



Disparidades raciais no excesso de mortalidade em tempos de Covid-19 em São Paulo

Fátima Marinho | Especialista técnica sênior da Vital Strategies

Renato Teixeira | Consultor técnico e em pesquisa da Vital Strategies

Hannah Arcuschin Machado | Vital Strategies

Márcia Lima | Pesquisadora Afro-Cebrap

Anna Carolina Venturini | Pesquisadora Afro-Cebrap

Caio Jardim Sousa | Pesquisador Afro-Cebrap

Thayla Bicalho Bertolozzi | Pesquisadora Afro-Cebrap

Resumo executivo

- **Em SP, o excesso de mortalidade por causas naturais¹ em 2020 foi mais que o dobro entre negros:** o estado de São Paulo, em que 40% da população é negra (preta e parda), apresentou o maior número de óbitos em excesso e a maior desigualdade entre as populações branca e negra. Nesse ano, a mortalidade aumentou para ambas as raças/cores, mas, entre negros, a situação foi pior: os aumentos chegaram a 25,1% –

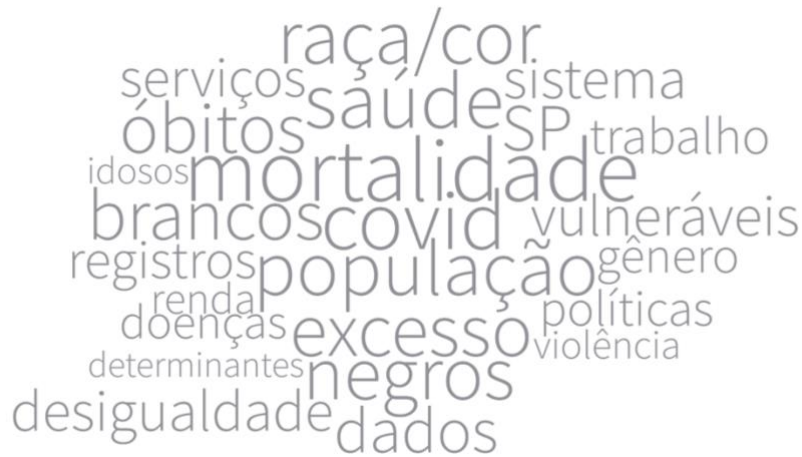
¹ Mortes por doenças são óbitos causados por doenças ou mau funcionamento interno do corpo. Nessa classificação estão incluídos óbitos por COVID-19 e demais doenças respiratórias. Ou seja, não estão incluídos os óbitos por causas externas como traumatismos e lesões por consequência imediata de violência ou outra causa externa.

enquanto para brancos, foi de 11,5% (Tabela 1, p. 8). Esse é um resultado alarmante se comparado aos valores esperados e, mais grave ainda, ao se considerar que a população negra paulista é mais jovem do que a população branca (Gráfico 1, p. 9).

- **Para jovens negros, o valor é quase 4 vezes maior; para idosos negros, o dobro:** também foi possível concluir que a desigualdade racial entre menores de 29 anos foi ainda mais acentuada, apresentando excesso de mortalidade entre negros quase 4 vezes maior do que entre jovens brancos. Entre idosos, a diferença foi de duas vezes, comparando negros e brancos da mesma faixa etária (Gráfico 3, p. 10).
- **Intersecção entre gênero e raça/cor:** o excesso de mortalidade de mulheres negras foi duas vezes o de mulheres brancas. No caso de homens negros, o valor foi duas vezes maior, se comparado ao da mortalidade de homens brancos. Homens tiveram excesso de mortalidade mais elevado do que mulheres, porém a maior desigualdade entre os óbitos está na raça/cor (Gráfico 4, p. 11).
- **Excesso de mortalidade da população negra:** este foi o tema em que foi identificada a menor quantidade de ações efetivamente tomadas, sobretudo por órgãos governamentais, para sanar a questão, ainda que indicações de políticas públicas tenham sido feitas ao longo de todo o ano de 2020 (pp. 14-16). Além disso, na mídia, falou-se continuamente sobre a assimetria de mortes entre negros por Covid-19 e desigualdades no acesso à saúde, sendo esse um dos quatro temas mais recorrentes em um monitoramento de notícias realizado pelo Afro-Cebrap (pp. 16-19). Mesmo assim, pouco foi feito e o cenário ainda demanda ações.

Este informativo em palavras

A nuvem de palavras sintetiza os tópicos mais abordados neste informativo, considerando sua frequência.



Os efeitos da Covid-19 no contexto de desigualdade racial

O Brasil é conhecido pela extrema desigualdade social e racial. Ao longo da pandemia da Covid-19, as desigualdades raciais preexistentes no Brasil têm se [intensificado ainda mais](#), afetando vidas negras em todos os aspectos possíveis: [educação](#), acesso à [saúde](#) e a serviços de [alta complexidade](#), [saneamento básico](#), [segurança alimentar](#), [moradia](#), [mercado de trabalho](#), acesso a renda e tantos outros que, direta ou indiretamente, favorecem sua exposição ao vírus e à morte. Enquanto camadas mais privilegiadas da sociedade – de maioria [branca](#) – possuem recursos que lhes asseguram a possibilidade de cumprir o isolamento social trabalhando em [casa](#), profissionais [informais e precarizados](#), majoritariamente [negros](#), seguem cada vez mais expostos. Afinal, são eles que possibilitam o distanciamento desse grupo mais privilegiado às custas de sua contaminação, tanto pelo deslocamento quanto pelo exercício de ocupações mais vulneráveis. E para acessar o sistema de saúde essa população enfrenta maior tempo de deslocamento e menor

disponibilidade de serviços associados às condições precárias dos serviços de saúde das áreas periféricas onde se concentra a população negra.

O impacto das desigualdades sociais na perda de saúde da população é muito conhecido, sendo um importante determinante do processo saúde-doença-atenção (Marmot, 2005; Marmot et al., 2008). Essas desigualdades têm determinado uma menor expectativa de vida para pretos e pardos comparados com a população de cor branca, maior mortalidade infantil e mais mortes por causas evitáveis e por violência.

Medir o impacto da Covid-19 na mortalidade de negros e brancos é fundamental para mobilizar políticas públicas para proteção dos mais vulneráveis. O vírus SARS-CoV-2 continua com disseminação acelerada no país, impactando muito mais a população negra (Baqui et al., 2020; Caldwell e Araújo, 2020). No Brasil, há subnotificação da letalidade por Covid-19 – um problema grave, principalmente entre pretos e pardos, que já acontecia antes da pandemia por fatores como: dificuldade de acesso ao sistema de saúde, apagões de dados, desinformação e as limitações no preenchimento e uso do quesito raça/cor nos dados nacionais. Análise publicada recentemente mostrou que pelo menos 20% das mortes por Covid-19 estão subnotificadas (Marinho, 2021).

Para medir a desigualdade racial nos óbitos por Covid-19 foi construído um indicador sobre excesso de mortalidade por raça/cor. O acompanhamento desse indicador é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde para avaliar os efeitos diretos e indiretos da pandemia de Covid-19 nos países. Esse método é vantajoso por considerar todos os óbitos, independentemente da causa básica de morte. Assim, o resultado não sofre interferência da subnotificação dos óbitos que deveriam ter sido atribuídos à Covid-19, ou seja, óbitos que não foram declarados com essa causa básica de morte. Isso porque a infecção por SARS-CoV-2 pode não ter sido a causa direta do excesso de mortalidade. O número de óbitos superior ao que era esperado para o período pode

também ser reflexo indireto da epidemia, como mortes provocadas pela sobrecarga nos serviços de saúde, pela interrupção de tratamento de doenças crônicas ou pela resistência de pacientes em buscar assistência à saúde, pelo medo de se infectar pelo novo coronavírus.

Este informativo tem como objetivo analisar o impacto da pandemia no excesso de mortalidade em 2020 na população negra (pretos e pardos) e na população de cor branca em São Paulo, estado que apresentou a maior disparidade racial.

Sobre a produção dos dados de excesso de mortalidade

O excesso de mortalidade é a diferença entre a quantidade de óbitos esperada em 2020 e a quantidade de óbitos observada para o mesmo ano, usando os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Registro Civil (Marinho, 2020). A análise foi feita considerando o total de óbitos por causas naturais, ou seja, não se consideraram os óbitos por causas externas, como traumatismos e lesões.

O número de óbitos esperado foi obtido a partir da taxa de mortalidade de 2019 aplicada à população de 2020. Ou seja, partimos do pressuposto que em uma situação usual, sem a nova pandemia, o mais

A diferença entre esses dois números de óbitos – esperado e observado – é o “excesso de mortalidade”.

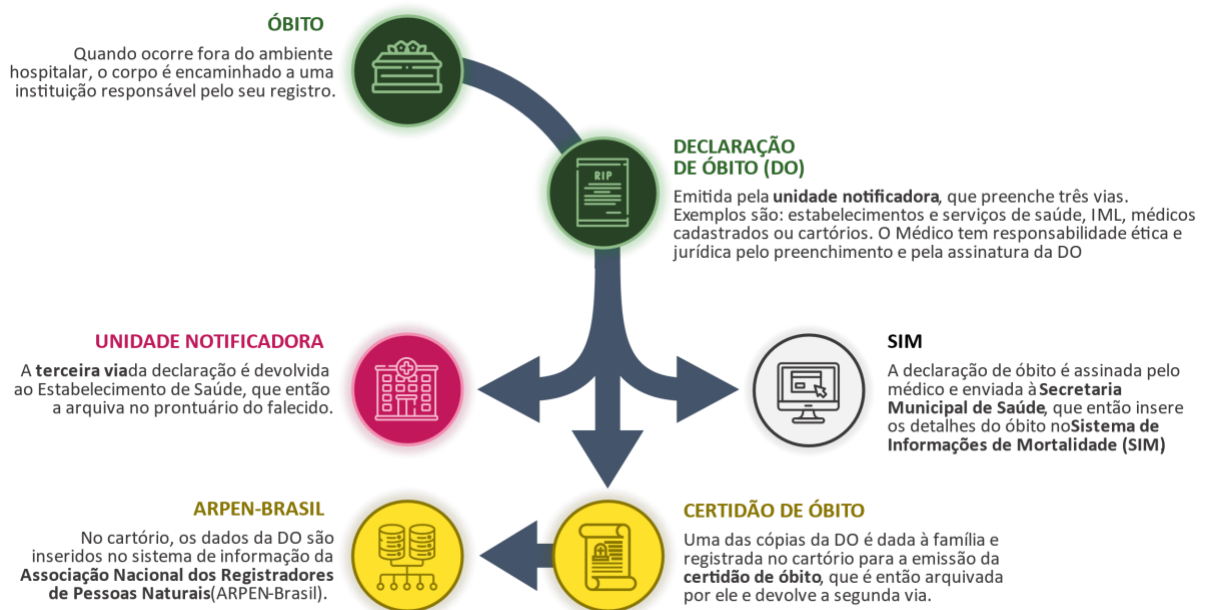
provável seria que a taxa de óbitos de 2020 fosse similar ao ano anterior. A diferença entre esses dois números – esperado e observado – é o “excesso de mortalidade”. Calculou-se essa diferença considerando a população toda e separadamente por raça/cor, região, sexo e grupo etário.

Fonte dos dados

O Ministério da Saúde é o responsável pela coleta da Declaração de Óbito (DO) e pelo registro da causa da morte, obedecendo às regras da classificação internacional de doenças e agravos à saúde. O dado coletado é notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), criado em 1976, que funciona em todos os estados e municípios. A padronização das estatísticas de mortalidade, em especial a definição das causas de morte, e a busca crescente pela melhoria da qualidade desses dados leva o SIM a ser um dos sistemas de informações em saúde mais utilizados por gestores e pesquisadores do Brasil e de fora do país.

Imagem 1 →

O fluxo informacional do óbito às declarações, em forma simplificada (9.21cm x 17.46cm)



Fonte: Ministério da Saúde, adaptado e elaborado pelos autores.

Uma cópia da DO, após ser assinada pelo médico, segue para a secretaria municipal de saúde onde ocorreu o óbito para registro no SIM. A segunda cópia fica arquivada na unidade de saúde e a terceira cópia é entregue à família do falecido, para registro no cartório e emissão da certidão de óbito. No cartório, os dados da DO são inseridos no sistema de informação da Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais

(Arpen-Brasil). Como a Arpen-Brasil tem publicado dados de mortalidade desde o início da pandemia em seu [portal](#), estes foram utilizados para o cálculo da mortalidade observada em 2020. Foi feita uma análise comparando o ano de 2019 entre as duas fontes e que resultou em uma correção para os dados do RC, considerando-se o SIM como padrão ouro. Os dados de população estimados por raça/cor tiveram como fonte de dados as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com aplicação da proporção proveniente da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2019 (Pnad).

Por que analisar a desigualdade racial intensificada pela Covid-19 no estado de São Paulo?

No Brasil, observamos um excesso de mortalidade de 27,8% (153 mil óbitos) para os pretos e pardos em 2020, enquanto para os brancos foi de 17,6% (117 mil óbitos). Apesar de todas as regiões terem apresentado excesso de mortalidade, é no Sul e no Sudeste do país que se localizaram as maiores desigualdades raciais. Nessas regiões, o excesso de mortalidade entre pessoas pretas e pardas foi quase duas vezes maior do que entre pessoas de cor branca, em especial em São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná (Tabela 1).

Tabela 1 →

Excesso de óbitos segundo raça/cor negra e branca por estado, em 2020 – Brasil

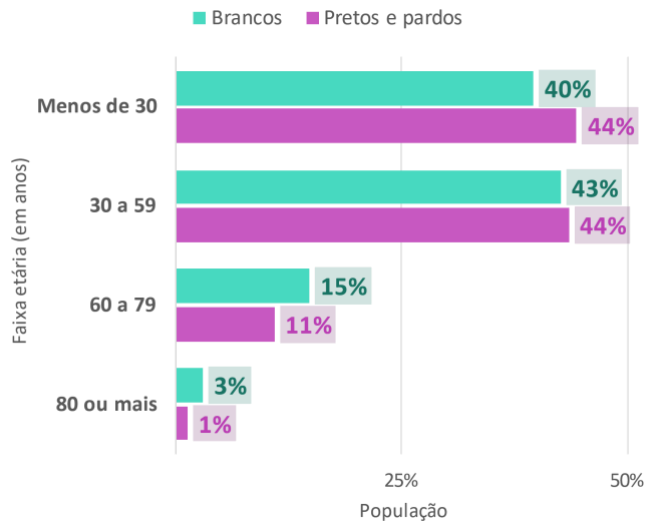
Local	Pretos e pardos			Branco			Razão do excesso
	Mortes esperadas	Excesso de mortes	% Excesso	Mortes esperadas	Excesso de mortes	% Excesso	
Brasil	551.678	153.284	27,8	664.618	117.037	17,6	1,58
Centro-Oeste	42.139	14.125	33,5	35.794	10.847	30,3	1,11
Distrito Federal	6.858	2.836	41,4	6.725	2.136	31,8	1,30
Goiás	18.510	5.501	29,7	15.798	4.418	28,0	1,06
Mato Grosso	9.502	3.583	37,7	6.020	2.319	38,5	0,98
Mato Grosso do Sul	7.269	2.206	30,3	7.251	1.974	27,2	1,11
Norte	57.036	21.558	37,8	15.834	7.515	47,5	0,80
Acre	2.860	828	29,0	720	535	74,3	0,39
Amazonas	12.320	5.782	46,9	2.770	1.569	56,7	0,83
Amapá	2.247	1.092	48,6	712	407	57,2	0,85
Pará	28.792	9.792	34,0	6.624	2.956	44,6	0,76
Rondônia	4.435	1.601	36,1	2.752	973	35,4	1,02
Roraima	1.515	933	61,6	425	283	66,7	0,92
Tocantins	4.867	1.529	31,4	1.832	791	43,2	0,73
Nordeste	225.487	59.306	26,3	87.272	23.157	26,5	0,99
Alagoas	12.923	3.699	28,6	4.863	1.375	28,3	1,01
Bahia	61.695	12.957	21,0	17.989	3.517	19,5	1,07
Ceará	36.392	13.310	36,6	13.863	4.843	34,9	1,05
Maranhão	25.801	9.196	35,6	6.567	2.914	44,4	0,80
Paraíba	16.780	2.822	16,8	7.739	2.017	26,1	0,65
Pernambuco	36.782	10.340	28,1	20.021	4.773	23,8	1,18
Piauí	15.495	2.474	16,0	4.325	1.045	24,2	0,66
Rio Grande do Norte	10.979	2.363	21,5	8.434	1.744	20,7	1,04
Sergipe	8.640	2.143	24,8	3.471	930	26,8	0,93
Sul	25.963	5.914	22,8	165.559	19.681	11,9	1,92
Paraná	13.181	3.172	24,1	54.907	7.350	13,4	1,80
Rio Grande do Sul	9.507	1.734	18,2	74.490	6.870	9,2	1,98
Santa Catarina	3.275	1.008	30,8	36.162	5.461	15,1	2,04
Sudeste	201.052	52.381	26,1	360.159	55.837	15,5	1,68
Espírito Santo	10.951	4.001	36,5	10.795	2.672	24,8	1,48
Minas Gerais	62.374	11.347	18,2	67.317	11.269	16,7	1,09
Rio de Janeiro	58.203	19.596	33,7	72.434	17.698	24,4	1,38
São Paulo	69.524	17.438	25,1	209.613	24.198	11,5	2,17

Fonte: SIM, Arpen, IBGE e Pnad. Elaborado por Vital Strategies.

O estado de São Paulo, onde pessoas negras (pretas e pardas) compõem 40% da população, além de ter apresentado a maior desigualdade no excesso de mortalidade entre negros e brancos, também é o estado que apresenta o maior número absoluto de mortes de pessoas negras. No total, 41,6 mil paulistas, brancos e negros, morreram a mais que o esperado, sendo 17,4 mil óbitos de pessoas negras e 24,2 mil óbitos de pessoas de cor branca. Entretanto, ao se compararem esses valores com os números esperados, São Paulo apresentou um excesso de mortes de 25,1% para os negros, enquanto para a população de cor branca foi de 11,5%. Essa diferença é ainda mais gritante se considerarmos que a

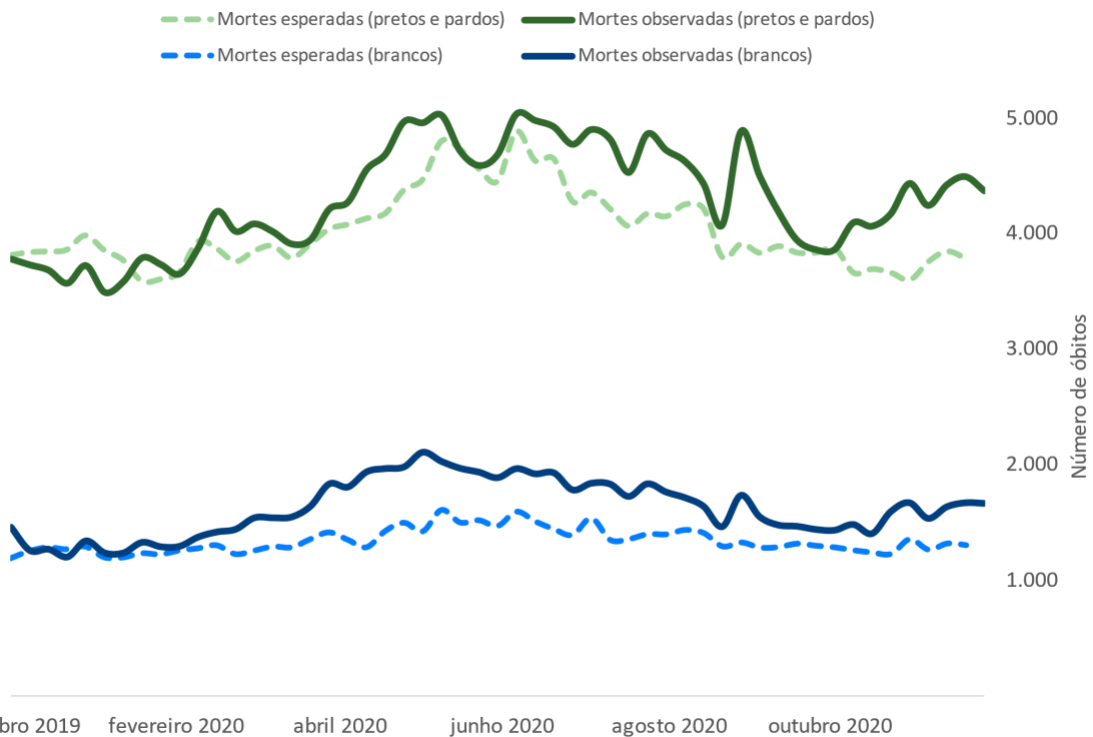
população negra paulista é mais jovem do que a população branca, como se pode observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 → Proporção de pessoas na população do Estado de São Paulo em cada faixa de idade, por raça/cor



Fonte: IBGE e Pnad. Elaborado por Vital Strategies

Gráfico 2 → Número de óbitos esperados e observados segundo raça/cor negra e branca por semana epidemiológica, em 2020-estado de São Paulo



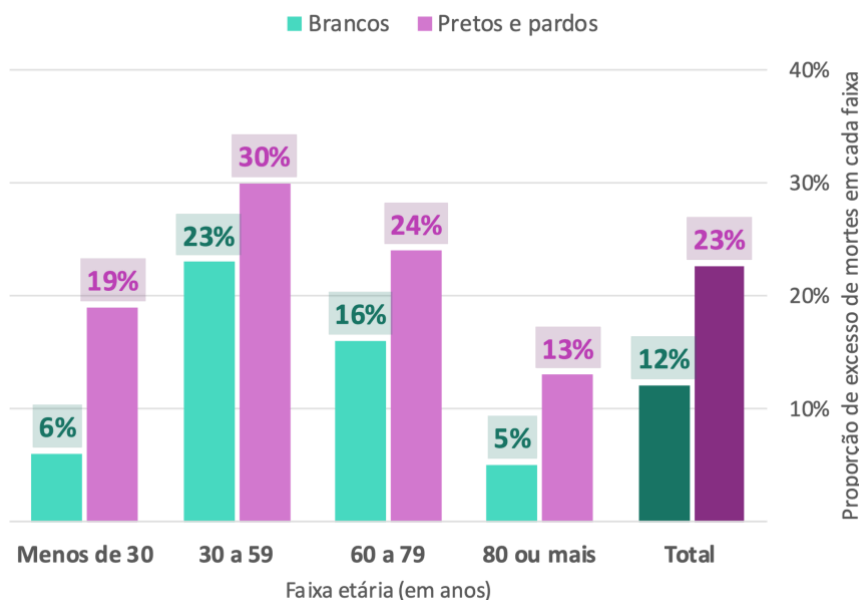
Fonte: SIM, Arpen, IBGE e Pnad. Elaborado por Vital Strategies.

O excesso de mortalidade por grupo etário e sexo, segundo raça/cor

Na população adulta jovem (30 a 59 anos) foram encontrados os maiores valores de excesso de mortalidade proporcional entre todas as faixas etárias, independentemente da raça/cor. Na população negra, esse aumento chegou a 34,4% (Gráfico 3). Entretanto, a desigualdade racial se mostrou severa entre os menores de 29 anos, com uma mortalidade entre negros quase 4 vezes maior que a dos jovens brancos.

Entre os idosos, a diferença foi de mais de três vezes (Gráfico 3). Os idosos brancos de 80 anos e mais puderam se proteger da infecção pelo SARS-CoV-2, tendo um aumento de 3,7% na mortalidade observada, enquanto essa taxa para os idosos negros foi de 11,9%. Os negros com idade de 60 a 79 anos tiveram um excesso de mortalidade quase duas vezes maior se comparados com os idosos de cor branca.

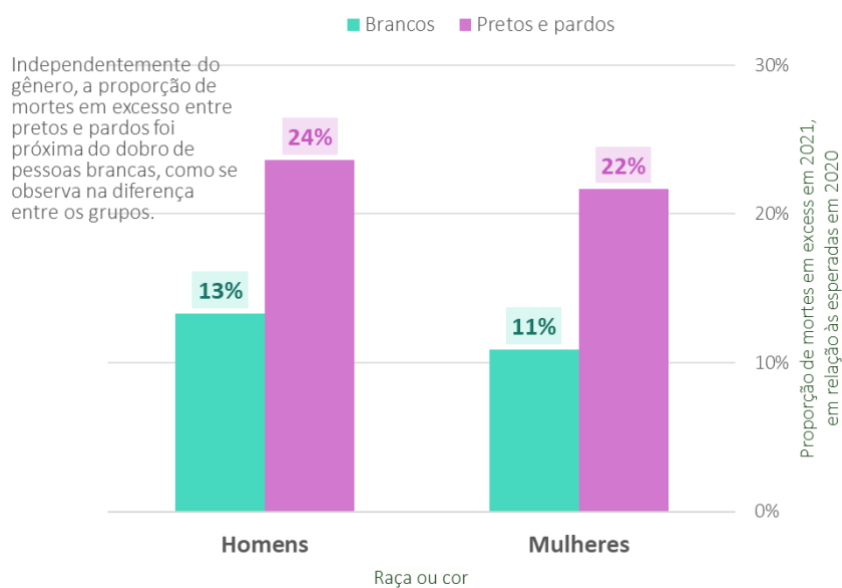
Gráfico 3 → Excesso de mortalidade proporcional segundo raça/cor e faixa etária – São Paulo, 2020



Fonte: SIM, Arpen, IBGE e Pnad. Elaborado por Vital Strategies.

No geral, os homens tiveram maior excesso de mortes que as mulheres. No entanto, a desigualdade dá a cor da diferença nos óbitos. O excesso de mortalidade foi maior entre mulheres negras comparadas com as mulheres brancas, tendo sido mais que duas vezes maior. Entre os homens negros, o excesso de mortalidade foi duas vezes maior quando comparado ao da mortalidade dos homens de cor branca (Gráfico 4).

Gráfico 4 → Excesso de mortalidade proporcional segundo raça/cor e sexo – São Paulo, 2020



Fonte: SIM, Arpen, IBGE e Pnad. Elaborado por Vital Strategies.

Considerações sobre o excesso de mortalidade observado

O excesso de mortalidade observado na população negra do estado de São Paulo reafirma a relevância da desigualdade como fator determinante da mortalidade. A perda de saúde da população negra é maior que a da população de cor branca desde o nascimento até o envelhecimento.

As disparidades raciais nos resultados durante a pandemia de Covid-19 são presumivelmente multifatoriais e resultam de desigualdades

sociais e de saúde que historicamente afetaram a população negra, que resumizamos em três pontos principais.

Em primeiro lugar, a população negra está mais exposta à infecção da Covid-19, porque o distanciamento social é mais difícil de ser alcançado por indivíduos de menor renda devido às condições de domicílio, trabalho e transporte público; e aqueles com menos escolaridade têm menos oportunidades de trabalhar remotamente (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020).

Em segundo lugar, o nível socioeconômico (NSE) mais baixo também está relacionado a uma carga maior de comorbidades que aumentam a letalidade da Covid-19, como hipertensão e diabetes (Malta et al., 2018; 2019).

Em terceiro lugar, a letalidade é maior em populações com menos acesso a cuidados de saúde. O inquérito nacional de saúde brasileiro mostrou maior probabilidade de subutilização dos serviços de saúde entre indivíduos com menor NSE e autodeclarados pretos/pardos (Malta et al., 2019). É importante ressaltar que as taxas mais elevadas de admissão fora da UTI durante internações de indivíduos negros também foram descritas pelo conjunto de dados Sivep-Gripe, refletindo indiretamente o maior acesso à saúde privada para os brasileiros brancos. Ficou evidente que a mortalidade nos jovens e adultos, nas faixas etárias de 0 a 29 e 30 a 59 anos, é representativa no que se refere ao excesso de mortalidade. Outras análises mostram a necessidade de estudos mais aprofundados para melhor entendimento da relação entre mortalidade por Covid-19 e os determinantes sociais. É importante destacar que o uso de fontes de dados distintas é oportuno mas gera limitações para o estudo. Novas análises com os dados finais públicos poderão ser feitas.

Não se trata de uma “pandemia”, e sim de uma “sindemia”

As desigualdades observadas no estudo reafirmam que a população negra é mais vulnerável e teve um maior excesso de mortalidade devido à Covid-19, levando-nos a afirmar que a Covid-19 não é uma epidemia, mas sim uma sindemia. Pesquisadores que atuam tanto com sindemias, campo de pesquisa aplicada em saúde com raízes na antropologia médica, quanto no campo da saúde e dos direitos humanos reconhecem que os determinantes sociais, políticos e estruturais contribuem mais para as desigualdades em saúde do que fatores biológicos ou escolhas pessoais (Singer et al., 2017). Sindemias não são apenas comorbidades. São caracterizadas por interações biológicas e sociais, que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a doenças e a perda da saúde ao longo da vida (Horton, 2020).

Não é aleatório que a população negra brasileira tenha mais comorbidades para Covid-19 e menor acesso aos serviços de saúde. Essa é uma desigualdade crônica, existente desde a escravidão e que não foi superada por políticas públicas. Muito se culpam os doentes e mortos pela Covid-19 por seu mau estado de saúde, afinal eram hipertensos, diabéticos, obesos, cardíacos, asmáticos etc., mas não se fala que essa é uma tragédia anunciada há muitos anos, resultante de uma desigualdade social que nega a muitas pessoas uma vida saudável e o próprio direito à vida. Como assinalam Dall’Alba et al. (2021) em seu texto sobre a política de controle da epidemia no Brasil:

[...] decidir seletivamente quem deve pagar pelos impactos da pandemia, forçando as pessoas pobres a escolher entre fome ou contaminação em um estado de morto-vivo, foi naturalizado sob o argumento de que sustentando a economia [...]. No Brasil, a frágil administração pública não foi capaz de combater as crises socioeconômicas e de saúde, deixando um rastro prejudicial de

fome, violência e doença [...] subjugando vida ao poder da morte. (Tradução dos autores)

Assim, análise estratificada por raça cor, sexo e idade é uma etapa para orientar políticas públicas que visem corrigir as distorções que afetam as populações mais vulneráveis. As diferenças no excesso da mortalidade refletem não só as consequências da Covid-19 nessas populações, mas também um descaso histórico que precisa ser retratado.

Estimulando a intervenção e identificando ações

Este é um dos informativos **com menos ações efetivamente tomadas** para sanar a questão, com exceção da aprovação, no [Senado](#), da obrigatoriedade da inclusão dos critérios "raça" e "etnia" em casos registrados de Covid-19, desde agosto de 2020, que poderia colaborar para a formulação de políticas para populações mais vulneráveis. No entanto, mesmo essa medida foi relativamente tardia, e ainda precisava tramitar na Câmara. Além disso, em agosto, um projeto de lei que previa a garantia da equidade na atenção integral à saúde da população negra, na [Paraíba](#), foi vetado, ainda que o Conselho Nacional de Saúde, em abril de 2020, tenha [recomendado](#) o combate ao racismo institucional na saúde, principalmente diante da pandemia.

A seguir, portanto, encontram-se, em vez de somente ações que já foram tomadas, medidas que **poderiam** ser tomadas, como indicações de políticas públicas recomendadas em diferentes esferas para amenizar as desigualdades estruturais que condicionam populações negras a maiores índices de mortalidade e letalidade do vírus.

Abrangência municipal

No [site](#) da Câmara Municipal de São Paulo, apesar de haver menção a uma pesquisa conduzida pelo [Instituto Pólis](#) que indicou haver uma

maior taxa de mortalidade padronizada da população negra na capital, as “[Ações e Atitudes](#)” elencadas na matéria se referem apenas à disponibilização de outro tipo de teste (RT-PCR) pela [saliva](#) dos pacientes, e que este poderia ser mais acessível a um menor custo. Contudo, medidas municipais específicas para a população negra, como verificação sobre a ocupação de leitos por raça/cor, melhorias no transporte e no acesso à saúde de alta complexidade, treinamentos institucionais de médicos e profissionais de saúde para lidar com essas vulnerabilidades que a realidade apresenta, não foram citadas.

Abrangência estadual

Em outubro de 2020, foi sancionada uma [lei](#) para gerar, em Goiás, uma política emergencial de enfrentamento à Covid-19 entre indígenas e quilombolas. No entanto, a ausência de segurança alimentar garantida, moradia inadequada e assimetria no acesso à informação ainda expõem desigualmente tais populações ao vírus. Embora auxílios emergenciais e políticas de saúde sejam urgentes e necessários, como está destacado nos tópicos a seguir, outras áreas atingidas pelas desigualdades estruturais também podem piorar o índice de contaminação e de maior letalidade dessas e de outras populações negras e indígenas.

Abrangência nacional

Deve-se ressaltar a importância da permanência do auxílio emergencial, aprimoramento do Bolsa Família e/ou criação de um novo [programa de renda básica](#), visando minimizar a exposição de pessoas mais vulneráveis – como, por exemplo, quilombolas, população de rua, trabalhadores (formais e, sobretudo, informais, majoritariamente negros) e outros – ao vírus, dado que precisam exercer sua profissão presencialmente, fazer uso de transporte público, e sofrem com dilemas de [insegurança alimentar](#) e saneamento básico precário.

Abrangência internacional

Cooperação multilateral latino-americana para proteção de populações afro e indígenas, tão numerosas na região, criando programas e protocolos regionais de saúde voltados para raças/etnias vulneráveis.

Sanções – ou, no caso de cortes de Justiça, [investigações](#) e julgamentos – derivadas de denúncias acatadas por organizações internacionais, para que o governo federal tome medidas mais efetivas de proteção às populações negras, indígenas e prisionais (também compostas de uma maioria negra). Diversas denúncias já foram feitas por organizações da sociedade civil brasileiras e estrangeiras a organismos internacionais ([Corte Interamericana de Direitos Humanos](#), [Organização dos Estados Americanos](#), [Organização das Nações Unidas](#), [Organização Pan-Americana da Saúde](#), [Organização Mundial da Saúde](#) e outros).

O que saiu na mídia sobre raça, covid-19 e mercado de trabalho?

Ao longo de 2020, cerca de 431 notícias, dentre as 2.190 coletadas em um *clipping* (monitoramento de mídia) próprio da equipe “Desigualdades raciais e Covid-19” (Afro/Cebrap), versaram sobre raça, mortalidade, desigualdades de acesso à saúde e Covid-19, sendo este um dos temas mais recorrentes.

Enquanto o percentual de pretos e pardos em [internação](#) crescia, assim como o de óbitos, tentativas iniciais de explicar a maior letalidade entre pessoas negras e indígenas esbarravam em abordagens que pretendiam associá-la a uma maior predisposição genética, até que artigos e notícias passaram a atentar para um problema muito maior e com grande potencial explicativo: as [desigualdades estruturais associadas à raça](#) – que já existiam antes da Covid-19 e se intensificaram durante a pandemia.

Além das assimetrias estruturais – como [moradia e saneamento básico](#) precários, [racismo institucional](#) no acesso à saúde e outras –, a dificuldade de pessoas negras usarem [máscaras artesanais](#) nas ruas, por medo de serem consideradas “bandidas”, também foi relatada. Em maio, foi noticiado que, em duas semanas, o número de negros mortos por coronavírus era [cinco vezes](#) maior no país. Cada vez mais, a narrativa de que a Covid-19 mataria sobretudo populações mais [pobres](#) e, geralmente, provenientes de determinados [bairros](#) começou a adquirir um recorte racial: afinal, qual a [raça/cor](#) predominante entre os [pobres](#) no país?

Gradualmente, entendeu-se que a “vítima padrão de Covid-19”, no Brasil, seria o “[homem, pobre e negro](#)”. Nas [favelas](#), nos [campos](#), nos [quilombos](#), nas [ruas](#), nos leitos e, no caso das mulheres negras, até mesmo depois de [darem à luz](#). As estatísticas de óbitos foram e continuam sendo, então, vistas como verdadeiros [números de guerra](#), em que o racismo e a Covid-19 são as “[armas mortíferas](#)”. Ou seja: “a pandemia [não é a mesma](#) para todos”. Mas, mesmo nesse cenário caótico de maior letalidade, pessoas negras ainda precisam lidar com o discurso presidencial cujo lema é “[morra quem morrer](#)”.

Também é impossível dissociar o maior índice de [contaminação](#) entre negros do fato de que estes são os que mais se expõem em trabalhos presenciais e informais que exigem [deslocamento](#), assim como não se podem ignorar os vetos de Bolsonaro ao oferecimento de água potável a indígenas e quilombolas, considerados um “[genocídio](#)”. Evidenciou-se, portanto, a existência de “[duas pandemias](#)”: a de Covid-19 e a de um governo oposto aos direitos humanos.

Quanto ao índice de letalidade por raça, as dificuldades de obter dados precisos por excesso de subnotificações – tanto por dificuldades de acesso à [rede](#), como por [apagões](#) de dados, [desinformação](#) e pelas divergências para a obrigatoriedade do quesito [raça/cor](#) no SUS, além de outros fatores –, também podem ter contribuído para a demora e a

imprecisão de resultados, e comprometido a implementação de [políticas públicas](#) mais efetivas. Por outro lado, ainda em julho, já se sabia que a morte de pretos e pardos por [doenças respiratórias](#) havia crescido muito mais (62,5%) do que a de brancos, e que o [racismo](#) limitava ainda mais o atendimento de pacientes.

Enquanto isso, milionários de Mato Grosso recorriam a [jatinhos](#) para buscar tratamento em São Paulo. Adicionalmente, também foi observado que a [taxa de cura](#) em hospitais privados era 50% maior. Ainda, segundo uma pesquisadora da Fiocruz na Bahia, a "maior parte dos casos é em zonas ricas, mas a maioria dos [óbitos](#) está em zonas pobres". Tal fenômeno não está, porém, restrito a determinados estados, embora desigualdades territoriais precisem ser consideradas: tanto no [Maranhão](#) quanto em [Goiás](#), [Paraná](#), [Minas Gerais](#), [Mato Grosso do Sul](#) e outros locais, a letalidade foi maior entre negros. E também não há restrição de tempo: mesmo já em [agosto](#), as mortes continuaram sendo seis vezes maiores entre negros do que entre brancos; e, em [novembro](#), uma notícia revelou que negros seriam mais diagnosticados com doenças do grupo de risco da Covid-19 do que brancos, sobretudo considerando sua baixa qualidade de vida, insegurança alimentar e assimetria no acesso a serviços de saúde. Ou seja: para muito além de qualquer fator [genético](#), a mortalidade elevada se dá devido a "[décadas de discriminação](#)".

Nesse sentido, ao ver conteúdos sobre o período atual e posterior à pandemia, é preciso se perguntar: "Novo normal" para quem? "Pós-pandemia" para quem? Se, mesmo em testes de vacinas – como no caso da [Moderna](#) –, houve atraso graças às inscrições insuficientes de minorias étnicas e raciais nos testes? Se o [modelo de saúde](#) segue e seguirá, durante e provavelmente depois da pandemia, com os mesmos dilemas evocados pelo racismo institucional? Se, ainda em novembro, as taxas de letalidade por Covid-19 eram maiores na [Zona Oeste do Rio](#), com alta concentração de favelas e populações negras, do que em outras zonas? Se, quando não

são mortos por Covid-19, os negros são mortos por [ações policiais violentas](#)? Não será possível falar em “pós-pandemia”, mesmo quando a Covid-19 estiver contida, enquanto perdurar o racismo pandêmico que manterá as desigualdades intensificadas pela crise.



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

Boletins	Rede de Pesquisa Solidária	de Boletim 8 - COVID-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade Ian Prates e Rogério Barbosa (orgs). Pesquisadores: Sérgio Simoni et al.	Mai.2020
	Fiocruz al.	et Boletim Socioepidemiológico da COVID-19 nas favelas: Análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por COVID-19 em favelas cariocas (Número 01/2020) Jussara Rafael Angelo et al.	Jul.2020
	Anpocs	Boletim n. 12 – A questão étnico-racial em tempos de crise João Rodrigo Araújo Santana	Nov.2020
Jornais	Nexo	Por que negros morrem mais: o racismo institucional no acesso à saúde Irapuã Santana	Mai.2020
	Folha S.Paulo	de Caso único, Brasil passa de 200 mortes de grávidas e puérperas por COVID-19 Cláudia Collucci	Jul.2020
	O Globo	Cientistas criticam ausência de prioridade a pobres e negros na vacinação contra COVID-19 Ana Lucia Azevedo	Jan.2021
Webinários	UNFPA Brasil	Webinário 6: População negra e a COVID-19 Lucia Xavier et al.	Jun.2020
	Folha S.Paulo/USP	de Branquitude e relações raciais na saúde humanitária internacional Ananda Melo King e Vanessa Cardoso. Moderadora: Gabriela di Giulio	Nov.2020

Como citar este informativo

MARINHO, Fátima ; TEIXEIRA, Renato et al. Disparidades raciais no excesso de mortalidade em tempos de Covid-19 em São Paulo. *Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19*, AFRO-CEBRAP, n. 8, 2021.



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

Referências bibliográficas

BAQUI, P.; BICA, I.; MARRA, V.; ERCOLE, A; VAN DER SCHAAR, M. "Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study". *The Lancet Global Health*. 2020;8(8):e1018-e1026.

CALDWELL, K.L; ARAÚJO, E.M. "COVID-19 is deadlier for black Brazilians, a legacy of structural racism that dates back to slavery". *The Conversation*, Londres, 2020.

DALL'ALBA, R.; ROCHA, C.F.; SILVEIRA, R.P.; DRESCH, L.S.C.; VIEIRA, L.A.; GERMANO, M.A. "COVID-19 in Brazil: far beyond biopolitics". *Lancet*, 2021, 397: 579.

Horton, R. "COVID-19 is not a pandemic". *Lancet*, 2020, 396: 874.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desocupação, renda, afastamentos, trabalho remoto e outros efeitos da pandemia no trabalho. O IBGE apoiando o combate à COVID19. IBGE, 2020. Disponível em: <https://COVID19.ibge.gov.br/pnad-COVID/trabalho.php>. Acessado em: set. 2020.

MALTA, D.C.; GONCALVES, R.P.F.; MACHADO, I.E.; FREITAS, M.I.F.; AZEREDO, C.; SZWARCOWALD, C.L. "Prevalence of arterial hypertension according to different diagnostic criteria. National Health Survey". *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(suppl 1).

MALTA, D.C.; DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. et al. "Prevalence of diabetes mellitus as determined by glycated hemoglobin in the Brazilian adult population. National Health Survey". *Rev Bras Epidemiol*. 2019; 22Suppl 02(Suppl 02):E190006 SUPPL 190002.

MARINHO, M.F. "Semelhanças e Diferenças na Interpretação dos Dados sobre SG, SRAG e COVID-19: SIM, SIVEP-GRIPE e Cartórios de Registro Civil". In: SANTOS, Alethele O.; LOPES, Luciana Toledo (orgs). *Coletânea CONASS – Planejamento e Gestão*, vol. 2. Brasília, DF, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021, pp. 112-125.

MARINHO, F.; TORRENS, A.; TEIXEIRA, R.; FRANÇA, E.; NOGALES, A.M.; XAVIER, D.; FUJIWARA, T. Aumento das mortes no Brasil, Regiões, Estados e Capitais em tempo de COVID-19: excesso de óbitos por causas naturais que não deveria ter acontecido. *Vital*

Strategies, 2020. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/wp-content/uploads/RMS_ExcessMortality_BR_Report-Portuguese.pdf>. Acesso em: mar. 2021.

MARMOT, M. "Social Determinants of Health Inequalities". Lancet, 2005, 365(9464): 1099-1104.

MARMOT, M.; FRIEL, S.; BELL, R.; HOUWELING, T.A.J.; TAYLOR, S. on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health". Lancet, 2008, 372(9650): 1661-1669.

MBEMBE, A. Necropolitics. Durham, NC: Duke University Press Books, 2019.

PORTAL DE TRANSPARÊNCIA DO REGISTRO CIVIL. Painel Registral – Especial COVID-19 [On-line]. ARPENBRASIL. Disponível em: <<https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-COVID>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

SINGER, M.; BULLED, N.; OSTRACH, B.; MENDENHALL, E. "Syndemics and the biosocial conception of health". Lancet, 2017, 389(10072): 941-950.



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

Equipe da Vital Strategies

Pedro do Carmo Baumgratz de Paula | Diretor Executivo
Ana Luiza Bierrenbach
Ana Torrens
Fátima Marinho
Hannah Arcuschin Machado
Mila Dezan
Renato Teixeira

Financiamento



Apoio



IBIRAPITANGA