

Disparidade Étnico-racial e Mortalidade pela Covid-19: Estudo de Caso com duas Cidades de Médio Porte

Ethnic-racial Disparity and Mortality Due to Covid-19: Case Study of two Medium-sized Cities

*Diuster de Franceschi Gariboti*¹ 

*Flavio Manoel Rodrigues da Silva Júnior*² 

Palavras-chave:

Novo Coronavírus
Racismo
Mortalidade
Vulnerabilidade Social

Resumo

A disparidade étnico-racial é uma inquietante adversidade que se faz vigente no contexto atual da sociedade brasileira. Durante a pandemia do Novo Coronavírus, diferentes países do mundo apontaram a relação entre esta e outras vulnerabilidades socioeconômicas e a mortalidade pelo vírus. A presente pesquisa objetivou analisar e fundamentar como a disparidade étnico-racial se fez presente durante a pandemia da COVID-19 contextualizando a problemática a partir da análise em duas cidades de médio porte, localizadas no Rio Grande do Sul: Rio Grande-RS e Pelotas-RS. O artigo foi baseado no método de abordagem hipotético-dedutivo, com participação da técnica de pesquisa bibliográfica junto ao estudo de caso, em que foram estimadas as taxas de mortalidade geral da população e as estratificadas entre brancos, pretos e pardos, baseadas nos dados do Registro Civil de Óbitos das cidades referidas. Os resultados obtidos no presente estudo apontam taxas de mortalidade entre pretos superiores às taxas entre os brancos (aumento de 36% em Rio Grande e 46% em Pelotas), similares a resultados obtidos em outros estudos que investigaram metrópoles brasileiras. Nesse ínterim, os achados deste estudo ampliam a problemática da disparidade étnico-racial no contexto da pandemia da COVID-19, para além das grandes metrópoles brasileiras, e evidenciam um problema estrutural em cidades de médio porte.

Keywords:

New coronavirus
Racism
Mortality
Social vulnerability

Abstract

Ethnic-racial disparity is a disturbing adversity that is present in the current context of Brazilian society. During the New Coronavirus pandemic, different countries around the world pointed out the relationship between this and other socioeconomic vulnerabilities and mortality from the virus. This research aimed to analyze and substantiate how an ethnic-racial disparity was present during the COVID-19 pandemic, contextualizing the problem from the analysis of two medium-sized cities located in Rio Grande do Sul: Rio Grande, RS and Pelotas, RS. The article was based on the hypothetical-deductive approach method, with the use of the bibliographic research technique together with the case study, in which the general mortality rates of the population and the mortality stratified among whites, blacks and browns were estimated, based on data from the Civil Registry of Deaths in the cities mentioned. The results obtained in the present study show higher mortality rates among blacks than among whites (an increase of 36% in Rio Grande and 46% in Pelotas), similarly to results obtained in other studies that investigated Brazilian metropolises. In the meantime, the findings of this study expand the issue of ethnic-racial disparity in the context of the COVID-19 pandemic beyond the large Brazilian metropolises and highlight a structural problem in medium-sized cities.

¹ Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, RS, Brasil. garibotidiuster@gmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande, RS, Brasil. f.m.r.silvajunior@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Sars-Cov-2 é o agente etiológico da COVID-19, uma doença que desde 2020 tem trazido vastas consequências negativas ao redor do mundo. Em março de 2020, a doença que teve o seu início na cidade de Wuhan, na China, foi declarada como uma pandemia (CIOTTI, 2020). Os primeiros relatos apontavam um surto gripal local que, em um curto espaço de tempo, se espalhou para outros países asiáticos e, posteriormente, para os outros continentes do mundo (SAÚDE, 2020). Em um sentido conceitual, pandemia é uma situação em que ocorre, em uma grande proporção, o contágio de uma determinada doença por diferentes países e regiões (WHO, 2020).

O Brasil tem sido apontado como o país mais atingido pelo vírus da COVID-19 dentre os países da América do Sul e, no contexto mundial, o país fica atrás da Índia e dos Estados Unidos no quesito de maior número de mortes registradas (CARTAXO et al, 2021). Em meados de novembro de 2021, o Brasil ultrapassou a marca de 609 mil óbitos causados pela pandemia do Sars-Cov-2, de acordo com os dados divulgados no painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil, pelo Ministério da Saúde (2021).

As preocupações globais com esta pandemia têm sido relacionadas à letalidade do vírus em grupos vulneráveis, tais como idosos e pessoas com comorbidades prévias que incluem doenças crônicas não-transmissíveis, aliada à capacidade do vírus em promover a saturação dos sistemas de saúde em todo o mundo, culminando no colapso dos sistemas de saúde (SANTOS, 2021). Estudos prévios demonstraram a fragilidade do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento à pandemia da COVID-19, aliado à carência de articulação política e à vulnerabilidade social (DA SILVA et al, 2020).

Além disso, algumas condições pré-existent, tais como cidades com grande densidade populacional, dificuldades de moradia e mobilidade e desfechos relacionados à saúde (doenças endêmicas já estabelecidas e surtos gripais no período do inverno) 19 contribuem para promover a desordem e o caos no território nacional (SANTOS, 2021).

Em países fortemente caracterizados por imensas disparidades sociais, verifica-se que os impactos da pandemia do novo Coronavírus têm se expressado de modo ainda mais nítido. Um recente estudo conduzido por Albuquerque et al (2021) mostrou a disparidade geográfica da

dispersão do Sars-Cov-2, no território brasileiro, associada a indicadores socioeconômicos e territoriais, e ressaltam a necessidade de um olhar especial às populações mais vulneráveis. O estudo reportou que o número de casos confirmados foi maior nas principais capitais brasileiras e cidades com portos e grandes aeroportos, enquanto o alto número de mortes foi mais reportado em estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Pernambuco. Cabe salientar que estes números refletem o comportamento da primeira onda da doença no país.

No ambiente diverso ao qual o mundo vive atualmente, os jeitos de viver compreendem-se enviesados em função da enorme ausência de estabilidade socioeconômica expressada a partir da perda de empregos e, conseqüentemente, de salários; além da hipossuficiência financeira, de moradia, de infraestrutura e de acesso à saúde (ARAÚJO et al., 2020). Sendo assim, vê-se que todos esses pontos indicativos ressaltam os maiores índices de mortalidade dos povos que vivem no contexto da vulnerabilidade (ARAÚJO et al., 2020) - assim, subentende-se que os indivíduos pretos detêm esses efeitos mórbidos.

No enfrentamento ao vírus Sars-Cov-2, compreende-se como imprescindíveis alguns componentes para auxiliar as atuais lideranças no âmbito da saúde pública e humanitária, a fim de combater de modo eficiente esse surto viral. Assim, destaca-se a assimilação de ações que visam a prevenção do contágio, a mobilidade populacional e a atuação de maneira resiliente dos indivíduos e sistemas para enfrentar e superar a pandemia (ZHANG et al., 2020).

Ademais, ressalta-se, que a compreensão de grupos sociais em vulnerabilidade auxilia os agentes e autoridades de saúde a realizar as orientações em função de demandas específicas para estes grupos. Na perspectiva de que nesses espaços mencionados existe uma precariedade de moradias, de acesso à saúde e de infraestrutura - como exposto por Araújo et al. (2020).

Estudos em outras partes do mundo têm apontado que as taxas de mortalidade não são similares quando são comparados grupos de classes sociais e econômicas distintas (MENA et al., 2021), bem como grupos étnico-raciais (BRANDT et al., 2020). No Brasil, estes achados também já foram mencionados, mas abordados em termos de um cenário regional ou nacional (BAQUI et al., 2020), com dados iniciais da pandemia (OLIVEIRA et al., 2020), ou resultados obtidos para grandes metrópoles (MARINHO et al., 2020), com pouca ou

nenhuma atenção a municípios de pequeno e médio porte.

Este artigo aborda uma problemática discutida de maneira global abordando dois municípios brasileiros de médio porte, investigando a existência de disparidade étnico-racial considerando para isto, o número de óbitos relacionados à doença. A questão norteadora surge a partir da imprescindibilidade de compreender se, durante a pandemia, houveram expressas diferenças na taxa de mortalidade entre pretos e brancos. Assim, essa investigação notória tem por objetivo analisar e fundamentar como a disparidade étnico-racial se fez presente durante a pandemia da COVID-19 contextualizando a partir do cenário da comparação das taxas de mortalidade entre brancos, pretos e pardos, em dois municípios de médio porte do estado do Rio Grande do Sul: Rio Grande e Pelotas.

METODOLOGIA

População estudada

O estudo de caso foi conduzido com dados referentes às cidades de Pelotas e Rio Grande, ambas no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Pelotas é o 3º maior do estado e possui 343.132 habitantes e o município de Rio Grande possui 211.965 habitantes (IBGE 2021). Os números absolutos da população e desagregados por cor da pele (brancos, pretos e pardos), para o ano de 2020, foram usados a partir das estimativas populacionais do IBGE (população total), considerando os dados desagregados por cor da pele e a população total no censo de 2010, disponível no Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA, 2021). As faixas etárias utilizadas no estudo foram as disponibilizadas no IBGE e coerentes com as faixas etárias disponibilizadas sobre os dados de óbitos por COVID-19.

Dados sobre mortalidade por COVID-19

Os dados referentes ao número de mortes total e ao número de mortes por cor de pele (brancos, pretos e pardos) foram extraídos, no dia 31 de maio de 2021, da base de dados públicos sobre Registro Civil de Óbitos (RCO) (BRASIL, 2021). Em razão da emergência da pandemia da COVID-19, foi disponibilizada uma seção especial para disponibilização dos dados de

óbitos pela doença. As faixas etárias utilizadas no estudo foram as disponibilizadas no Registro Civil de Óbitos.

Cálculos das taxas de mortalidade (bruta e padronizada) por 100 mil habitantes.

A taxa de mortalidade bruta foi calculada a partir da equação abaixo:

$$TxBR = \frac{ni \text{ óbitos}}{pop i} \times 100.000 \text{ (equação 1)}$$

Onde:

TxBR é a taxa de mortalidade bruta;
nióbitos é o número total de óbitos na população em geral ou nos diferentes estratos por cor da pele;

pop_i é a população total ou em cada estrato populacional por cor da pele

A TxBR é uma medida que desconsidera diferenças no desfecho relacionadas à cor da pele. No entanto, é sabido que a COVID-19 é uma doença que afeta prioritariamente a população mais idosa e que o número de pretos e pardos nesta faixa etária é proporcionalmente menor que o número de brancos. Desta forma, é conveniente utilizar uma outra medida que leva em conta estas diferenças, chamada taxa de mortalidade padronizada (TxPR) por idade. Esta medida leva em conta a proporção de pessoas nos grupos etários correspondentes de uma população padrão (PÓLIS, 2021).

A taxa de mortalidade padronizada (TxPR) foi calculada com base na equação abaixo:

$$TxPr = \frac{TxBR_f \times PP_f}{100.000} \text{ (equação 2)}$$

Onde:

TxBR_f é a taxa de mortalidade bruta para uma determinada faixa etária;

PP_f é o número de habitantes da população padrão (para 100 mil habitantes) em uma determinada faixa etária.

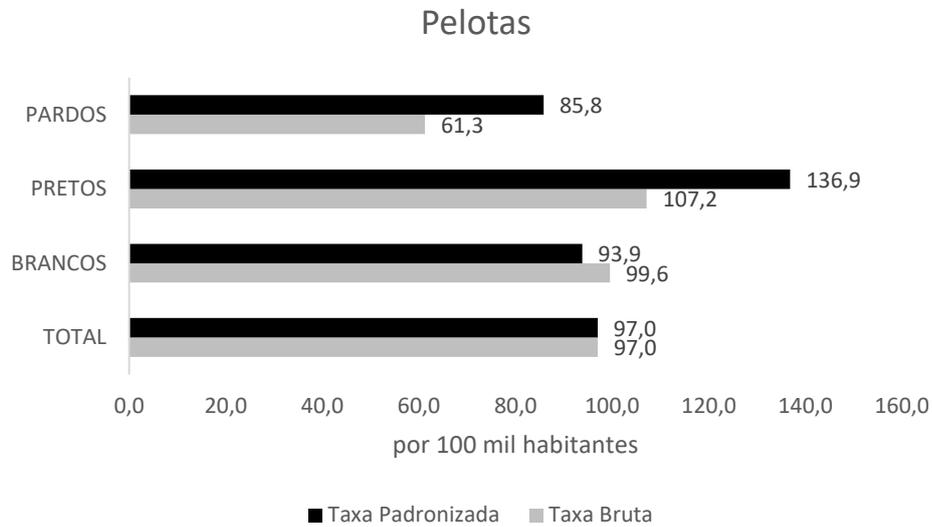
Estudo de Caso com duas Cidades Gaúchas de Médio Porte

As taxas de mortalidade pela COVID-19 (bruta e padronizada pela idade) dos municípios de Pelotas e Rio Grande, para o ano de 2020, estão apresentadas nas Figuras 1 e 2, respectivamente e foram elaboradas com base nas informações de óbitos e nos dados populacionais das duas cidades: Pelotas

(Tabelas 1 e 2) e Rio Grande (Tabelas 3 e 4). A taxa de mortalidade por COVID-19 para a população em geral foi de 97 mortes por 100 mil

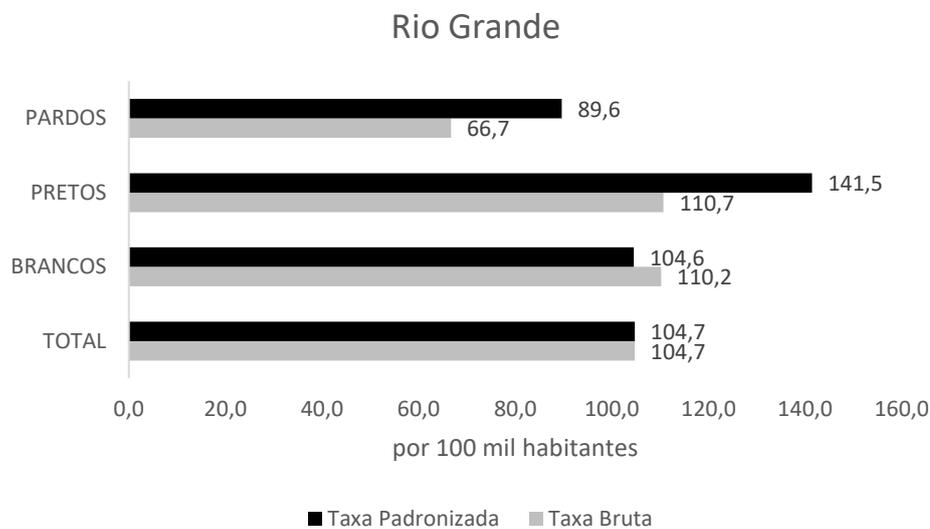
habitantes no município de Pelotas e 104,7 mortes por 100 mil habitantes no município de Rio Grande.

Figura 1 - Taxas de mortalidade por COVID-19 bruta e padronizada no município de Pelotas, no ano de 2020.



Fonte: os autores (2021).

Figura 2 - Taxas de mortalidade por COVID-19 bruta e padronizada no município de Rio Grande, no ano de 2020.



Fonte: os autores (2021).

Tabela 1 - Número de óbitos por COVID-19, no município de Pelotas-RS, no ano de 2020, por faixa etária, na população geral e desagregados pela cor da pele.

| Faixa etária | População geral | Brancos | Pretos | Pardos |
|-----------------|-----------------|---------|--------|--------|
| 0 a 9 anos | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 10 a 19 anos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 20 a 29 anos | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 30 a 39 anos | 9 | 6 | 2 | 1 |
| 40 a 49 anos | 19 | 13 | 5 | 1 |
| 50 a 59 anos | 40 | 30 | 9 | 0 |
| 60 a 69 anos | 81 | 69 | 8 | 4 |
| 70 ou mais anos | 179 | 154 | 15 | 10 |
| Total | 333 | 276 | 39 | 17 |

Fonte: extraído do ROC (BRASIL, 2021).

Tabela 2 - Estimativa da população geral, por faixa etária, cor da pele e população padronizada para 100 mil habitantes, do município de Pelotas-RS, para o ano de 2020.

| Faixa etária | População geral | Brancos | Pretos | Pardos | População padrão (100 mil habitantes) |
|-----------------|-----------------|---------|--------|--------|---------------------------------------|
| 0 a 9 anos | 41069 | 32013 | 4408 | 4462 | 11969 |
| 10 a 19 anos | 54860 | 41366 | 6988 | 6232 | 15988 |
| 20 a 29 anos | 57923 | 46373 | 6719 | 4549 | 16881 |
| 30 a 39 anos | 47764 | 38870 | 5262 | 3345 | 13920 |
| 40 a 49 anos | 47416 | 38771 | 4927 | 3557 | 13819 |
| 50 a 59 anos | 42052 | 35018 | 4023 | 2727 | 12255 |
| 60 a 69 anos | 28179 | 24046 | 2402 | 1603 | 8212 |
| 70 ou mais anos | 23868 | 20780 | 1662 | 1274 | 6956 |
| Total | 343132 | 277237 | 36391 | 27750 | 100000 |

Fonte: adaptado de IBGE (2021)

Tabela 3 - Número de óbitos por COVID-19, no município de Rio Grande-RS, no ano de 2020, por faixa etária, na população geral e desagregados pela cor da pele.

| Faixa etária | População geral | Brancos | Pretos | Pardos |
|-----------------|-----------------|---------|--------|--------|
| 0 a 9 anos | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 10 a 19 anos | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 20 a 29 anos | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 30 a 39 anos | 5 | 5 | 0 | 0 |
| 40 a 49 anos | 9 | 8 | 0 | 1 |
| 50 a 59 anos | 26 | 21 | 3 | 2 |
| 60 a 69 anos | 49 | 40 | 6 | 3 |
| 70 ou mais anos | 127 | 107 | 10 | 10 |
| Total | 222 | 186 | 20 | 16 |

Fonte: extraído do ROC (BRASIL, 2021).

Tabela 4 - Estimativa da população geral, por faixa etária, cor da pele e população padronizada para 100 mil habitantes do município de Rio Grande-RS para o ano de 2020.

| Faixa etária | População geral | Brancos | Pretos | Pardos | População padrão (100 mil habitantes) |
|-----------------|-----------------|---------|--------|--------|---------------------------------------|
| 0 a 9 anos | 27618 | 21239 | 2025 | 4217 | 13030 |
| 10 a 19 anos | 34808 | 26264 | 3507 | 4908 | 16422 |
| 20 a 29 anos | 35876 | 28701 | 3139 | 3768 | 16926 |
| 30 a 39 anos | 29828 | 23443 | 2951 | 3295 | 14072 |
| 40 a 49 anos | 28390 | 22763 | 2568 | 2899 | 13394 |
| 50 a 59 anos | 25995 | 21460 | 1982 | 2416 | 12264 |
| 60 a 69 anos | 15974 | 13439 | 1030 | 1407 | 7536 |
| 70 ou mais anos | 13476 | 11457 | 864 | 1081 | 6358 |
| Total | 211965 | 168766 | 18065 | 23991 | 100000 |

Fonte: adaptado de IBGE (2021).

O estudo reporta as taxas brutas de mortalidade relacionadas à COVID-19. No entanto, como mencionado anteriormente, a letalidade desta doença tem influência da idade (maior entre os mais velhos). Neste caso, a taxa de mortalidade padronizada pela idade é

considerada um melhor indicador de mortalidade para a COVID-19 (PÓLIS, 2020).

No município de Pelotas, a taxa de mortalidade padronizada, medida por 100 mil habitantes, foi de 93,9 entre brancos, 85,8 entre pardos e 136,9 entre os pretos. No município de Rio Grande, o perfil das taxas de mortalidade foi

similar e a taxa de mortalidade padronizada entre brancos foi de 104,6, 89,6 entre pardos e 141,5 mortes entre pretos. Estes achados mostram que a taxa de mortalidade entre pretos foi superior à de brancos nos dois municípios (aproximadamente 36% em Rio Grande e 46% em Pelotas).

DISCUSSÃO

Ao decorrer dos anos de 2020 e 2021, o Sars-Cov-2 vem se alastrando de maneira descontrolada pelo mundo todo e, com isso, retrata um grande contratempo para os sistemas de saúde de todos os países, com destaque para o sistema público de saúde brasileiro (SUS). Neste sentido, estudos científicos que visam identificar indivíduos ou grupos populacionais mais vulneráveis podem funcionar como boa ferramenta de gestão pelos sistemas de saúde. A partir disso, a realocação dos recursos financeiros para a formação e o fortalecimento de políticas públicas direcionadas às populações que se encontram em situação de vulnerabilidade - os quais são acometidos em maiores escalas pelo vírus pode ser uma estratégia para redução da mortalidade tanto esses grupos, quanto em outros, e propagar a equidade assistencialista.

Nesse âmbito, tem-se que os determinantes sociais relacionados à saúde são compreendidos como aspectos promotores e influenciadores na situação de saúde populacional e possui uma tendência multidimensional, de forma que é direcionada através de ideais econômicos, ambientais, biológicos, sociais, culturais e políticos (FERREIRA, 2020). No âmbito do presente estudo, determinantes sociais de saúde de diferentes níveis estão diretamente relacionados à disparidade étnico-racial, entre eles as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, nível educacional, acesso aos serviços de saúde, condições de moradia e estilo de vida. Em períodos epidêmicos, endêmicos ou pandêmicos (como aqui retratado) é imprescindível que esses determinantes relatados sejam percebidos, compreendidos e analisados, sobretudo em países retratados com imensa desigualdade social.

Os dados referentes ao estudo de caso aqui apresentado revelam aumento nas taxas de mortalidade entre pretos e pardos em comparação às taxas entre pessoas brancas, nos dois municípios investigados. Em diversos países do mundo, sobretudo nos Estados Unidos, autores têm relatado disparidades étnico-raciais

sobre desfechos relacionados à COVID-19. Wong et al (2021) reportaram maiores taxas de infecção e mortalidade em populações negras, hispânicas, havaianas nativas e asiáticas, enquanto o estudo conduzido por Kim et al (2021), em 3108 condados norte-americanos, apontou maiores taxas de casos e mortalidade entre negros e hispânicos, mas relatam que estas taxas foram flutuantes ao longo do tempo, decorrentes de influências sociais, culturais e políticas.

O número de estudos sobre esta temática em outras partes do mundo é bastante reduzido e limitado a curtos períodos de avaliação. Ainda assim, um estudo conduzido na Espanha, entre os primeiros meses da pandemia, em 2020, mostrou que o risco de contágio entre migrantes africanos, latino-americanos e caribenhos era superior ao risco entre espanhóis e migrantes de outras regiões do mundo (GUIJARRO et al, 2021). No Brasil, um estudo revelou aumento da taxa de mortalidade de quase 35% entre indígenas, durante os meses de abril a dezembro de 2020, enquanto o aumento entre não indígenas foi de 18,1%. O estudo de Martins-Filho et al (2021), fornecendo dados até agosto de 2020, mostrou risco aumentado em 1,5 vezes na mortalidade entre negros no Brasil em relação a brancos.

Nessa perspectiva, evidencia-se que, como inferido por Laurens Holmes Jr. et al. (2020), de acordo com a historicidade, os grupos populacionais minoritários possuem drásticos desenlaces quando se trata de morbimortalidade, seja qual for a epidemia/endemia/pandemia. Nesse ínterim, impõe-se que, em momentos pandêmicos anteriores, o aspecto da mortalidade gerou prejuízos em grande escala, principalmente, às populações em condições de vulnerabilidade - com destaque para as minorias étnico-raciais (NIEDZWIEDZ et al, 2020).

Observa-se, então, que essa disparidade racial tem relação com aspectos das precárias situações socioeconômicas e de acessibilidade assistencial. Esta condição propicia que povos negros e comunidades subalternizadas tenham desfechos mais desfavoráveis em comparação com indivíduos brancos (FERREIRA, 2020). Ainda, Ferreira (2020) aponta que o racismo promove e mantém uma ligação com a mortalidade pela COVID-19, em função dos ideais indicativos das disparidades étnicas na mortalidade em diversos países, da dificuldade de acessibilidade aos serviços públicos de saúde e a preponderância de comorbidades que agravam a doença.

Nesse âmbito, Santos et al. (2020) reportam que a população negra é precisamente lesada a partir das formas privatizadas sociais, como as educacionais, empregatícias, econômicas, de habitação e de saneamento básico. De acordo com isso, como previsto por Batista (2004), as estatísticas de mortalidade, incapacidade, acesso aos meios assistencialistas, atenção qualitativa, aspectos ambientais e qualidade/condição digna de vida são dados relevantes, informativos e quantitativos para a promoção de indicadores de saúde.

Desse modo, em crises sanitárias, como a do novo Coronavírus, é necessário expor que estas situações podem impedir os indivíduos em vulnerabilidade social alcancem os recursos necessários para prevenção e promoção à saúde durante essas emergências, como divulgado por Centers for Disease Control and Prevention (2020).

O estudo de Oliveira et al. (2020) analisou o cenário nacional da pandemia do novo coronavírus, junto aos dados estatísticos exprimidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e IBGE e as pesquisadoras relataram que, no decorrer desses últimos anos, houve uma elevação dos indicadores de desigualdade, afetando em grande escala a população negra. De modo que, no município do Rio de Janeiro - em 2018, 30,5% das pessoas negras (pretas e pardas) residiam em favelas, contra 14,3% de pessoas brancas.

Além disso, sabe-se que os pretos são a maior parte da população que reside em localidades com ausência de adequada infraestrutura de saneamento básico, sendo que os pretos se compreendem entre 42,8% da população, em relação a 26,5% de brancos, que não possuem esgotamento sanitário (OLIVEIRA et al, 2020). Vê-se, também, que a disparidade é certa ao analisarmos que “32,9% dos negros compõem a parcela de brasileiros que vivem com até USD 5,50 por dia”. (OLIVEIRA et al, 2020, p. 5).

Ademais, é compreensível que a concentração de pessoas dentro de um determinado domicílio, simultaneamente, nessas populações, seja elevada, o que impede que sejam cumpridas as recomendações de distanciamento social indicadas pelos órgãos de saúde - em situações de casos positivos de COVID-19. É possível que muitos desses indivíduos residentes nessas regiões vulneráveis trabalhem na linha de frente da pandemia, situação na qual, aliada à “precariedade habitacional e a sobrecarga do trabalho doméstico ampliam a probabilidade de contágio no domicílio e o adoecimento”. (OLIVEIRA et al., 2020, p. 5).

Em razão disso, preconiza-se que para que a crise/tragédia da COVID-19 seja enfrentada, torna-se necessário que as desigualdades em destaque sejam enfrentadas. Assim, não é esperado que avanços significativos em minimizar as disparidades étnico-raciais no âmbito da saúde sejam alcançados “sem uma base científica sólida e sem iniciativas amplas, sustentáveis e longitudinais que contemplem os indicadores sociais, políticos e econômicos”. (ARAÚJO et al., 2020, p. 17).

Por fim, entende-se que é imprescindível adentrar, dar foco e prosseguir nas reparações das deformidades contidas no meio social. Com isso, priorizar-se-á os determinantes sociais em saúde, com o intuito de afastar as possíveis novas problemáticas imprevistas que rondam o mundo/Brasil, como a atual, as quais propiciam enormes danos aos indivíduos, predominantemente às populações negras (FERDINAND et al, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, como em outros países do mundo, as taxas de mortalidade por COVID-19 não foram equânimes entre diferentes grupos étnico-raciais. O estudo de caso conduzido com duas cidades de médio porte do Rio Grande do Sul revelou que a taxa de mortalidade entre negros foi pelo menos um terço maior que entre brancos, considerando o ano de 2020 (36% maior em Rio Grande e 46% em Pelotas). Estes dados refletem o cenário das primeiras fases da pandemia, ainda sem a disponibilidade de vacinas e reforçamos a necessidade de que pesquisas como esta tragam informações de outros estágios da pandemia. Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de priorização de políticas públicas destinadas a grupos mais vulneráveis e que os sistemas de saúde precisam estar aptos ao acolhimento necessário nesta e em outras emergências sanitárias.

FINANCIAMENTO

Este estudo foi parcialmente financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsa de Produtividade em Pesquisa – Processo 310856/2020-5.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. D. G. et al. Influence of socio-economic indicators and territorial networks at the spatiotemporal spread dynamics of Covid-19 in Brazil. **Sociedade & Natureza**, 2021 <https://doi.org/10.14393/SN-v33-2021-59688>
- ARAÚJO, E. M. et al. Covid-19 - Morbimortalidade pela COVID-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, 2020. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1318>
- BAQUI, P. et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **The Lancet Global Health**, v. 08, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0)
- BATISTA, L. E. et al. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630-6, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500003>
- BRANDT, E. B. et al. Air pollution, racial disparities, and COVID-19 mortality. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 146, p. 61-63, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2020.04.035>
- BRASIL. **Portal da Transparência: Especial COVID-19**. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>. Acesso: Maio 31, 2021.
- CARTAXO, A. N. S. et al. The exposure risk to COVID-19 in most affected countries: A vulnerability assessment model. **PLOS ONES**, 2021. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3687379>
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Introduction to COVID-19 Racial and Ethnic Health Disparities**. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/racial-ethnic-disparities/>. Acesso: Agosto 10, 2021.
- CIOTTI, M. et al. The COVID-19 pandemic. **Critical reviews in clinical laboratory sciences**, p. 365-388, 2020. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
- DA SILVA, M. H. A. et al. A fragilidade do sistema de saúde brasileiro e a vulnerabilidade social diante da COVID-19. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10724>
- FERDINAND, K. C. et al. African-American COVID-19 Mortality: A Sentinel Event. **J Am Coll Cardiol [Internet]**, v. 75, p. 2746-2748, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.040>
- FERREIRA, R. B. S. Vítimas preferenciais do COVID-19 em diferentes países segundo raça/cor. **Revista Cubana de Enfermería**. 2020.
- GUIJARRO, C. et al. Riesgo de COVID-19 en españoles y migrantes de distintas zonas del mundo residentes en España en la primera oleada de la enfermedad. **Revista Clínica Española**, v. 221, p. 264-273, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.006>
- HOLMES, L. Jr. et al. Black-White Risk Differentials in COVID-19 (SARS-COV2) Transmission, Mortality and Case Fatality in the United States: Translational Epidemiologic Perspective and Challenges. **Int J Environ Res Public Health [Internet]**, v. 17(12), 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124322>
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso: Junho 23, 2021.
- KIM, H. et al. Temporal transition of racial/ethnic disparities in COVID-19 outcomes in 3108 counties of the United States: three phases from January to December, 2020. **Science of The Total Environment**, v. 791, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.148167>
- MARINHO, F. et al. Disparidades raciais no excesso de mortalidade em tempos de Covid-19 em São Paulo. **Informativo Desigualdades raciais e Covid-19**, AFRO-CEBRAP, n. 08, p. 1-13, 2021.
- MARTINS-FILHO, P. R. et al. Racial Disparities in COVID-19-related Deaths in Brazil: Black Lives Matter? **Journal of Epidemiology**, v. 31, 2021. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200589>
- MENA, G. E. et al. Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile. **Science**. 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.01.12.21249682>
- NIEDZWIEDZ, C. L. et al. Ethnic and socioeconomic differences in SARS-CoV-2 infection: prospective cohort study using UK Biobank. **BMC Med [Internet]**, n. 160, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01640-8>
- OLIVEIRA, R. G. et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36(9), 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150120>

POLIS. **Raça e COVID no município de São Paulo**. Instituto Pólis. 2020. Disponível em: <https://polis.org.br/estudos/raca-e-covid-no-mps>. Acesso: Maio 31, 2021.

SANTOS, M. P. A. et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34(99), 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>

SANTOS, T. B. S. et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 4, p. 1407-1418, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.43472020>

SAÚDE - Ministério da Saúde: Direção Nacional da Saúde. **Covid-19: Plano Nacional de Contingência**. 2020. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.br/index.php/documentos/coronavirus-covid-19/528-plano-nacional-de-contingencia/file>. Acesso: Junho 23, 2021.

SAÚDE - Ministério da Saúde. **“O que é a covid-19: sobre a doença”**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#como-se-protger>. Acesso: Junho 23, 2021.

SAÚDE - Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde**. Atualizado em 07/11/2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso: Novembro 08, 2021.

SIDRA - Sistema IBGE de Recuperação Automática. **Censo Demográfico 2010**. IBGE. 2021. Disponível em:

<https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>.

Acesso: Junho 01, 2021.

WHO - World Health Organization. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: Julho 07, 2021.

WONG, M. S. et al. Time Trends in Racial/Ethnic Differences in COVID-19 Infection and Mortality. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 18(9), 4848, 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094848>

ZHANG, S. et al. Estimation of the reproductive number of novel coronavirus (COVID-19) and the probable outbreak size on the Diamond Princess cruise ship: A data-driven analysis. **International Journal Infect Disease**. v. 93, p. 201-204, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.033>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Flavio Manoel Rodrigues da Silva Júnior gerenciou o projeto, realizou a análise formal, conceituou e fez a curadoria dos dados. Diuster de Franceschi Gariboti fez a primeira redação e escreveu o artigo. Flavio Manoel Rodrigues da Silva Júnior revisou, editou, investigou, realizou a metodologia e obteve financiamento. Todos os autores redigiram e aprovaram o texto final do manuscrito.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.