

A pandemia de COVID-19 e suas implicações para a saúde da população negra: equidade, interseccionalidade e racismo estrutural.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021) mais da metade da população mundial já vive em vilas e cidades. Em 2050, essa proporção deverá aumentar para quase 70%. As crises climáticas e da pandemia do COVID-19 exacerbaram as injustiças e vulnerabilidades sociais existentes em nossas comunidades e sistemas de saúde, especialmente nas cidades. Moradia e transporte inadequados, saneamento e gestão de resíduos deficientes e qualidade do ar que não atendem às diretrizes da OMS ainda são grandes problemas em muitas cidades.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (2020) a COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes.

No Brasil, o acompanhamento da pandemia de COVID-19 é realizado pelo Ministério da Saúde através do Painel Coronavírus. As tabelas do Ministério da Saúde (figura 1) apresenta a situação do COVID-19 no Brasil em 27 de novembro de 2021.

Figura 1-



Fonte: Painel Coronavírus.2021

De acordo com o Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), liderado pelo Departamento de Engenharia Industrial do Centro Técnico Científico da PUC-Rio (2020), as desigualdades no acesso ao tratamento confirmam que as chances de morte

de um paciente preto ou pardo analfabeto (76%) são 3,8 vezes maiores que um paciente branco com nível superior (19,6%). Em sua 11ª Nota Técnica (NT), analisou a variação da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil (número total de óbitos dividido pelo total de casos encerrados, ou seja: com alta ou óbito) conforme as variáveis demográficas e socioeconômicas da população.

Nesse contexto, este artigo busca compreender como as desigualdades étnico-raciais contribuem para as inequidades na saúde da população negra considerando os determinantes sociais da saúde, a interseccionalidade e o racismo em tempos de pandemia de COVID-19 no país.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, visa garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde de negras e negros. Tendo como marca o reconhecimento do racismo como determinante social das condições de saúde, a Política estabelece objetivos, diretrizes, estratégias e responsabilidades da gestão em todas as esferas, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Em um ambiente de crises sanitárias e, por conseguinte políticas e econômicas como na atualidade, cabe reconhecer a importância do Sistema Único de Saúde para a população negra no país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) demonstram que para a característica cor ou raça, 65,1% dos pretos ou pardos foram atendidos pelo SUS e as pessoas brancas, 45,7%. Vale destacar, que os princípios do SUS são a universalização, equidade e integralidade e com a pandemia de COVID-19, nunca a população brasileira valorizou tanto o SUS nos atendimentos de saúde.

Equidade, determinantes sociais da saúde e a população negra em tempos de pandemia.

As desigualdades étnico-raciais no Brasil estão enraizadas no contexto histórico de escravidão. Por isso, a necessidade de implantação de políticas públicas eficazes em saúde advém da equidade em saúde, que ocorre quando todas as pessoas de uma determinada sociedade desfrutam dos mesmos benefícios, oportunidades e acesso aos bens e equipamentos de saúde.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) através dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 42,7% dos brasileiros se

declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas.

Assim, 55,2% de pretos representam a população brasileira que possui um contexto histórico de injustiça racial e social que repercutem na saúde e requerer soluções efetivas considerando os determinantes sociais da saúde, as principais desigualdades em saúde, os fatores de risco, as principais causas de morbidade e mortalidade e acesso aos serviços de saúde para a população negra no Brasil.

Fatores como a injustiça social e as desigualdades sociais no âmbito do trabalho, de educação, de acesso adequado aos meios de transporte, de moradia e de bens e equipamentos de saúde reforçam a necessidade de análise de questões de étnico-raciais para entendermos até onde permanecem as inequidades, cuja relação pode auxiliar na ampliação das políticas públicas de saúde para este grupo populacional.

Esta constatação indica, por sua vez, que os gestores públicos devem aprofundar a compreensão sobre equidade e os determinantes sociais da saúde através de estratégias justas e duradouras no sentido de aumentar a qualidade de vida das pessoas e reduzir as diferenças nos níveis de vulnerabilidade às doenças.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011) os determinantes sociais da saúde têm uma influência importante nas iniquidades em saúde - as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde observadas dentro e entre os países. Configuram-se como determinantes sociais da saúde a renda e proteção social, educação, desemprego e insegurança no trabalho, condições de vida profissional, insegurança alimentar, habitação, meio ambiente, conflito estrutural, discriminação e acesso a serviços de saúde de qualidade decente.

Os determinantes podem influenciar a saúde de maneiras positivas e negativas. As experiências negativas são comuns a muitas pessoas dentro de grupos populacionais em que alguns determinantes sociais da saúde historicamente os impediram de ter oportunidades justas de saúde física e emocional.

A literatura Abrams e Szeffler (2020) demonstra que muitos determinantes sociais da saúde, incluindo a pobreza, o ambiente físico e a raça ou etnia podem ter um efeito considerável nos resultados do COVID-19. As condições sociais podem ser muito diferentes para vários subgrupos da população e podem levar às desigualdades nos resultados de saúde e que a grande lição de saúde pública é que durante séculos as pandemias afetaram desproporcionalmente os pobres e desfavorecidos

A Escola Nacional de Administração Pública-Enap (2020) realizou uma pesquisa (figura 1) entre 25 de fevereiro a 31 de julho de 2020 com 5.570 municípios brasileiros e os classificou em sete áreas distintas de acordo com o risco para a Covid-19. O estudo cruzou informações de casos e óbitos por COVID-19 com indicadores socioeconômicos e territoriais, como renda domiciliar per capita, densidade dos domicílios, vulnerabilidade à pobreza e infraestrutura de água e esgoto.

A pesquisa analisou que a densidade dos domicílios pode dificultar ou mesmo impossibilitar, em alguns casos, o atendimento às recomendações de isolamento e distanciamento social. No Brasil, pouco mais de 25% da população é composta por casas com densidade alta: mais de duas pessoas por dormitório. Nos municípios com população média aproximada de 27 mil habitantes, esse percentual chega a 50% de domicílios com quartos compartilhados por mais de duas pessoas e esse dado parece se relacionar com a situação da pandemia. Esses são os locais com maior taxa de casos e com a terceira pior posição no ranking de óbitos.

Figura 1- O impacto da Covid-19-Comorbidades Sociais



Fonte: Enap.2020

Dos casos observados pela pesquisa, não é somente a questão da renda que por si só, contribui diretamente para a disseminação da pandemia de COVID-19 em determinadas cidades brasileiras, mas também a existência conjunta de vulnerabilidades, como a desigualdade. Quando observadas as médias de casos confirmados e de óbitos, foi possível perceber que as maiores taxas da doença são também as dos municípios com alto coeficiente de Gini (mais desiguais).

Segundo a MATTA et.; (2021) o enorme impacto da pandemia de COVID-19 na sociedade é sentido ainda mais fortemente e com consequências mais graves por determinadas populações. Nas favelas, o distanciamento social e a adoção de práticas de isolamento e quarentena são mais complicadas, tanto por questões de densidade populacional quanto pelos seus impactos econômicos numa população mais vulnerável. Dessa forma, as diferenças de pirâmide etária, a cor e raça, a distribuição geográfica, o território e as desigualdades socioeconômicas refletem as diferenças nas taxas de óbitos entre os estratos sociais brasileiros no enfrentamento da doença.

O debate sobre a saúde da população negra em tempos de pandemia é fundamental, sobretudo, diante das diferenças extremas de renda e riqueza, que por exemplo, têm consequências negativas para a saúde daqueles que vivem na pobreza e cujos efeitos são ampliados no aumento do risco de contaminação pelo COVID-19.

A interseccionalidade e a saúde da população negra- uma análise necessária

A interseccionalidade auxilia a compreender as maneiras pelas quais diferentes indivíduos ou grupos populacionais podem ser afetados por problemas relacionados à saúde e as demais formas de marginalização social que pode fornecer um panorama da saúde da população negra associado às adversidades sociais e econômicas, de hierarquia e poder que fazem parte da realidade dessas pessoas no Brasil.

A interseccionalidade é uma abordagem cunhada em 1989 pela professora Kimberlé Crenshaw nos Estados Unidos num artigo, como uma forma de ajudar a explicar a opressão das mulheres afro-americanas.

Segundo a autora, é para descrever como raça, classe, gênero e outras características individuais, as experiências vividas e as experiências de discriminação de uma mulher negra serão diferentes das de uma mulher branca, ou de um homem negro, por exemplo. A interseccionalidade é uma lente através da qual você pode ver

onde o poder vem e colide, onde ele se interliga e se cruza. Assim, Crenshaw afirma que,

a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p.177).

Nesse sentido, a abordagem da interseccionalidade inaugura uma nova vertente teórico-metodológica que busca analisar a complexidade de um fator social da diferença de indivíduo sobre o outro. Fatores como a escravidão e o racismo são construídos antes mesmo da existência dos indivíduos, os quais se articulam produzindo maiores ou menores inclusões ou exclusões na sociedade.

Os dados da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL,2017), demonstram que o risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos cinco anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. O risco de morte por tuberculose é 1,9 vez maior entre as pessoas pardas e 2,5 vezes maior entre as pessoas pretas, quando comparado ao risco entre as pessoas brancas. As mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas (como a hipertensão própria da gravidez) do que as brancas.

Nesse contexto, Oliveira et.al; (2020), enfatizam que a utilização da abordagem interseccional na saúde congrega a perspectiva da equidade e justiça social. O debate, posto desde a primeira década do atual século, considera os arranjos estruturais dos marcadores sociais da diferença, buscando ir além do reconhecimento da natureza multidimensional das iniquidades em saúde.

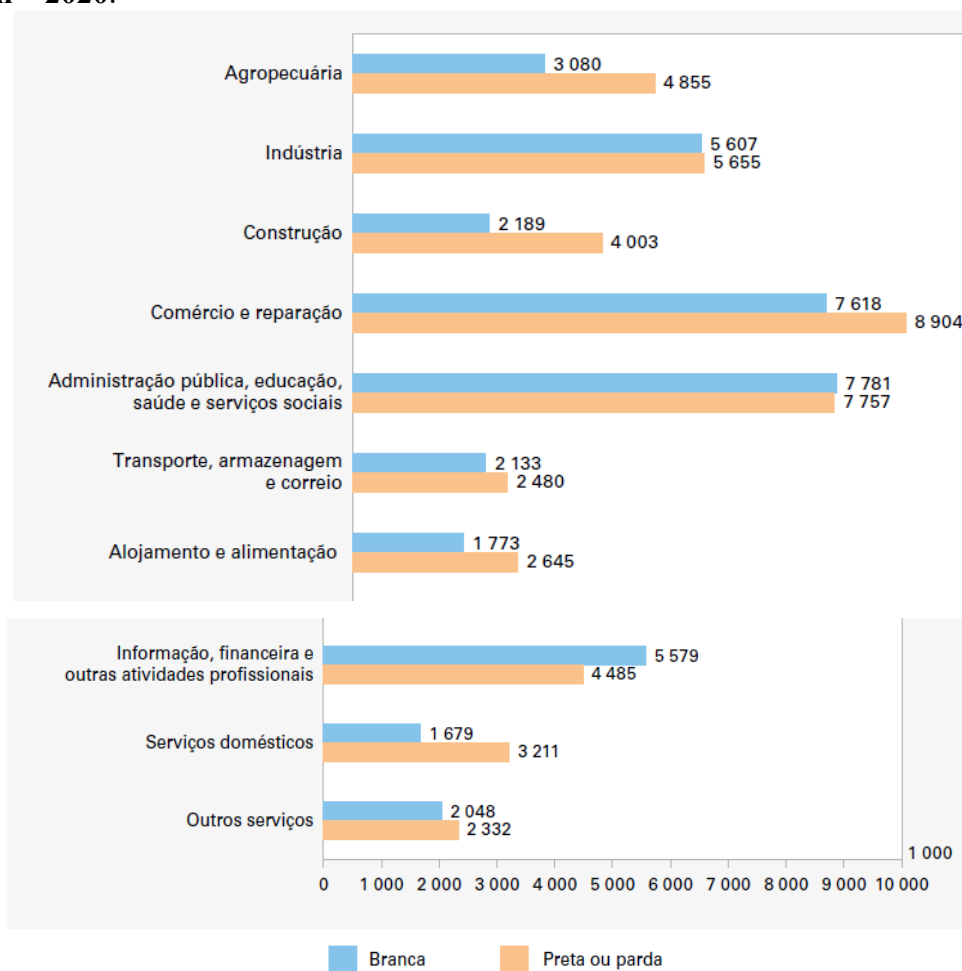
Dessa forma, a abordagem da interseccionalidade na análise da saúde da população negra auxilia a compreender como os fatores históricos e sociais, de discriminação oriundos da escravidão permanecem e que somados às desigualdades socioeconômicas moldaram a vida dos negros no Brasil e por isso, não podem ser considerados de forma independentes.

No Brasil, os africanos e afrodescendentes escravizados foram forçados a viver em condições físicas e sociais nas quais sua saúde tinha muito pouco valor. O fim da escravidão não significou que os negros de repente poderiam levar uma vida saudável. Ao contrário, significou a discriminação e a opressão sistemáticas após a escravidão.

O documento do IBGE (2019) demonstra as lacunas gritantes existentes em nossa sociedade por cor e raça e as várias formas de entender como as experiências de desigualdades raciais no país e que são identificadas e por vezes marginalizadas nos discursos de direitos e de meritocracia.

Para ampliarmos ainda mais nosso entendimento sobre interseccionalidade e população negra, pontuamos os dados IBGE (2021) sobre o recorte por cor ou raça que no total de pessoas ocupadas, a proporção da população de cor ou raça branca era 45,6%, e a de preta ou parda 53,5% (gráfico 1). Todavia, a comparação por atividades econômicas revela uma característica importante na segmentação das ocupações e a persistência, ainda hoje, da segregação racial no mercado de trabalho.

Gráfico 1. População ocupada, por cor ou raça, segundo os grupos de atividade - Brasil – 2020.



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2020.

Nota: Dados consolidados de quintas visitas.

Fonte: IBGE (2021)

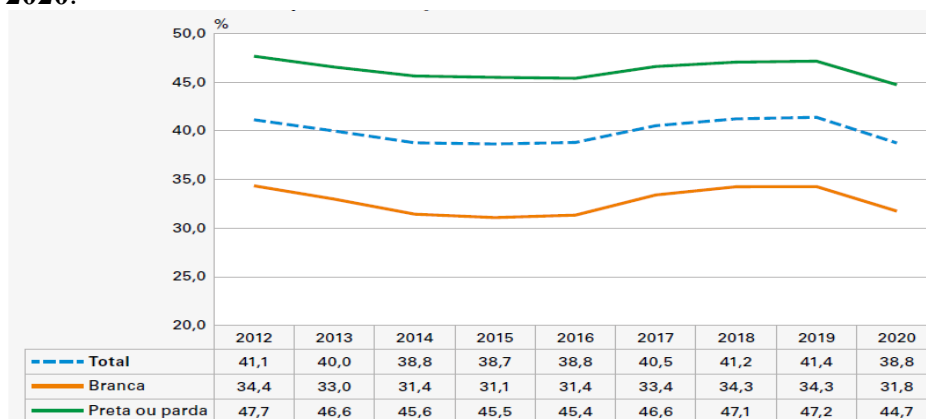
A presença de pretos ou pardos é mais acentuada nas atividades de agropecuária (60,7%), na construção (64,1%) e nos serviços domésticos (65,3%), justamente as atividades que possuíam rendimentos inferiores à média em todos os anos da série histórica.

A interpretação desses resultados requer o reconhecimento da desigualdade racial, pois as diferenças no mercado de trabalho colocaram os negros em maior desvantagem devido ao nível de instrução do trabalhador que pode ser capaz de diferenciar as ocupações exercidas em relação a, por exemplo, prestígio, hierarquia e rendimentos. As atividades econômicas com maiores percentuais de ocupados sem instrução ou com o nível fundamental incompleto ou equivalente em agropecuária (59,1%), serviços domésticos (46,6%) e construção (40,1%). (IBGE,2021,p 25).

No caso das ocupações por nível de instrução revelou como os efeitos deletérios da pandemia de COVID-19 no mercado de trabalho afetaram relativamente mais os grupos populacionais mais vulneráveis e com menor escolaridade. Os contingentes de mulheres (-10,9%) e de pretos ou pardos (-10,5%) sofreram as maiores reduções nas ocupações, acima da média geral, considerando todos os níveis de instrução (-8,7%) (IBGE,2021).

Esses fatores também estão diretamente ligados ao racismo e ajudam a explicar o impacto desproporcional que COVID-19 tem na população negra (gráfico 2). Com essa estrutura de trabalho, é possível verificar o quanto se torna difícil seguir as medidas de distanciamento físico, o que conseqüentemente aprofunda as desigualdades sociais e em saúde impactando nas taxas de morbidade e mortalidade do COVID-19.

Gráfico 2. Proporção de pessoas em ocupações informais por cor ou raça - Brasil - 2012-2020.

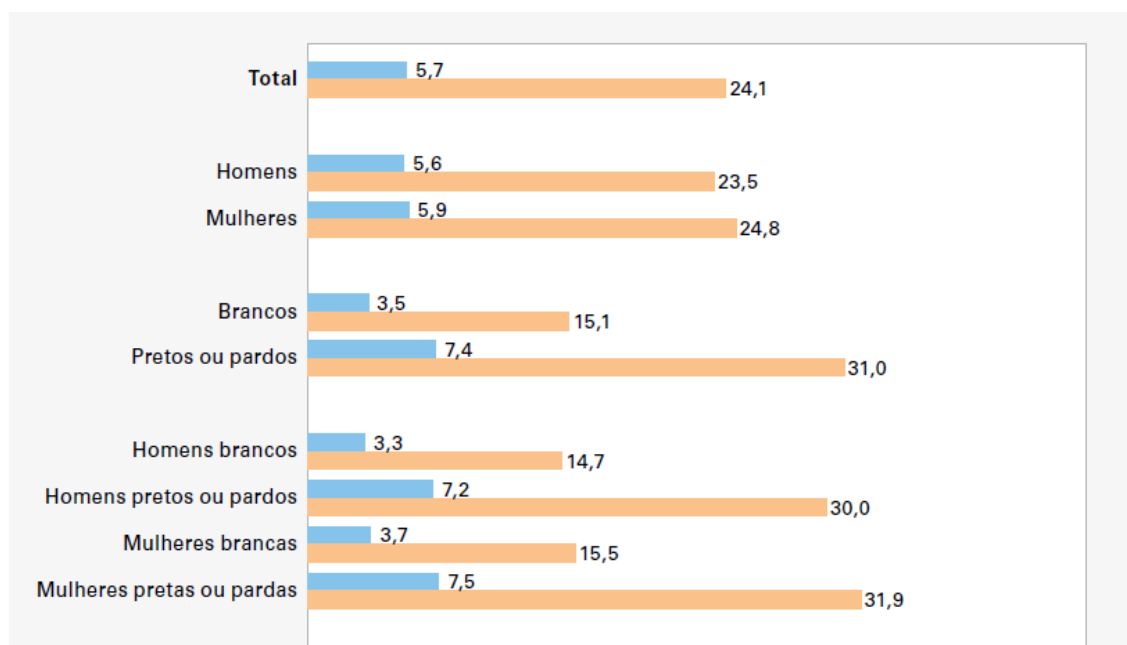


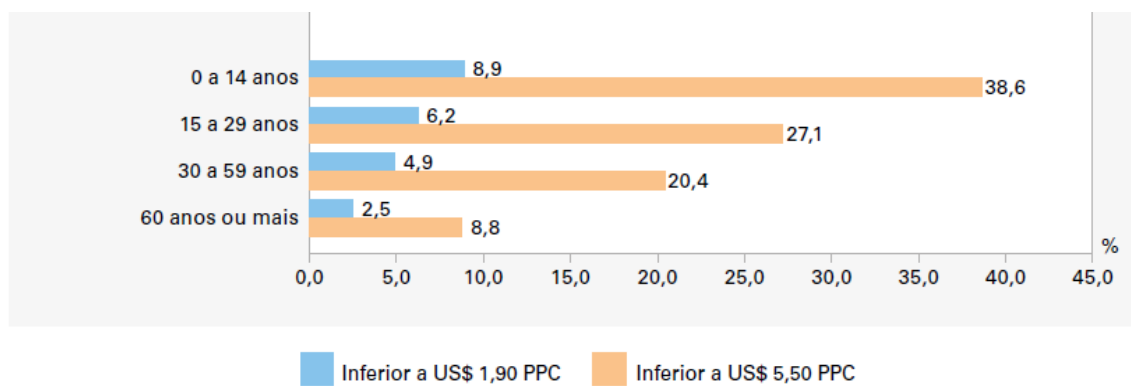
Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2020. Nota: Dados consolidados de primeiras visitas de 2012 a 2019 e de quintas visitas em 2020.

Percebe-se através da análise do gráfico que as diversas questões associadas às desigualdades étnico-raciais existiam antes da pandemia. O negro no Brasil tem a maior probabilidade de ser pobre, menos probabilidade de ter um plano de saúde e mais probabilidade de trabalhar em empregos que estão na linha de frente e que os colocavam em risco de infecção ao coronavírus e ao desemprego.

Tais resultados refletem desigualdades historicamente constituídas, como a maior proporção de pessoas de cor ou raça preta ou parda em posições na ocupação de empregados e trabalhadores domésticos sem carteira de trabalho assinada, além de trabalhadores por conta própria não contribuintes para a previdência social. A pandemia demonstrou que as desigualdades se acirram ainda mais em situações extraordinárias, quando não se dispõe de um sistema de proteção social condizente com as necessidades do país.

Gráfico 3. Proporção de pessoas com rendimento domiciliar *per capita* inferior a US\$ 1,90 PPC e a US\$ 5,50 PPC, segundo sexo, cor ou raça e grupos de idade - Brasil – 2020





Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2020.

Notas: 1. Dados consolidados de quintas visitas.

2. PPC = Paridade do poder de compra. Taxa de conversão da paridade de poder de compra para consumo privado, R\$ 1,66 para US\$ 1,00 PPC 2011, valores diários tornados mensais e inflacionados pelo IPCA para anos recentes.

Fonte: IBGE (2021)

Os dados do gráfico 3 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios demonstram a permanência e a existência de diferenças relevantes de rendimentos envolvendo o recorte racial no Brasil cujas taxas de extrema pobreza e pobreza entre pretos e pardos eram mais que o dobro das observadas para brancos: 7,4% entre pretos e pardos eram extremamente pobres (contra 3,5% entre brancos) e 31,0% eram pobres (contra 15,1% entre os brancos).

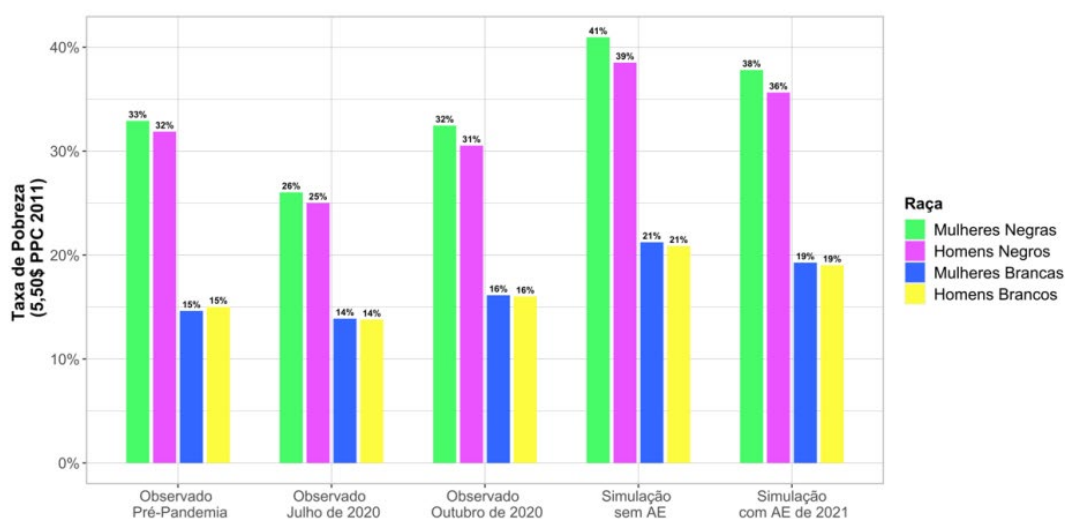
A diferença de renda proporciona uma desigualdade social e racial pré-existente e colocaram os trabalhadores negros em idade em maior desvantagem quando a pandemia começou. Vale salientar que as empregadas domésticas, os trabalhadores de transporte público, dos supermercados, postos de gasolina, dentre outros não tiveram opção de exercer o trabalho em casa e por isso, ficaram mais expostos ao vírus.

Análises realizadas pela ActionAid (2021) em julho de 2020, durante o período em que o Auxílio Emergencial foi concedido, a transferência mensal de R\$ 600 ou R\$ 1.200 (mães-solo) entre abril e agosto, estimou-se, que as taxas de pobreza e extrema pobreza foram reduzidas, respectivamente, para 26% e 28% para mulheres negras; 25% e 28% para homens negros; e 14% e 1,7% para mulheres e homens brancos.

Dessa forma, Homam (2021) argumenta que embora a abordagem de interseccionalidade seja frequentemente voltada para a comparação entre mulheres negras e branca, a literatura emergente está fazendo uma ligação da saúde com o racismo estrutural, sexismo e desigualdade socioeconômica que busca apontar maneiras promissoras de medir os sistemas de desigualdade em um nível macro.

Nesse contexto, outro importante estudo divulgado pelas pesquisadoras Nassif e. at, do Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades (MADE/ USP-2021) analisaram o impacto do auxílio emergencial na pobreza e na extrema pobreza. Conforme os dados da simulação para o caso sem o Auxílio Emergencial (gráfico4), a pobreza cresce a níveis muito mais altos que os observados pré-pandemia: 41% entre mulheres negras, 39% entre homens negros, 21% entre mulheres brancas e homens brancos. Já o cenário com o Auxílio Emergencial nos valores de 2021 reduz muito ligeiramente a pobreza, chegando a 38% entre mulheres negras, 36% entre homens negros, 19% e 19% entre homens brancos.

Gráfico 4. Taxa de pobreza por gênero e raça observada e simulada – Brasil.

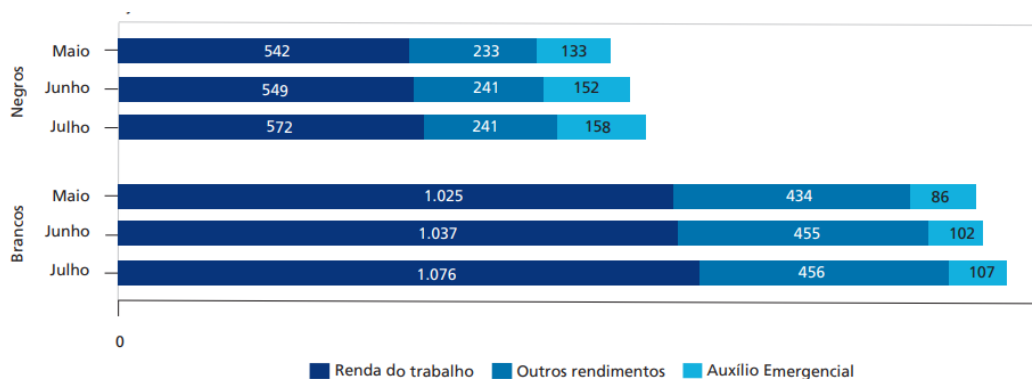


Fonte: MADEUSP (2021)

O gráfico estima a taxa de extrema pobreza. Antes da crise, observa-se uma taxa de 9,2% entre mulheres negras, 8,9% entre homens negros, 3,5% entre mulheres brancas e 3,4% entre homens brancos. Em julho de 2020, sob o efeito da pandemia da Covid-19, mas também do AE, caiu para 2,8% entre homens e mulheres negras, 1,7% para mulheres brancas e 1,8% para homens brancos.

De acordo com Souza (2021) o Auxílio Emergencial contribuiu para uma redução significativa da disparidade de renda média entre negros e brancos (gráfico 5). Sem o Auxílio, a renda média dos brancos era quase 90% mais alta que a dos negros. Com o Auxílio, esse percentual cai para 70%, valor ainda inaceitavelmente alto, evidentemente. Entretanto, em uma sociedade perfeitamente igualitária, isto é, em que todos os indivíduos recebem exatamente a mesma renda. Quanto mais alto seu valor, maior a desigualdade.

Gráfico 5. Brasil: composição da renda domiciliar per capita, por cor ou raça (2020) -(Em R\$ julho/2020)



Fonte: Microdados da PNAD-Covid de maio, junho e julho de 2020.

Elaboração do autor.

Obs.: 1. Negros incluem pretos e pardos.

2. Amarelos, indígenas e indivíduos sem declaração de cor ou raça foram descartados da análise.

3. Rendimentos do trabalho efetivamente recebidos.

Fonte: Souza (2021)

Diante deste panorama histórico, a comparação da saúde da população negra com a população branca a exemplo da Covid-19 nos permite verificar que as hierarquias econômicas moldam os resultados em saúde.

O impacto do racismo nos cuidados da saúde da população negra

Segundo as pesquisadoras da ABRASCO, Araújo e Caldwell (2021) no Brasil e nos Estados Unidos o vírus do Covid-19 é mais mortal para a população negra devido ao racismo estrutural que remonta à escravidão. O racismo, tanto estrutural quanto interpessoal, institucional são causas fundamentais das iniquidades e das desigualdades na saúde e das doenças. O impacto dessas desigualdades na saúde dos negros é grave, histórico, de longo alcance e inaceitável.

Nesse caso, as condições de vida e também as iniquidades socioeconômicas em nosso país, as experiências brutais de escravidão, o colonialismo, a eugenia, a segregação, juntamente com o racismo estrutural e o modo pelos quais os determinantes sociais da saúde exercem influência sobre a saúde negra necessitam ser discutidos para compreendermos as iniquidades, os fatores de risco, as principais causas de morbidade e mortalidade que acometem a população negra.

Almeida (2019) e Ribeiro (2019) analisam que o racismo se estruturou no Brasil durante e após a escravidão, existindo com a conformação do Estado e por isso, ganha expressões desde o caráter biológico, científico e sociocultural ao longo da história de

formação do país. No plano estrutural, o racismo consiste no sistemático acesso desigual a bens materiais entre os diferentes segmentos raciais.

Williams (2016) aborda que o racismo estrutural e racismo institucional existem e é reforçado e apoiado por vários sistemas sociais, incluindo o mercado imobiliário, o sistema educacional, o mercado de trabalho, o sistema de justiça criminal, os mercados de crédito, a economia e sistema de saúde. O resultado final é que o sistema de racismo criou um acesso reduzido para grupos estigmatizados às muitas oportunidades que facilitam o sucesso socioeconômico, a qualidade de vida e a saúde.

Esse debate é fundamental, sobretudo, diante da realidade do racismo estrutural cujo viés relaciona-se com o processo histórico e político, criando as condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática. As práticas de racismo tanto institucional como o estrutural ampliam as possibilidades de análise sobre o tratamento desigual e permite identificar a necessidade de enfrentamento das iniquidades no acesso e no atendimento de diferentes grupos raciais dentro das políticas públicas, abrindo novas frentes de combate ao preconceito e à discriminação étnico-racial.


Para ampliarmos ainda mais o debate, é necessário ressaltar que segundo a ABRASCO (2020), o Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de covid-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Entretanto, ainda que o quesito raça/cor seja obrigatório nos formulários de saúde desde 2017, só a partir de 10 de abril de 2020 os dados dos acometidos por Covid-19 apresentaram as informações exclusivas sobre raça/cor nas notificações do sistema do Ministério da Saúde sobre a pandemia.

Entretanto, a Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017-Ministério da Saúde (BRASIL,2017) já dispunha sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2017) a autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também sua origem étnico-racial, os aspectos socioculturais e, a construção subjetiva do sujeito.

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com as suas necessidades. Assim, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde,

reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos através de políticas públicas mais justas.

Figura 2-Exemplar de formulário de Vacinação da Prefeitura de Juiz de Fora já com o quesito raça/cor.


FICHA DE VACINAÇÃO COVID-19

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Preenchimento do Estabelecimento de Saúde

CNS do Profissional:	CBO:	CNES:	INE/EQUIPE:	Data: ___/___/___ Turno: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N
----------------------	------	-------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dados da Vacina

Fabricante:	Lote:	Dose: <input type="checkbox"/> Primeira Dose <input type="checkbox"/> Segunda Dose <input type="checkbox"/> Dose única	Prazo para próxima dose da vacina: ___/___/___
-------------	-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

Local de atendimento: UBS Unidade Móvel Rua Domicílio
Escola/Creche Outros

Preenchimento do Cidadão

Nome:	CNS (Cartão Nacional de Saúde) ou CPF:	
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade:	Telefone (s):	
Logradouro:	N°:	
Complemento:	Bairro:	CEP:

Sexo: Feminino Masculino
Vacinou contra gripe: Sim Não
Raça/Cor: Amarelo Branco Indígena Pardo Preto

Grupo de atendimento
 Caminhoneiro
 Deficiência Permanente Grave
 Forças de Segurança e Salvamento
 Funcionário do Sistema de privação de liberdade
 Idoso - 60+ anos
 Institucionalizado 60+ anos
 Institucionalizado com Deficiência
 Comorbidades (especificar no campo abaixo)
 População Geral
 Privado de Liberdade
 Profissional da Educação
 Trabalhador da Saúde
 Trabalhadores do Transporte Coletivo Rodoviário
 Trabalhadores Portuários e Ferroviários
 Forças Armadas
 Outros (informar): _____

Comorbidades
 Doenças Falciformes
 Diabetes
 Doenças Cardiovasculares
 Hipertensão
 Obesidade Grave (IMC ≥ 40)
 Neoplasias
 Pneumopatias Crônicas Graves
 Doença Renal Crônica
 Indivíduo Transplantado
 Síndrome de Down
 Outros Imunossuprimidos
 Cirrose Hepática

Fonte: Prefeitura de Juiz de Fora (2020)

De acordo com ABRASCO (2020), a inclusão do quesito raça e cor nos formulários de vacinação contra a COVID-19, foi tomada com base no pedido do Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, que apresentou a preocupação com a possibilidade de subnotificações de casos entre a população negra. A Coalizão Negra por Direitos Humanos, também, solicitou tais dados pela Lei de Acesso à Informação.

Um levantamento realizado pela Agência Pública (2021) no início de maio de 2020 mostra que fila da vacina anda mais rápido para brancos que negros no Brasil e que as mortes e hospitalizações de pretos e pardos eram maiores que em brancos.

Um ano depois, a Agência fez um Levantamento pelo open DataSUS, entre os dias 22 de fevereiro e 15 de março de 2021, a partir dos dados de 8,5 milhões de pessoas que receberam a primeira dose das vacinas contra a covid-19 aprovadas e aplicadas no país, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, mostrando que o Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas do que negras.

A pesquisadora Emanuelle Góes ressalta que a população negra é mais acometida pelas comorbidades que são consideradas fatores de risco para a Covid-19, como a diabetes. A população negra vai acumulando doenças crônicas em uma situação mais agravada, onde as pessoas não cuidam porque elas vivem em contextos mais difíceis.

No que se refere à dificuldade de acesso aos pontos de vacinação, o professor Hilton Silva, membro do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), reforça que,

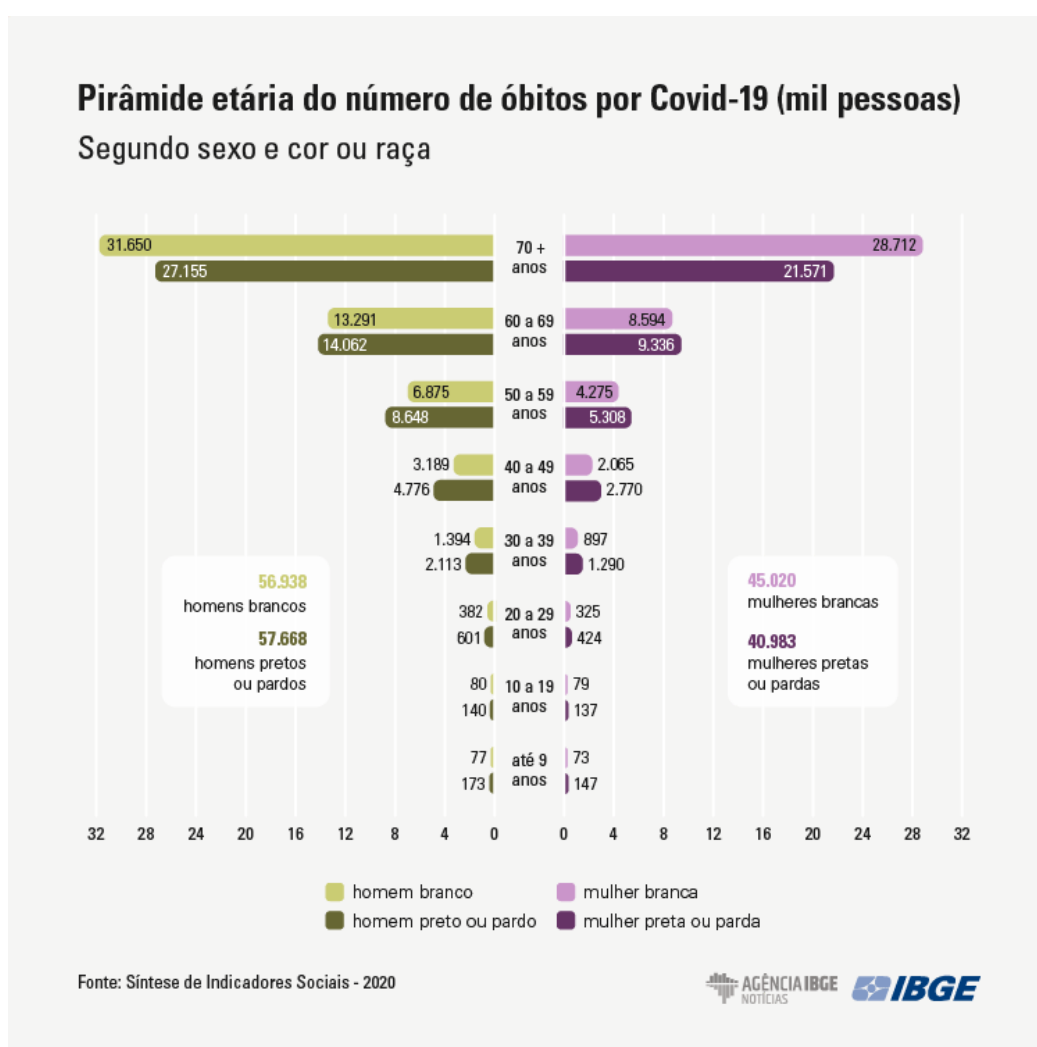
“muitas vezes é uma questão de locomoção. A população branca, por exemplo, tem a possibilidade de pegar o seu carro e ir para um drive thru para ser vacinado, enquanto a pessoa idosa que mora na periferia, no quilombo ou numa área mais remota não tem essa possibilidade porque não tem esse tipo de transporte”. Além disso, em muitos municípios não estão disponibilizando vacinação nas unidades de saúde que são referência para a população que reside nas periferias das cidades (ABRASCO,2021).

Segundo dados do IBGE (2021) em 2020, a pandemia de COVID-19 foi a causa da morte notificada de 209,7 mil pessoas no país, sendo 200,6 mortes registradas com cor ou raça (gráfico 3). Desse total, foram identificadas 101,9 mil pessoas brancas e 98,7 mil, pretas ou pardas. No entanto, homens pretos e pardos morreram mais da doença, no primeiro ano da pandemia, do que homens brancos. Já entre as mulheres, houve um maior número de vítimas brancas. Os dados preliminares são do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, disponíveis na Síntese dos Indicadores Sociais (SIS).

Ainda segundo o documento do IBGE (gráfico 6), em todas as idades, homens pretos e pardos foram as principais vítimas da Covid-19 (28,7% das pessoas com identificação de cor ou raça), morreram mais que os brancos (28,4%).

Por outro lado, ocorreram mais mortes de mulheres brancas (22,4%) do que pretas e pardas (20,4%). Essa diferença entre homens e mulheres por cor ou raça se deve a sub-representação de pretos e pardos na faixa etária dos 70 anos ou mais, em razão da menor esperança de vida desse grupo social e pela maior mortalidade por covid entre os idosos.

Gráfico 6- Pirâmide etária do número de óbitos por COVID-19.



Fonte: IBGE (2020)

Vale ressaltar que a Rede de Políticas Públicas & Sociedade (2021) através da Nota Técnica nº 34 de setembro de 2021, também demonstra através de pesquisas realizadas, que homens negros morrem mais por COVID-19 do que homens brancos

independente da ocupação, tanto no topo quanto na base do mercado de trabalho. Da mesma forma, mulheres negras morrem mais do que todos os outros grupos (mulher branca, homens brancos e negros) na base do mercado de trabalho, independente da ocupação.

Todavia, a pesquisa demonstra que mesmo exercendo as mesmas ocupações, a mortalidade por COVID-19 é diferente para homens e mulheres, entre pessoas brancas e negras. Porém, as assimetrias de raça e gênero são distintas. Devido à já conhecida posição de vantagem dos homens brancos no mercado de trabalho, utilizamos esse grupo como base para a comparação, de modo que os resultados a seguir devem ser lidos tendo esse grupo como referência.

Com efeito, a saúde da população negra está vinculada há anos de injustiça racial e social e se tornou um grande desafio durante a pandemia de COVID-19 para um atendimento de saúde equitativo no Brasil. Outro ponto de destaque é que a população negra possui maior risco de adoecerem se forem contaminadas com o COVID-19 devido as condições socioeconômicas e de saúde mais precárias em comparação com a população branca.

A discriminação contra os negros está profundamente arraigada e normalizada nas instituições, políticas e práticas canadenses e muitas vezes é invisível para aqueles que não sentem seus efeitos.

Dependendo da natureza de determinados ambientes, diferentes grupos terão experiências diferentes relativas às condições materiais, apoio psicossocial e opções comportamentais, que as tornam mais ou menos vulneráveis a situações de saúde deficiente e que conseqüentemente comprometem o acesso e permanência na escola e que se agravou com a pandemia de COVID-19. Do mesmo modo, a estratificação social determina o acesso e uso diferenciado aos cuidados de saúde, com conseqüências para a promoção desigual de saúde e bem estar, prevenção de doenças e da sobrevivência.

Ademais, a evolução demográfica da população, os novos modelos de sociedade e de família, a crise econômica e social e as desigualdades locais produzirão impactos que se repercutirão, a médio e longo prazo, na saúde das populações.

A tabela 1 apresenta a síntese dos resultados para os grupos ocupacionais que reportaram significância estatística nos 29 grupos ocupacionais estão concentradas 77.38% das mortes analisadas no modelo de regressão. Em termos simples, à medida que se desce na leitura da tabela, vamos à base da pirâmide social.

Tabela 1. Quais são as tendências de chances de morrer de Covid-19 quando comparado aos homens brancos, para cada grupo de raça/gênero, dentro da mesma ocupação?

Grupo Ocupacional/Setor	Ocupação	Homens negros	Mulheres branca	Mulheres negras
Segurança	Praças das FA's, PM's e Bombeiros	+ 34,9%		
Saúde	Outros Profissionais da Saúde	+ 49,9%		+ 91%
	Médicos		-54%	
	Profissionais da Enfermagem		-32%	-23%
	Psicólogos e Psicanalistas		-63%	
	Agentes da Saúde e do Meio Ambiente	+ 146%	+171,9%	
Diretores e Dirigentes	Dirigentes do Serviço Público e Privado		-43%	
	Diretores e Gerentes Em Geral		-22%	
Profissionais de Ensino Superior	Engenheiros, Arquitetos e Outros Profissionais de Ensino Superior	+ 44,0%	-51%	
	Advogados	+ 42,7%	-39%	
Administradores, Contadores e Outros Prof. da Adm.	Administradores, Contadores e afins	+ 48,5%	-41%	
Educação	Professores do EF e EM e Outros Profissionais da Educação	+ 51,8%		
Profissionais da Comunicação	Profissionais da Comunicação	+ 45,4%	-43%	
Artes & Cultura	Profissionais das Artes e da Cultura	+ 33,8%	-34%	
Comércio e Serviços	Representantes Comerciais Autônomos		+ 18,6%	+ 25,5%
	Mecânicos Veiculares e afins	+ 25,4%		
Alojamento & Alimentação	Padeiros e Outros Trabalhadores da Fabricação de Alimentos		+ 74,9%	
Serviços Pessoais	Trabalhadores nos Serviços de Embelezamento e Higiene	-50%		
Serviços Pessoais	Trabalhadores nos Serviços de Embelezamento e Higiene	-50%		
Transporte	Motociclistas e Ciclistas de Entregas Rápidas	+ 74,3%		
	Motoristas de Veículos de Pequeno e Médio Porte	+ 15,5%		
	Motoristas de Ônibus Urbanos	+ 34,7%		
	Caminhoneiros	+ 38,2%		
Construção Civil	Trabalhadores da Construção Civil	+ 28,1%		+ 100,7%
Indústria de Transformação, Manutenção e Reparação	Outros Trabalhadores Manuais	+ 21,5%		
	Trabalhadores da Indústria Têxtil, Couro etc			+ 47,2%
	Alimentadores de Linhas de Produção	+ 67,3%	+ 94,6%	+ 145,5%
Limpeza Urbana e Conservação	Trabalhadores da Limpeza Urbana		+ 130,3%	+ 74,8%
Serviços Domésticos	Trabalhadores dos Serviços Domésticos em geral		+ 73,3%	+ 111,9%
Agricultura & Pesca	Trabalhadores da Agricultura	-33%	43%	75%

Fonte: SIM/Datasus, 2020

Fonte: Rede de Pesquisa Solidária (2021)

Uma das questões fundamentais apontadas na pesquisa é a desigualdade racial nas chances de morte por Covid-19 entre os homens é transversal a todo o mercado de

trabalho, independentemente do tipo de atividade, do setor, de se tratar de ocupações que se encontram no topo ou na base da pirâmide social.

Essa precariedade acaba por implicar, também, condições mais vulneráveis de exercício das atividades e exposição ao vírus, mesmo que aconteça nas mesmas ocupações. Além de estarem, eventualmente, mais expostos a fatores ambientais que afetam as condições de saúde (moradias mais insalubres, acesso inadequado à água, dieta com baixa qualidade nutricional, espaços que afetam o estado psíquico, entre outros), homens negros também tendem a registrar um acesso mais escasso aos serviços de saúde (Goes et al., 2020; Santos et al., 2020; Lopes, 2005). Rede de Pesquisa Solidária,pg 8,2021).

Outra importante questão suscitada pela pesquisa diz respeito ao possível impacto da maior presença de trabalhadores negros e negras em atividades profissionais que exigiram presença física e não seguiram os protocolos de máximo distanciamento físico.

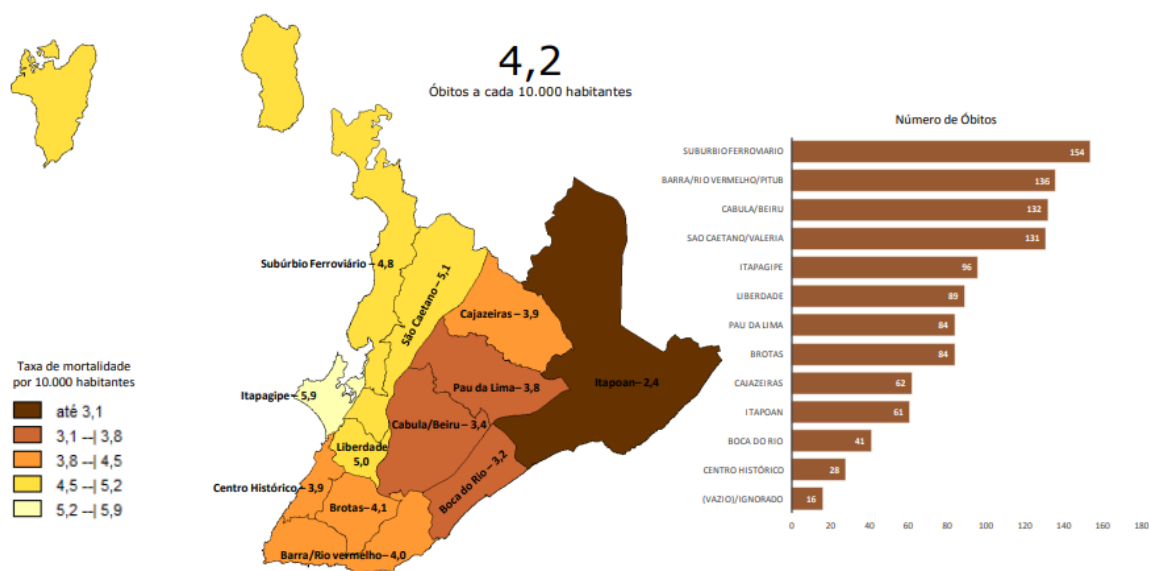
Nesse cenário, a interseccionalidade contribui nas práticas de políticas de combate ao racismo estrutural, das inequidades em saúde os problemas de desigualdade através do indivíduo negro, cujos fatores como raça/cor, renda, educação, gênero, classe social e localização geográfica e de moradia se cruzam no dia a dia e nas experiências vividas com as práticas de opressão, de violência e de racismo que acabam influenciando a saúde da população negra.

O território e a saúde da população negra em Salvador-BA em tempos de pandemia.

Dados do IBGE de 2019 dão conta de que a população de Salvador é formada por 81,5% das pessoas declaradas negras que, historicamente, apresentam maior vulnerabilidade social e econômica e o acaba refletindo também numa menor expectativa de vida e maior susceptibilidade a doenças e agravos.

O Boletim Epidemiológico de julho de 2020 da Secretaria Municipal de Saúde e| Diretoria de Vigilância da Saúde apresenta os dados da situação epidemiológica dos óbitos relacionados à COVID-19, em Salvador, Bahia, por uma dimensão racial e territorial distribuição territorial dos óbitos por covid-19 em Salvador.

Gráfico 7- Taxa de mortalidade (por 10.000 hab) por COVID-19*, de residentes em Salvador, segundo distrito sanitário-2020.



Fonte: SMS/DVIS/SUIS/SIM

*Dados preliminares e sujeitos a alterações

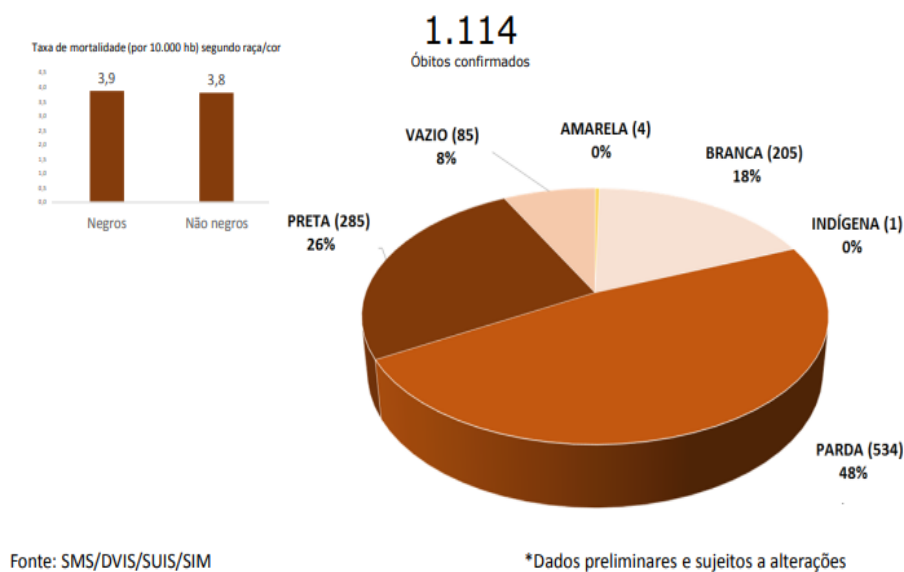
Fonte: Prefeitura de Salvador-Secretaria Municipal de Saúde | Diretoria de Vigilância da Saúde (2020).

A disseminação do Coronavírus em Salvador, assim, como no Brasil se originou em bairros nobres, cujos moradores viajaram para a Europa. Destaca-se que os três primeiros óbitos de residentes em Salvador por COVID19 ocorreram nos bairros da Pituba e Horto Florestal, considerados bairros “valorizados” da capital baiana.

A distribuição territorial dos óbitos revela a forte determinação sociorracial, sendo essencial para a análise da situação de saúde da população, bem como para o planejamento de estratégias de intervenção. É possível acompanhar o caminho percorrido pelo coronavírus, o fez chegar aos bairros de maioria negra em um curto espaço de tempo, reforçando as questões de sobreposição das vulnerabilidades relacionadas à saúde, ao adoecimento, e aos desfechos desfavoráveis e desiguais nas sociedades (PREFEITURA DE SALVADOR,2020).

É possível se observar a estratificação racial da mortalidade em Salvador pelo coronavírus. Quanto à proporção de óbitos confirmados para COVID-19, observa: 0% Indígena (1), 0% Amarela (4), 18% Branca (205), 26% Preta (285) e 48% Parda (534).

Gráfico 8-Número de óbitos confirmados por Covid-19*, de residentes em Salvador, segundo RAÇA/COR – 2020.



Fonte: Prefeitura de Salvador-Secretaria Municipal de Saúde | Diretoria de Vigilância da Saúde (2020).

Em suma, esses dados mostram que as desigualdades nas infecções e mortes por COVID-19 persistem para os negros, especialmente quando se leva em consideração as diferenças localização de moradia no território entre grupos étnico-raciais. Durante os estágios iniciais da pandemia, o vírus afetou principalmente áreas urbanas, que incluem uma população com maior diversidade racial e mesmo com a vacinação a população negra ainda permanece em risco desproporcional de infecção e morte por Covid-19.

Saquet (2019) ressalta que a relação conhecimento-identidade-território destacam-se formas antigas e atuais imanentes à construção histórica de cada território, no campo e na cidade, constituindo-se objetivações que precisam ser estudadas e quando necessário revitalizadas com a construção participativa e dialógica do desenvolvimento local. Não se pode pensar em cooperação e enfrentamento dos problemas do racismo se ignorarmos a complexidade de ser negro no Brasil.

Dessa forma, o território que é constituído por relações sociais, de poder e dominação, o que implica a formação de territorialidades num determinado espaço

geográfico devido as diferentes formas de vida de uma população. O território é como espaço-tempo-vivido e com a presença de realidades históricas construídas.

Como forma de enfrentar os desafios e os impactos da COVID-19 em Salvador, a cidade que abriga a maior população negra do país, um grupo de pesquisadores do Faculdade de Medicina e do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2021), da Universidade Estadual de Santa Cruz e Universidade Estadual da Georgia (Atlanta-Estados Unidos), criaram o Índice de Vulnerabilidade Epidêmica (IVE) com o objetivo de possibilitar a classificação das áreas em relação à vulnerabilidade a epidemias, como a da COVID-19 em Salvador -BA.

O modelo teórico sinaliza que as dimensões articuladas permitem uma melhor compreensão das condições adversas presentes nos territórios ou grupos populacionais sob o maior risco de adoecimento por doenças transmissíveis, como a COVID-19.

Dados preliminares da aplicação do IVE descrevem os distritos sanitários e os bairros de Salvador, Bahia-Brasil com maior vulnerabilidade epidêmica. Em destaque: distritos sanitários como o Subúrbio Ferroviário, Itapuã, Itapagipe e Liberdade. Já o distrito Barra Rio Vermelho, que concentra os bairros com melhores condições de vida, apresentou menor vulnerabilidade epidêmica.

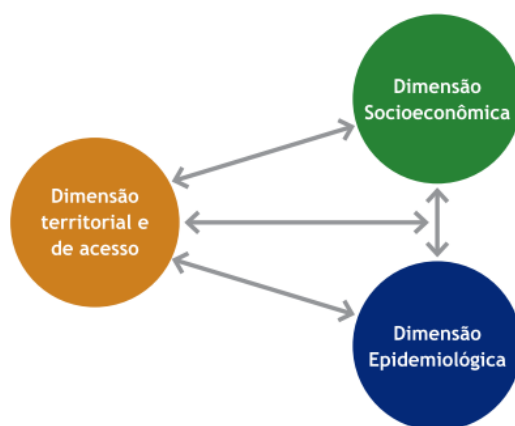


Figura 1: Modelo teórico das relações entre as dimensões propostas no índice de vulnerabilidade à epidemia.

Fonte: UFBA (2021)

Dentre os fatores que contribuem para o aumento do risco de contaminação pelo Covid-19 incluem a pobreza e as dificuldades de acesso aos bens e equipamentos de saúde. As diferenças de pirâmide etária, distribuição geográfica, o território e as

desigualdades socioeconômicas refletem as diferenças nas taxas de óbitos entre os estratos sociais brasileiros no enfrentamento da doença.

Bairros com maior vulnerabilidade

	Índice de Vulnerabilidade Epidêmica (IVE)
Cassange	0,4197
São Tomé	0,3353
Alto das Pombas	0,3207
Nova Esperança	0,3134
Pero Vaz	0,3102
Calçada	0,3017
Fazenda Coutos	0,2968
Sete de Abril	0,2906
Santo Antônio	0,2866
Alto da Terezinha	0,2866

Bairros com menor vulnerabilidade

	Índice de Vulnerabilidade Epidêmica (IVE)
Itaigara	0,1063
Amaralina	0,1053
Narandiba	0,1048
Centro	0,0976
Doron	0,0936
Resgate	0,0913
Patamares	0,0903
Pituba	0,0814
Cajazeiras II	0,0688
Caminho das Árvores	0,0417

Fonte: UFBA (2021)

O professor do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e coordenador do projeto Marcelo Natividade explica que uma série de indicadores selecionados foram padronizados e então combinados em uma média geométrica com valores que variam de 0 a 1, ou seja, quanto mais próximo de 1 maior será a vulnerabilidade epidêmica.

Ainda segundo o levantamento, a maioria dos bairros da capital baiana apresenta heterogeneidade para vulnerabilidade epidêmica, com riscos que variam de

intermediário a alto. As áreas com maiores fatores de risco são marcadas pela falta de infraestrutura e habitação precária, com predomínio de população negra e pobre.

Por outro lado, os riscos diminuem nas chamadas “regiões da orla”, onde há maior concentração de pessoas brancas, de alta e média renda, que recebem mais investimentos públicos e possuem melhor infraestrutura urbana e acesso a serviços.

A variação geográfica aqui apresentada, ainda que retrate uma amostra da totalidade do que ocorre no Brasil, indica a importância da análise do território em diferentes escalas e quais suas relações com a população ali inserida. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.) e sua relação com os mecanismos de políticas públicas.

Esses aspectos são relevantes para que os gestores conheçam a partir do mapeamento de indicadores de saúde e o perfil epidemiológico do seu território para nortear as ações e estratégias das políticas públicas em saúde.

Segundo Williams e Collins (2001), a segregação residencial racial é uma causa fundamental das disparidades raciais em saúde. A segregação é também causa das diferenças raciais no status socioeconômico de determinado grupo no acesso à educação e emprego e cria condições adversas à saúde no ambiente físico e social.

Nesse contexto, as desigualdades são marcantes e persistentes na saúde da população negra e estão expressas nas condições crônicas de saúde, na mortalidade e nos fatores dos determinantes sociais da saúde, incluindo o racismo e o território, exercendo seus efeitos prejudiciais sobre a saúde. Essas desigualdades não são resultado somente do comportamento individual ou de grupo, mas de décadas de desigualdade nos sistemas econômicos, habitacionais e de saúde do Brasil.

Deve-se notar que a persistência e a continuidade do preconceito de raça e cor são consequências do modelo econômico e social adotado pelo poder público, que internaliza o racismo institucional a partir do qual essas instituições operam historicamente e que provoca entraves nas políticas públicas, inclusive nas de saúde. O racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações

Por fim, entendemos que esse grupo populacional muitas vezes invisível nas políticas econômicas do país, é o que está sendo mais atingido pelo desemprego no Brasil e seguir as recomendações dos médicos em lavar as mãos constantemente com

água e sabão e higienizar objetos com álcool 70% torna-se uma tarefa extremamente complicada para quem não tem às vezes o que comer e uma moradia digna. Assim, essas desigualdades sociais podem ser medidas através de uma escala de tempo e espacialmente e reveladas nas paisagens, nos lugares.

Resultados e discussão

A situação aqui apresentada, traz informações de que no Brasil a população negra ainda retrata um grupo populacional com grandes inequidades em saúde, um legado da escravidão e de anos de injustiça racial e social. Tal fato, tornou-se um desafio para que ocorra um atendimento de saúde equitativo para todos no país. Além disso, reduzir as desigualdades de saúde é uma das condições para melhorar a saúde geral do país.

A população negra é mais vulnerável às doenças, às condições crônicas de saúde, na mortalidade porque está sob maior influência dos determinantes sociais da saúde, ou seja, das condições em que uma pessoa vive e trabalha, a insalubridade, as baixas condições sanitárias às quais está submetida. Por isso, a qualidade do atendimento requer sistemas de dados aprimorados, novas iniciativas para treinar adequadamente os profissionais de saúde no preenchimento do formulário dos sistemas de informação em saúde com o quesito raça/cor.

Como pode ser observado nas análises dos dados apresentados as diferenças raciais de renda entre brancos e negros são surpreendentemente maiores para o enfrentamento das condições econômicas e das barreiras para ter o acesso aos cuidados de saúde. As análises revelam ainda que as disparidades nas mortes relacionadas com COVID-19 persistem.

É importante reconhecer que a construção social criada a partir de percepções econômicas, políticas históricas e práticas prevalentes sobre a população negra, tem implicações ao longo do tempo e são definidas como alguém se percebe e como é percebido pelos outros.

O racismo estrutural e institucional, a marginalização, trabalho e renda, a educação, as dinâmicas intersetoriais são contextos socioeconômicos e históricos que marcam a segregação racial e espacial entre brancos e negros no Brasil e com consequências negativas na saúde da população negra.

Cabe ressaltar que, juntamente com o racismo estrutural e institucional, as iniquidades em saúde surgem através das desigualdades sociais, econômicas, ambientais e estruturais, contribuindo para as diferenças entre os grupos populacionais e nos resultados de saúde. Por isso, a importância da reflexão das causas e condições das iniquidades em saúde e de vida da população negra para a realização de intervenções eficazes na promoção da equidade em saúde.

Dessa forma, as iniquidades são estabelecidas através das instituições e dos sistemas político e econômico que organizam a distribuição de poder e de recursos na sociedade. No que diz respeito a desigualdade em saúde é a distribuição desigual de poder e recursos, incluindo bens, serviços que mais afeta a população de acordo com a raça, o gênero e a classe social.

Entretanto, o Sistema Único de Saúde US presta um bom atendimento e acolhe cerca de 70% da população negra.

A experiência de Salvador demonstra que viver em locais estereotipados e marcados por contínuas referências negativas impactam as pessoas negras, não somente no que diz respeito à saúde, mas também no que se refere a renda, trabalho. Os resultados apresentados para o aumento do risco de contaminação pelo Covid-19 comprovam que as características habitacionais, demográficas, incluindo raça e cor têm impactos negativos na saúde e precisam ser analisados em conjunto.

Embora os casos de contaminação e mortes por COVID-19 tenham diminuído devido a série de fatores, como a vacinação, é importante frisar que as desigualdades estruturais subjacentes na saúde e cuidados de saúde e fatores sociais e econômicos que colocaram a população negra em maior risco de contaminação no início da pandemia ainda permanecem.

Por fim, esses fatores de risco ainda permanecem no Brasil e à medida que a pandemia de COVID-19 e suas variantes evoluem, o aumento de estudos e pesquisas são necessários para um melhor entendimento das experiências de saúde em todos os grupos populacionais para a eliminação das desigualdades, do racismo e do direcionamento de políticas públicas e recursos no atendimento em saúde.

Metodologia

Este estudo trata-se de revisão bibliográfica a partir da análise documental e revisão da literatura científica sobre a saúde da população negra. A pergunta de

investigação que fundamentou o artigo foi: como as desigualdades étnico-raciais contribuem para as inequidades na saúde da população negra considerando os determinantes sociais da saúde, a interseccionalidade e o racismo em tempos de pandemia de COVID-19 no país?

A análise dos dados foi a partir de busca de documentos epidemiológicos, estatísticos, populacionais e epidemiológicos da população negra e COVID-19 nos sites das instituições públicas de saúde e pesquisa em saúde no Brasil e na cidade de Salvador-BA, que estão disponíveis nas plataformas virtuais das secretarias municipal e estadual de saúde e Universidade Federal da Bahia. Na revisão de literatura, foram estudados e analisados documentos da literatura de autores estrangeiros e nacionais que abordam temas como os determinantes sociais da saúde, o racismo e a interseccionalidade impactam na vida da população negra.

Devido ao distanciamento social e a intensa atuação dos profissionais de saúde nos atendimentos nos setores nas Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde e hospitais devido a pandemia de COVID-19 não foi possível realizar pesquisas de campo na cidade de Salvador.

Considerações finais.

A pandemia de COVID-19 exige respostas às necessidades de saúde e de recuperação do bem estar das populações. Entretanto, para obtermos a equidade justa na saúde, é necessário a aplicação de políticas públicas que compreendam e atendem adequadamente às necessidades de todos os grupos populações considerando a cor/raça, as questões sociais culturais, geográficas e ambientais.

As características socioeconômicas, ambientais, físicas e político-institucionais da população brasileira são muitos desiguais e evidenciam os diversos problemas que ainda repercutem na saúde da população negra. Essas desigualdades não são resultado somente do comportamento individual ou de grupo, mas de décadas de desigualdade nos sistemas econômicos, habitacionais e de saúde do Brasil.

Porém, é necessário compreender que a população negra não é doente, mas acometida por várias doenças que podem ser evitadas. Porém, as desigualdades em saúde, a distribuição desigual de poder e acesso aos recursos, bens e serviços e medidas de prevenção e tratamento, a qualidade de atendimento reproduzem um quadro de doenças constantes na população negra.

Desse modo, é essencial a análise sobre como as desigualdades raciais, a discriminação e a opressão impactam a população negra no país. Para que possamos compreender a identidade de um indivíduo é importante considerarmos a sua identidade, suas experiências vividas, e sua representação na sociedade.

Referências

ABRAMS, Elissa; SZEFLER, Stanley. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30234-4/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30234-4/fulltext#%20)> Acesso em 02 Out.2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. ABRASCO. **População Negra e Covid-19** / (Organização Grupo Temático Racismo e Saúde da ABRASCO. – Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2021. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book_saude_pop_negra_covid_19_VF.pdf> Acesso 15 Nov.2021.

AGÊNCIA PÚBLICA. **Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas que negras**.2021. Disponível em <<https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/>> Acesso 27 nov.2021.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. Feminismos plurais. Coordenação: Djamilia Ribeiro. 1ª ed. Belo Horizonte. Letramento.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil/ Coronavírus. **Painel Coronavírus**.2021. Disponível <<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso 29 out.21.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doses distribuídas por todo o Brasil**. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>> Acesso 27 de out.21.

BRASIL. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 344, DE 1º de fevereiro de 2017**. Disponível em < https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20785617/do1-2017-02-02-portaria-n-344-de-1-de-fevereiro-de-2017-20785508. Acesso em 07 set.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev. Estud. Fem.* [conectados]. 2002, vol.10, n.1, pp.171-188. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->> Acesso em 05 jan.2020

Escola Nacional de Administração Pública-Enap. **Pandemia altera desenhos e contornos geopolíticos do Brasil.**2021. Disponível em <<https://enap.gov.br/pt/acontece/noticias/pandemia-altera-desenhos-e-contornos-geopoliticos-do-brasil>> Acesso em 10 Nov.2021.

HOMAN, Patricia; BROWN, Tyson ; KING, Brittany King. Structural Intersectionality as a New Direction for Health Disparities Research. Journal of Health and Social Behavior 2021, Vol. 62(3) 350–370-American Sociological Association 2021. Disponível em <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00221465211032947?journalCode=hsbb>> Acesso em 24 Set.2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais** : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2021 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2021.Disponível em < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>> Acesso em 9 Out.2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Conheça o Brasil – População-cor ou raça. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua** Anual- PNADC/A. Disponível em <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>> Acesso em 15 Jan.2021.

MATTA, Gustavo, Corrêa; REGO, Sérgio; SOUTO, Ester; Paiva, and SEGATA, Jean., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. I. Disponível em < <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>> Acesso em 13 Out.2021.

MADE/USP.NASSIF-Pires,CARDOSO, Luiza, OLIVEIRA, MATOS ,Ana Luíza.2021. **Gênero e raça em evidência durante a pandemia no Brasil: o impacto do Auxílio Emergencial na pobreza e extrema pobreza.** (Nota de Política Econômica nº 010). MADE/USP. Disponível em < <https://madeusp.com.br/wp-content/uploads/2021/04/NPE-010-VF.pdf>> Acesso em 10 Out. 2021.

SOUZA, Pedro H,G, Ferreira. **A Pandemia de Covid-19 e a Desigualdade Racial de Renda. Boletim de Análise Político-Institucional** | n. 26 | Mar. 2021. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10519/1/BAPI_26_DesRacial.pdf> Acesso em Set.2021.

OLIVEIRA, Elda Márcia et.al. **Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana.** Interface (Botucatu). 2020;24: e.180736<https://doi.org/10.1590/Interface>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v24/1807-5762-icse-24-e180736.pdf>> Acesso em 10 jan.2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel do Coronavírus da OMS COVID-19).** (2021. Disponível em <<https://covid19.who.int/>> Acesso 26 out.21.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doença por (COVID-19)**.2020. Disponível <https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1> Acesso set.21.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE.2011. **Comissão de Determinantes Sociais em Saúde.** Relatório final. Disponível em <http://determinantes.saude.bvs.br/docs/Relatorio_Final_CDSS_OMS.pdf> Acesso em 22 nov. 2013.

OLIVEIRA, Elda Marcia.; et al. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana.2020. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/icse/a/YjPXdHKdRgCCHVxNpxwNPNv/?lang=pt>> Acesso em 12 Out 2021.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO-PUC. Centro Técnico Científico. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS). **Diferenças sociais: pretos e pardos morrem mais de COVID-19 do que brancos, segundo NT11 do NOIS.** 2020. Disponível em< <https://www.ctc.puc-rio.br/diferencas-sociais-confirmam-que-pretos-e-pardos-morrem-mais-de-covid-19-do-que-brancos-segundo-nt11-do-nois/>>Acesso em 12 Out.2021.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Ficha de vacinação COVID-19.** 2020. Disponível em < https://covid19.pjf.mg.gov.br/arquivos/formulario_para_vacinacao.pdf> Acesso em 29 Nov.2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde | Diretoria de Vigilância da Saúde (2020). Boletim epidemiológico. **Situação epidemiológica dos óbitos relacionados à covid-19, em Salvador,** Bahia, por uma dimensão racial e territorial. Disponível <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/suis/home/>> Acesso 02 Nov.2021.

REDE DE PESQUISA SOLIDÁRIA (2021). **Covid-19:Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade.** Disponível em < <https://redepesquisasolidaria.org/wp-content/uploads/2021/12/boletimpps-37-28nov2021-1.>> Acesso 28 Out.2021.

RIBEIRO, Djamilla. **Pequeno Manual Antirracista.** 1ª ed. São Paulo. Companhia das Letras.2019.

SAQUET, Marcos Aurélio, A. **Território:** a abordagem territorial e suas implicações nas dinâmicas do desenvolvimento. El territorio: el enfoque territorial y sus implicaciones en las dinámicas de desarrollo. IGepec, Toledo, v. 23, p. 25-39, 2019.Edição especial.

Disponível<<http://saber.unioeste.br/index.php/gepec/article/viewFile/22719/14380>> Acesso fev 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Nota Técnica – **Índice de Vulnerabilidade Epidêmica e a epidemia de COVID-19 no município de Salvador-Bahia.**2020.Disponível < sc.ufba.br/nota-tecnica-indice-de-vulnerabilidade-epidemic-a-a-epidemia-de-covid-19-no-municipio-de-salvador-bahia/> Acesso 4 nov 2021.

WILLIAMS, David. **Reducing racial inequalities in health: using what we already know to act.** PubMed.Gov. 2016. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30601726/>> Acesso em 25 nov.2020.

WILLIAMS, David; COLLINS, C. **Racial Residential Segregation: A Fundamental Cause of Racial Disparities in Health.** 2001. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.>