas do Estado de São Paulo.

interseccional, um processo ainda em andamento. No campo da Saúde Pública, esse processo histórico é conhecido como a focalização da saúde na população negra, cuja construção de políticas afirmativas teve um forte protagonismo das ativistas negras (Lima e Rios, 2019). Desde então, esse ativismo age continuamente perante as administrações públicas: ora por fora das instâncias burocráticas, ora por dentro delas, sempre em paralelo à institucionalização de um SUS universal e descentralizado, pelo movimento sanitarista.

Essa contínua demanda para que o Estado institucionalize políticas equitativas pela perspectiva interseccional das desigualdades teve resultados importantes já no início dos anos 1980. Os primeiros avanços foram percebidos através da mudança da abordagem estatal no que concerne ao cuidado da saúde das mulheres. Em contraste com o controle da natalidade, que recaía em mulheres negras e pobres, os feminismos influenciaram a adoção legal de uma perspectiva integral quanto à saúde das mulheres, que estabeleceu cuidados amplos e em todas as fases de vida. Merece destaque a criação do “Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)”, em 1983. A partir desse programa, o Estado, oficialmente, passou a governar a saúde da mulher pela integralidade e pelo planejamento familiar, não mais pelo controle da natalidade.

A partir dos anos 1990, as ações se tornaram mais regulares. Entre 1996 e 2017, a institucionalização de políticas dentro do Estado voltadas à equidade racial ganharam força (Milanezi, 2019). Esses são anos marcados pelos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT – 2003 a 2016). Entre as duas gestões, a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e formas Correlatas de Intolerância, em 2001, foi um aspecto internacional crucial para o crescimento da institucionalização dessas políticas. Mas, nesse período, mudou a relação entre o Estado e

as ativistas. A construção dessas políticas foi mais pressionada por um ativismo por dentro das burocracias e a partir das estatísticas estatais das desigualdades, que passaram a ser produzidas pelo próprio Estado. Isso pode explicar a legalização crescente de muitas ações de focalização, mas não a pouca capilaridade local nas diversas complexidades do SUS.

Podemos exemplificar como esse período mais expressivo de institucionalização ganhou materialidade dentro do Estado. O “Subgrupo Saúde”, do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da Pessoa Negra, apresentou a primeira proposta de legalização de uma política de saúde à população negra, em 1997. Além disso, fortaleceu a demanda pela inserção do quesito raça/cor no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (doravante SINASC) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (doravante SIM). Adicionalmente, é importante sublinhar o “Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI)”, em 2001, por começar a inserir no SUS a expressão “racismo institucional”.

A atuação das organizações das mulheres negras pela institucionalização de políticas equitativas no SUS podem ser sintetizadas nos seguintes tópicos: 1. a inserção no Estado dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres a partir da perspectiva interseccional e de cuidado integral; 2. o monitoramento e diminuição dos desfechos de saúde mais recorrentes nas populações negras, principalmente por meio da ampliação do acesso aos serviços públicos; 3. a sistemática produção de estatísticas estatais para aferir o comportamento dessas desigualdades ao longo do tempo – aqui, destaca-se que a principal tecnologia estatal para isso foi a inserção do quesito raça/cor nos repositórios de informações do SUS; 4. o debate sobre racismo institucional nas diversas complexidades e equipamentos públicos da saúde; 5. a participação dos movimentos negros na construção dessas políticas por meio de conselhos, sendo instâncias centrais os Comitês Técnicos de Saúde da População Negra (federal, estaduais e municipais).

Podemos dizer que são essas as grandes áreas cobertas pela principal legislação sobre a saúde da população negra, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2009<sup>3</sup>. Essa política é resultado de todo o processo de construção dessa engenharia institucional-legal da focalização da saúde na população negra (Milanezi, 2019). Esse período é interpretado como o primeiro em que o Estado brasileiro reconheceu um problema racial, criou instâncias para deliberar a questão e outras para implementar políticas oficialmente direcionadas a diminuir desigualdades raciais. É importante ressaltar que esse momento está associado ao período democrático nacional de maior ação junto ao Estado pelos movimentos sociais na institucionalização de políticas públicas (Lavalle et al., 2019).

## As desigualdades de reconhecimento: produção de invisibilidades e subnotificações

A gestão da Covid-19 pelas administrações públicas tem exposto um dos principais protocolos da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), legalizada em 2009: a coleta do quesito raça/cor de usuários(as) do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal objetivo do levantamento desse dado, conforme estabelecido por lei, é contribuir para o diagnóstico das diferenças inter-raciais nas condições de saúde, a partir da autoidentificação desses grupos. Paralelamente à inserção do dado nos diversos repositórios de informação do SUS, os movimentos sociais buscam a qualificação da coleta do dado pelos profissionais de saúde, da saúde terciária à primária.

Contudo, quando essas administrações passaram a publicar a incidência das infecções, recuperações e mortes da nova doença por raça/cor, o que ficou visível foi a fragilidade dos sistemas da saúde pública em relação à baixa informação sobre tal quesito. A pandemia

---

<sup>3</sup>Instituída pela Portaria 992 do Ministério da Saúde, de 13/5/2009.

revelou alto nível de subnotificação de raça/cor nos sistemas de informação do SUS, em um momento de necessidade de dados epidemiológicos para a adequada gestão da doença. Fica evidente que a dificuldade em construir indicadores de desigualdades raciais em saúde não é específica da Covid-19. Ela antecede esse evento.

Essa subnotificação sintetiza dois aspectos das relações raciais brasileiras: apesar da persistência das desigualdades, estas encontram-se sempre acompanhadas da resistência em reconhecê-las e da relutância às políticas afirmativas para mitigá-las. Assim, as populações mais vulneráveis continuam morrendo de diferentes causas e não possuem suas mortes igualmente notificadas pelo Estado.

O processo de construção de visibilidade estatística da questão racial dentro do SUS foi longo. Entre 1995 e 1996, houve a inserção do quesito raça/cor no SINASC e no SIM. Para isso, o quesito foi inserido nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e nas Declarações de Óbito, sendo estes considerados, hoje, os sistemas com melhor completude de informação racial (BRAZ et al., 2013). Mas, a primeira grande normatização dessa coleta foi feita pelo Ministério da Saúde, em 1998<sup>4</sup>. Depois, em 2005, houve a inserção da variável raça/cor nos sistemas de informação do Programa Nacional de DST/Aids. E, recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde atualizou as disposições e a obrigatoriedade do preenchimento do quesito em todos os sistemas de informações do SUS<sup>5</sup>. Ou seja, desde os anos 1990, a coleta de raça/cor é normatizada no campo da Saúde Pública.

Portanto, não é novidade para as administrações públicas a obrigatoriedade de produção estatística com o dado racial. Foi a partir da coleta desses dados que os pesquisadores conseguiram evidenciar que, historicamente, há mais morte prematura em negros/as e maior

---

<sup>4</sup>Portaria 3.947, do Ministério da Saúde, de 25/11/1998.

<sup>5</sup>Portaria 344, de 1/02/2017.

longevidade em brancos/as. E, ao longo de sua vida, a população negra vive os mais baixos níveis de saúde e é a mais afetada tanto por doenças externas como pelas violências, como sintetizamos antes. Essa evidência é possível pelo cotidiano das burocracias do SUS, onde o dado se revela em fichas de papel e diversos sistemas de informações. Nesse cotidiano, o dado é coletado (ou deveria ser, segundo a lei) na relação direta entre profissionais e usuários. As fichas e telas são instrumentos mediadores para quebrar as duas etiquetas raciais nacionais: reconhecer desigualdades e combatê-las.

Mas, temos visto outras formas de apagamento e produção de invisibilidades nesse contexto, que vão além da ausência de informação e/ou subnotificação. Há ainda o não reconhecimento de direitos de proteção de tratamento a determinados grupos, populações e territórios.

A pandemia da Covid-19 no Brasil também elegeu as categorias silenciadas, apagadas e destituídas de acesso aos recursos mínimos. Quilombolas e indígenas, que já vivem o drama da luta pelo reconhecimento e pela manutenção dos seus territórios, têm enfrentado na pandemia a ausência de políticas voltadas para suas comunidades, combinando-se, assim, duas formas potentes de apagamento.

Somam-se a esses grupos a população carcerária e a população em situação de rua, que também são silenciadas. Uma pelo julgamento moral de quem merece ser cuidado e/ou viver neste momento, a outra por não reunir condições mínimas de se tornar visível aos olhos das políticas sociais do Estado brasileiro.

## As consequências socioeconômicas da Covid-19

Nossa estrutura social desigual tem sido um agravante para dificultar o enfrentamento do cenário atual e a amenização das difíceis

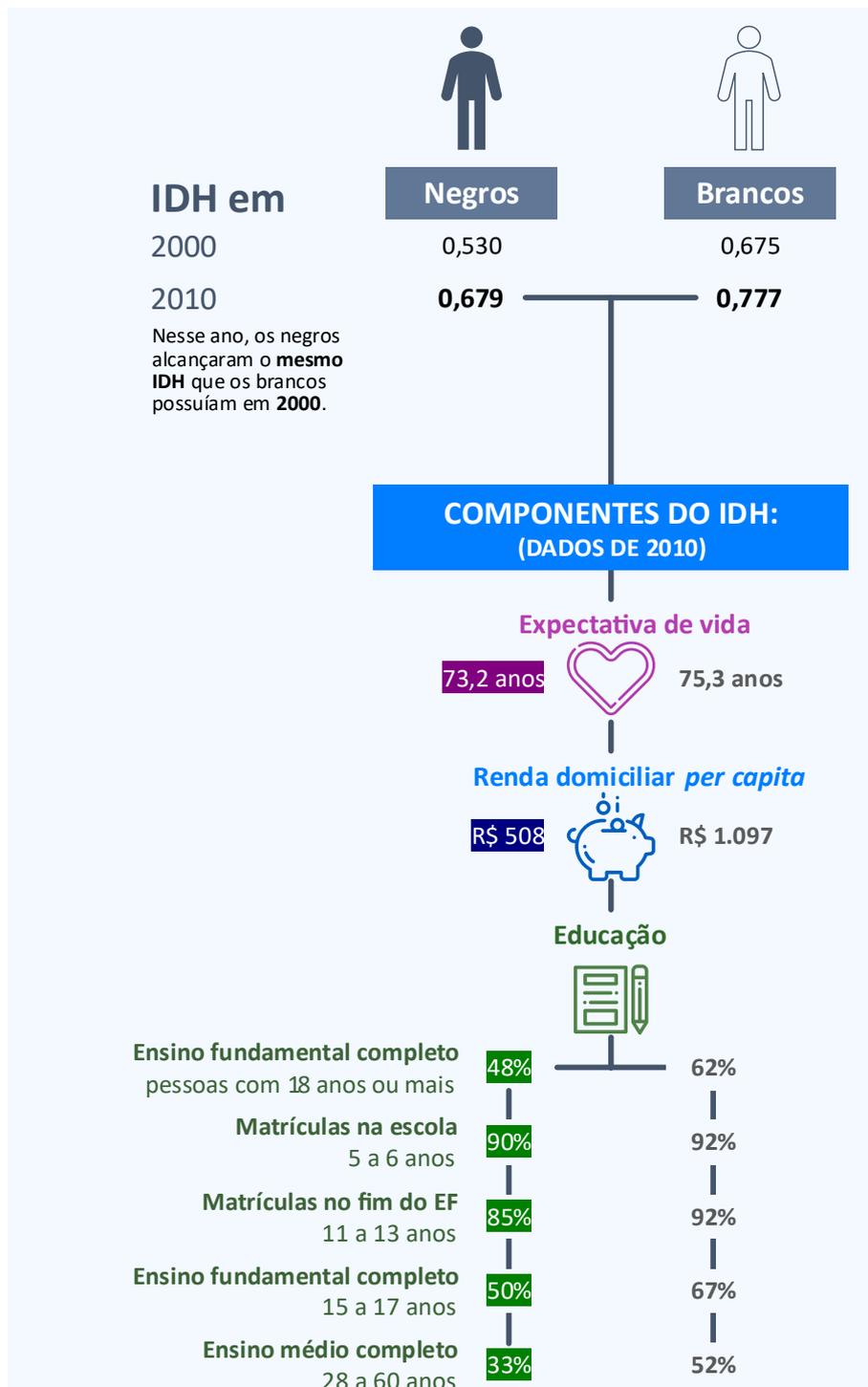
condições de vida dos indivíduos e de suas famílias. Ela começa nas condições de moradia que se expressam em residências em territórios com inadequados saneamento básico e acesso a equipamentos públicos de saúde, moradia em residências não propícias ao isolamento social e tratamento da doença, características que se traduzem em indicadores.

Em termos de oportunidades de vida, estruturalmente, há poucos indicadores sociais que alocam as populações negras em posições similares às dos brancos. Mesmo após a tendência recente de diminuição de desigualdades, há uma persistente manutenção da diferença de oportunidades (Arretche, 2015).

A Figura 3 e a Tabela 2 abaixo trazem os diferenciais de IDH de negros e brancos entre 2000 e 2010 (dados censitários). Em todas as dimensões do IDH-M, as pessoas negras têm indicadores inferiores aos dos brancos. O mais grave: existe um gap de 10 anos no IDH-M de pessoas negras e brancas. Ou seja, foi somente em 2010 que os negros conquistaram o mesmo nível de IDH-M que os brancos possuíam dez anos antes.

E em 2010, no indicador renda domiciliar per capita, a população negra ainda recebe metade da renda recebida pela população branca. Observando os dados regionais (Figura 3), em 20 das 27 unidades da federação (UF), o IDH-M das pessoas pretas e pardas é menor que o das pessoas brancas. À exceção de Alagoas, o IDH-M das pessoas brancas é sempre alto. Em nenhuma UF o IDH-M das pessoas negras é considerado muito alto.

Figura 3 → Diferenciais raciais no IDH de negros e brancos entre 2000 e 2010



Fonte: Censo (2010); PNUD (Desenvolvimento Humano para Além das Médias). Elaboração dos autores.

**Tabela 2** → Diferenças de IDH-M segundo raça/cor e UF

	UF	IDH dos negros	IDH dos brancos	Negros têm IDH menor que brancos?
↑ Maior IDH do país  ↓ Menor IDH do país	DF	Alto	Muito alto	Sim
	RJ	Alto	Muito alto	Sim
	SP	Alto	Muito alto	Sim
	ES	Alto	Alto	
	GO	Alto	Alto	
	MT	Alto	Alto	
	SC	Alto	Alto	
	AC	Médio	Alto	Sim
	AM	Médio	Alto	Sim
	AP	Médio	Alto	Sim
	BA	Médio	Alto	Sim
	CE	Médio	Alto	Sim
	MA	Médio	Alto	Sim
	MG	Médio	Alto	Sim
	MS	Médio	Alto	Sim
	PA	Médio	Alto	Sim
	PB	Médio	Alto	Sim
	PE	Médio	Alto	Sim
	PI	Médio	Alto	Sim
	PR	Médio	Alto	Sim
	RN	Médio	Alto	Sim
	RO	Médio	Alto	Sim
	RR	Médio	Alto	Sim
	RS	Médio	Alto	Sim
	SE	Médio	Alto	Sim
	TO	Médio	Alto	Sim
	AL	Médio	Médio	

Fonte: Censo (2010); PNUD (Desenvolvimento Humano para Além das Médias). Elaboração dos autores.

No que diz respeito à educação, as desigualdades para realizar o ensino a distância são marcadas não apenas pelo acesso às tecnologias de comunicação e informação, mas também pelas condições domiciliares para a realização das atividades escolares. A estrutura das escolas também é um aspecto que compõe essa desigualdade. As escolas

particulares proveem mais condições e têm mais autonomia para implantar essa modalidade de ensino. Neste quesito, as desigualdades regionais se destacam de forma contundente<sup>6</sup>.

No que concerne ao mercado de trabalho, os resultados das investigações em curso têm demonstrado que as clivagens étnico-raciais

**Quanto ao mercado, por um lado, há a busca por trabalho, demarcando os mais vulneráveis, porque encontram-se expostos ao contágio. E, por outro, há a adaptação ao trabalho remoto.**

e de gênero continuam a agir de forma perversa, aumentando a vulnerabilidade desses grupos, sobretudo das mulheres negras. Vale marcar novamente que a crise gerada pela pandemia só veio agravar um quadro já preocupante. Desde 2015, as taxas de desocupação vinham crescendo, assim como os índices de pobreza e desigualdade. Houve também um crescimento no gap racial nesses indicadores.

A partir da divulgação dos dados da primeira PNAD-Covid, em junho, foi possível captar de forma mais detalhada as consequências da pandemia sobre o mercado de trabalho. Novamente, chamaram atenção as clivagens raciais e de gênero em relação a dois extremos. Por um lado, a busca por trabalho, demarcando os mais vulneráveis, porque encontram-se expostos ao contágio. E, por outro, a adaptação ao trabalho remoto.

Dentre os motivos de não estarem procurando por emprego (, 26,7% dos inativos disseram que não o faziam em razão da pandemia. Esse percentual, contudo, chega a 33,9% entre os homens negros e a 29% entre as mulheres negras. Para homens e mulheres brancas, esses valores são de 22,8% e 20,2%, respectivamente. Entre as mulheres, especialmente, destacou-se também a resposta “cuidar de afazeres domésticos e parentes” (14,8% para as brancas e 17,7% para as negras). Para o teletrabalho, a proporção dos brancos era o dobro da dos negros nessa modalidade. Entre as pessoas com Ensino Superior, o percentual

<sup>6</sup>Esse tema será abordado no Informativo 3.

de teletrabalho difere pouco segundo a raça: 40% entre brancos e 34% entre negros. Mas, nesse caso, a desigualdade de raça reverbera a histórica desigualdade educacional, porque, enquanto um em cada três brancos têm ensino superior, entre os negros são um em cada seis.

O emprego doméstico é um dos exemplos-chave da situação de vulnerabilidade no mercado de trabalho. De acordo com a PNAD-2019, esse grupo compõe 54% do total da mão de obra nacional e 66% dos trabalhadores domésticos. E há um dado ainda mais marcante: 52,8% dos empregados domésticos eram pessoas de referência no domicílio, significando que têm renda mais alta que o restante da família, ou então têm grande participação na decisão de emprego de recursos e na composição dessa renda. Trata-se de uma mão de obra extremamente vulnerável considerando sua baixa formalização e seus baixos rendimentos, mas um elemento constituinte do padrão de vida das classes médias e da elite do país. A esse grupo soma-se o das trabalhadoras de cuidados pessoais em domicílio, que é igualmente feminino, negro e destituído de regulamentação.

No tocante à renda, o impacto da Covid-19 foi devastador em razão da crise que já estava vigente no país, pelo recrudescimento das atividades do setor informal, que em geral absorve aqueles que perderam seus empregos formais. A situação não foi mais dramática em virtude do auxílio emergencial, que evitou que a taxa de pobreza no país chegasse a 30% (Rede de Pesquisa Solidária, Boletim, 14). Por focalizar e proteger os mais vulneráveis, ele beneficiou em maior medida os negros – especialmente as mulheres negras –, que compõem a maioria das pessoas em situação de pobreza e vulnerabilidade. O fim ou a mudança desse auxílio pode ter graves consequências para a recuperação econômica das famílias que ainda permanecem afetadas pela crise da Covid-19.

Em síntese, o debate público racial da pandemia tem proporcionado maior exposição de três aspectos da luta política por reconhecimento e diminuição das desigualdades. Em primeiro lugar, a persistência das disparidades: de saúde, de vida, dos tipos de morte, do acesso aos equipamentos públicos de saúde, da qualidade destes nos territórios periféricos. Em segundo, a importância da ação política. A ação da sociedade civil organizada tem sido relevante no combate à Covid-19 nas regiões mais periféricas do país. Por fim, o arcabouço de políticas públicas já institucionalizadas dentro do Estado, e as ainda necessárias. Foi o Sistema Único de Saúde que evitou que a pandemia da Covid-19 no Brasil ganhasse maiores proporções. Essa crise tem demonstrado a importância de retomar a agenda de combate às desigualdades, posta de lado nos últimos cinco anos, como política de Estado. Desigualdades são produzidas e corrigidas através de decisões de ordem econômica, social e também política.

## O que saiu na mídia sobre raça, desigualdades e pandemia?

De abril até o momento desta publicação, cerca de 1.236 documentos, dentre boletins, notas técnicas, podcasts, webinários, artigos científicos e de jornais eletrônicos foram coletados. Analisando-os, foi possível observar que os dilemas enfrentados por populações negras no Brasil e em outros países da América Latina têm tido grande destaque, sobretudo após o assassinato de George Floyd, homem negro, em uma bruta abordagem policial nos Estados Unidos, o que culminou em uma série de protestos antirracistas ao redor do mundo. Ademais, julho foi o mês onde mais se debateu covid-19 e raça, além do racismo em outras instâncias, formas e tempos - antes, durante e como será no pós-pandemia. Nesse sentido, pode-se ressaltar que notícias produzidas por jornalistas negras e negros independentes têm contribuído com a

difusão do debate - aqui, destaca-se a atuação dos jornais e portais de notícias Alma Preta e Mundo Negro.

Abaixo, encontra-se uma nuvem de palavras que resume os principais subtemas abordados pela mídia, dentro do tema principal "covid-19 e desigualdades raciais". É preciso reiterar que as assimetrias raciais nos índices de óbitos, no acesso à saúde, aos equipamentos de proteção e procedimentos de alta complexidade, discussões sobre interseccionalidade de gênero e raça durante a pandemia (enfatizando, muitas vezes, a informalidade trabalhista e a consequente vulnerabilidade de empregadas domésticas, por exemplo, além da atuação de enfermeiras negras, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde) e o enfrentamento do vírus nas comunidades de povos originários e tradicionais, sobretudo indígenas e quilombolas, têm sido os pontos mais comentados (em ordem decrescente de frequência), o que pode colaborar para entender as prioridades que demandam mais urgência na formulação de políticas públicas.

**Figura 4** → Nuvem de palavras sobre os principais termos encontrados na mídia



Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

## Seleção de conteúdos midiáticos recomendados

<b>Boletins</b>	Rede de Pesquisa Solidária	<a href="#">Boletim no. 7: Fome, desemprego, desinformação e sofrimento psicológico estimulam a violência e a desesperança em comunidades vulneráveis de seis regiões metropolitanas brasileiras.</a> Graziela Castello (Cebap) et al.	Maio.2020
	Rede de Pesquisa Solidária	<a href="#">Boletim no. 17 Covid-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade.</a> Danfy Almeida (Cebap) et al.	Jul.2020
<b>Jornais</b>	G1	<a href="#">Pretos têm 62% mais chance de morrer por covid-19 em São Paulo do que brancos. Pardos têm risco 23% maior. Dados são resultado de grupo de trabalho entre Observatório Covid-19 e a Prefeitura de São Paulo.</a> Carolina Dantas.	Abril.2020
	UOL Notícias [Online]	<a href="#">Justiça determina coleta de registros de raça e gênero em casos de covid.</a> Igor Mello; Juliana Arreguy.	Maio.2020
	Época Negócios	<a href="#">Racismo ambiental: uma correlação entre mudanças climáticas, pandemia, desigualdades sociais e diversidade.</a> Coluna Diversifique-se (Globo Online). Liliane Rocha.	Ago.2020
<b>Webnários</b>	Unicamp; USP; Abrasco; COCEN	<a href="#">Desigualdades sociais, saúde e o covid-19.</a> Fernanda Lopes et al. PAGU/Unicamp; NUMAS/USP; Abrasco; COCEN.	Maio.2020
	UNFPA/O NU Brasil	<a href="#">Webinário #6: População negra e a Covid-19.</a> Palestrantes: Lucia Xavier (Criola) et al.	Jun.2020
	UFG	<a href="#">A vulnerabilidade dos povos indígenas frente à covid-19.</a> Sônia Guajajara; Rosani M. Leitão; Lizia Carvalho.	Jul.2020

## Como citar esse informativo

LIMA, Márcia; MILANEZI, Jaciane et al. Desigualdades Raciais e Covid-19: o que a pandemia encontra no Brasil?. *Informativo Desigualdades Raciais e Covid-19*, AFRO-CEBRAP, n. 1, 2020.



Para rever a colaboração dos pesquisadores do Afro ao debate público sobre desigualdades raciais e racismo, acesse o nosso site.

## Referências bibliográficas

ALVES, R.F.S.; FAERSTEIN, E. "Educational inequalities in hypertension: complex patterns in intersections with gender and race in Brazil". *International Journal for Equity in Health*, 15,2016.

ARRETCHE, Marta (org.). *Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo: Editora Unesp, 2015.

BARBER, S. et al. "At the intersection of place, race, and health in Brazil: residential segregation and cardio-metabolic risk factors in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil)". *Social Science and Medicine*, Special Issue on Racism and Health Inequalities, 2017.

BARBOSA, Maria Inês da Silva. *Racismo e saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BORTZ, M. et al. "Disaggregating health inequalities within Rio de Janeiro, Brazil, 2002-2010, by applying an urban health inequality index". *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, 2015.

BRAZ, Rui Moreira et al. "Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemasacionais de informação em saúde para aferição de equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde". *Saúde em Debate*, vol. 37, n. 99, 2013.

FILHO, Alexandre Dias Porto Chiavegatto et al. "Racial Disparities in Life Expectancy in Brazil: Challenges From a Multiracial Society". *American Journal of Public Health*, vol. 104 (11), 2014.

GOES, Emanuelle Freitas et al. "Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto". *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, 2020.

LAVALLE, Adrian Gurza et al. (org.). *Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. "A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil". *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, 2017.

LIMA, Márcia; RIOS, Flávia. "O feminismo negro no Brasil: desafios e estratégias de consolidação de uma agenda política na área da saúde". In: BLAY, Eva Alterman; AVELAR, Lúcia; RANGEL, Patrícia (orgs.). *Gênero e feminismos: Argentina, Brasil e Chile em transformação*. São Paulo: Edusp/Fapesp, 2019.

MILANEZI, Jaciane. *Silêncios e confrontos: a saúde da população negra em burocracias do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; LUIZ, Ronir Raggio. "Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22, 2019.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; LUIZ, Ronir Raggio. "Densidade racial e a situação socioeconômica, demográfica e de saúde nas cidades brasileiras em 2000 e 2010". *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 22, 2019.

REDE DE PESQUISA SOLIDÁRIA, *Boletim 14* – Situação dramática do desemprego está oculta nos indicadores oficiais. Sem renda emergencial de R\$ 600,00 a pobreza atingiria 30% da população. Julho, 2020.

SANTOS-SILVA et al. "Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001–14: a case only analysis". *The Lancet Global Health*, vol. 7, issue 6, 2019.

THERBORN, Göran. "Os campos de extermínio da desigualdade". *Novos estudos Cebrap*, CEBRAP, São Paulo, n. 87, julho, 2010.



**Equipe do Projeto**  
**“Desigualdades Raciais e a Covid-19”**

Márcia Lima | coordenação  
Anna Carolina Venturini  
Caio Jardim Sousa  
Huri Paz  
Hugo Nicolau Barbosa de Gusmão  
Gisele Silva Costa  
Jaciane Milanezi  
Renata Braga  
Thayla Bicalho Bertolozzi

**Financiamento**



**Apoio**



**IBIRAPITANGA**