

Racismo e impactos da COVID-19 na população da cidade de São Paulo¹

Vitor Coelho Nisida

Arquiteto urbanista, mestre em Habitat pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP) e pesquisador do Instituto Pólis.

E-mail: vitor@polis.org.br.

Lara Aguiar Cavalcante

Graduanda de Arquitetura e Urbanismo pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo e estagiária pesquisadora do Instituto Pólis.

E-mail: lara.cavalcante@polis.org.br.

Resumo: Os dados sobre óbitos por COVID-19 apontam para uma maior mortalidade de pessoas negras, mostrando que a pandemia opera como mais um fator agravante na reprodução das desigualdades e das condições sociais impostas à população negra. Este artigo tem como objetivo contribuir para o debate sobre a pandemia de coronavírus, através da comparação entre as taxas de mortalidade da população negra e da população branca, pela chave das iniquidades raciais estruturantes em nossa sociedade. As diferentes mortalidades também foram observadas e analisadas nos diferentes distritos administrativos que compõem o Município de São Paulo, propondo leituras que marcam as diferenças espaciais e sociais através do critério raça/cor e território.

Palavras-chave: COVID-19. Pandemia. Racismo. Desigualdades. São Paulo.

Sumário: 1 Introdução – 2 Ajustando a régua – 3 Gênero e raça da pandemia – 4 As mortalidades no território – 5 Avançando nas leituras – 6 Invisibilização contínua – Referências.

1 Introdução

Falar sobre COVID-19 é, de certa forma, quase um pretexto para falar sobre nós mesmos. Discutir os impactos da pandemia, provocada pela infecção do vírus SARS-CoV-2, tornou-se um mote para discutir as desigualdades estruturantes em nossa sociedade. Esse debate poderia até ser feito pela perspectiva de qualquer outra doença epidêmica como dengue ou zika vírus, mas o novo coronavírus escancarou o problema, seja por sua urgência em escala global, seja pelo medo de um “inimigo” ainda muito pouco conhecido.

¹ Este artigo foi baseado em estudo desenvolvido pelo Instituto Pólis e contou com a consultoria de Jorge Kayano, médico sanitário e pesquisador da instituição.

Os estudos e debates sobre a pandemia da COVID-19 vão muito além das análises descritivas, e buscam contribuir com as estratégias de combate e contenção da infecção, reconhecendo quem são e onde vivem as pessoas mais vulneráveis à doença e a seus impactos. É inegável que as análises da pandemia de COVID-19, embora abordem aspectos epidemiológicos sobre o vírus e sobre o contágio, também sejam leituras sobre quem somos e, em última instância, sobre os abismos sociais que nos definem – a ponto de determinarem quem tem mais e quem tem menos chances de viver.

Os dados sobre a atual pandemia têm demonstrado que o coronavírus mata mais as pessoas negras. O agravante não tem relação com causas genéticas, mas com determinantes sociais: fatores estruturantes externos ao organismo que produzem iniquidades à saúde de um indivíduo ou de um grupo.² Cada novo estudo que traz números atualizados sobre o impacto da COVID-19 choca, mas não surpreende tanto. Em um país como o Brasil, fundado em um projeto racista de desenvolvimento nacional,³ as estruturas sociais operam na reprodução das desigualdades e das condições de desvantagem impostas à população negra. Isto se repete no acesso à saúde e nas condições gerais de vida: “(...) o racismo é um determinante social da saúde, pois expõe mulheres negras e homens negros a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte”.⁴

Entretanto, os dados que buscam descrever os impactos desiguais da epidemia do coronavírus enfrentam os desafios da falta de transparência, da inconsistência e, principalmente, do alto índice de subnotificação de informações essenciais. Um dos indicadores utilizados é a taxa de letalidade que extrai a razão entre o número de óbitos e o número de internações⁵ por COVID-19. Quanto maior o resultado final, maior a proporção de pessoas mortas em relação ao total daquelas que precisaram de cuidados hospitalares. Em outras palavras, quanto maior o número final, mais trágico é o quadro.

Segundo estudo do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS)⁶ da PUC-Rio, que utilizou números do Ministério da Saúde, a taxa de letalidade de pacientes pretos e pardos (que correspondem à população negra) no Brasil é de

² WERNECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. *Saúde Soc.*, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. p. 540.

³ ALMEIDA, Silvío. *Racismo Estrutural*. 1. ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

⁴ GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

⁵ Somente os casos com desfecho (ou “casos encerrados”), que contabilizam pacientes que se recuperaram e receberam alta e pacientes que morreram por Covid-19. Casos em aberto, com a hospitalização ainda em curso, não são computados pela metodologia deste indicador.

⁶ As taxas foram calculadas a partir do banco de dados que totalizava, no Brasil, 29.993 internações de “casos encerrados” por COVID-19 notificadas ao DataSUS todo até 18 de maio (data de consolidação da base utilizada pela pesquisa do NOIS/PUC-Rio).

54,8%, enquanto a mesma taxa entre pacientes brancos é de 37,9%. Os dados nacionais mostram, ainda, que a letalidade entre a população negra também é maior do que a da população branca, em todas as faixas etárias e todos os níveis de escolaridade considerados pelo estudo.⁷ A situação desfavorável da população negra é nítida e preocupante.

Entretanto, por mais que esses números apontem para uma clara desvantagem da população preta e parda em relação às pessoas brancas, é fundamental levar em consideração a subnotificação do campo raça/cor e sua importância para afirmações estatísticas mais seguras. 35,6% dos casos de COVID-19 com desfecho considerados pelo estudo (até 18.05.2020) estavam sem preenchimento ou marcavam o campo raça/cor como “ignorado”. Portanto, mais de um terço dos casos encerrados não continham informação que pudesse identificar raça ou etnia dos pacientes. Essa ausência de dados é preocupante não apenas sob o ponto de vista da tabulação inadequada das informações sobre infectados por SARS-CoV-2, mas também porque compromete as análises que buscam descrever a realidade da pandemia a partir de indicadores racializados.

A inclusão do campo raça/cor, assim como a publicação de relatórios sistematizando essa informação, é obrigatória e de competência das esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2017, quando foi publicada a Portaria nº 344 pelo Ministério da Saúde. Apesar dessa determinação no âmbito federal, “(...) o quesito raça/cor não foi elegível para análise de situação epidemiológica da COVID-19 nos primeiros boletins epidemiológicos, ainda que constasse nas fichas de notificação para Síndrome Gripal e para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)”.⁸

Essa situação só foi revertida a partir da segunda semana de abril de 2020 por ação da sociedade civil: movimentos negros, entidades de classe e associações científicas reivindicaram a obrigatoriedade do campo raça/cor em formulários de pacientes da COVID-19.⁹ Não fosse essa ação coordenada, o quadro, que já é grave dada a subnotificação daquela informação, seria ainda pior com a inexistência do campo e a total impossibilidade de seu preenchimento.

É importante situar essa análise em um debate mais amplo e estrutural. A inexistência inicial de campos que identificassem a raça, cor ou etnia de pacientes, assim com o alto grau de subnotificação dessa informação não são somente

⁷ NOIS. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde. *Nota Técnica 11*. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil. PUC-Rio, Rio de Janeiro, 27 maio 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkklvkyd0/view>. Acesso em: 16 out. 2020.

⁸ SANTOS, Márcia Pereira Alves dos *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. av.*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020.

⁹ ARAÚJO, Edna; CALDWELL, Kia. Por que a Covid-19 é mais mortal para a população negra? *ABRASCO GT Racismo e Saúde*, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/07/20/por-qu...rtal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kia-caldwell/>. Acesso em: 16 out. 2020.

consequências da falta de orientação no preenchimento de fichas ou da ausência de coordenação na tabulação de dados. Não se trata de uma lacuna burocrática do sistema de saúde, como se ele fosse incapaz de preencher todas as informações importantes para orientar ações estratégicas e políticas públicas. Essa constante invisibilidade opera, na realidade, como uma das vertentes do racismo estrutural dentro de instituições e de práticas profissionais que desconsideram a importância de identificar grupos mais vulneráveis pela sua raça, cor da pele ou etnia.

Impossibilitar ou dificultar as leituras racializadas da pandemia faz parte de uma política eugênica de extermínio e limpeza social.¹⁰ A ocultação de dados que têm potencial de descrever uma realidade racialmente muito discrepante é uma forma de distorcer essa mesma realidade, mascarando, por exemplo, o fato de que a mortalidade entre pessoas negras é maior. Isso inviabiliza a elaboração de respostas estratégicas mais adequadas ao enfrentamento dos efeitos desiguais da pandemia. O pressuposto, neste cenário de desinformação e subnotificação, é que “algumas vidas valem mais do que outras”,¹¹ e aquelas que valem menos não compensam os esforços para a redução da mortalidade.

O problema não é exclusividade dos dados nacionais e se repete em outras bases. No Município de São Paulo (MSP), a subnotificação do campo raça/cor representava 37,5% das internações por SRAG¹² (causadas por COVID-19 ou outros agentes) até 31.07.20.¹³ O uso das taxas de letalidade pelo critério raça/cor na capital paulista é questionável não apenas pela notória lacuna estatística desse campo em relação às internações, mas também por sugerir uma aparente desvantagem da população branca em relação às pessoas negras, o que seria contraditório ou, no mínimo, contraintuitivo quando comparadas às taxas nacionais. De acordo com o banco da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo,¹⁴ a taxa de letalidade de pessoas brancas na capital paulista seria de 40,1%, enquanto a de pessoas negras seria de 32,6%.

¹⁰ BENTO, Cida. Eugenia e coronavírus. *Folha de S.Paulo*, 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/cida-bento/2020/06/eugenia-e-coronavirus.shtml>. Acesso em: 16 out. 2020.

¹¹ BENTO, Cida. Eugenia e coronavírus. *Folha de S.Paulo*, 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/cida-bento/2020/06/eugenia-e-coronavirus.shtml>. Acesso em: 16 out. 2020.

¹² A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é um quadro clínico cujo conjunto de sintomas aferem a infecção por SARS-CoV-2 mesmo quando não há testagem para confirmação do diagnóstico. Apenas SRAG causada por outros vírus como o da influenza não é contabilizada como suspeita de coronavírus.

¹³ Doenças e agravos de notificação compulsória. TabNet-DataSUS, disponível em: <http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/RSRAG/sragh.def>. Acesso em: 16 out. 2020.

¹⁴ Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM/PRO-AIM/CEInfo – SMS/SP. TabNet-DataSUS. Disponível em: http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM_PROV/obitop.def. Acesso em: 16 out. 2020.

2 Ajustando a régua

Para analisar o impacto da pandemia em diferentes grupos demográficos, como brancos e negros, uma das estratégias de contornar as consequências da subnotificação de raça/cor nas taxas de letalidade seria o cálculo das taxas de mortalidade, que consideram, em seu denominador, a população total de cada grupo. Desta forma, a confiabilidade do indicador só varia de acordo com o grau de subnotificação da informação raça/cor nos números de óbitos, independentemente do número de internações. No MSP, apenas 3,5% das mortes não registraram esse campo de interesse, o que aumenta significativamente a confiança nas taxas de mortalidade que se pretende calcular. Entretanto, também este indicador precisa ser analisado com cautela (antes mesmo do cálculo), uma vez que a infecção do novo coronavírus tem efeitos muito distintos nas diferentes faixas etárias, sendo muito mais agressivos em idosos, sobretudo em pessoas com 60 anos ou mais.

A taxa de mortalidade bruta da população do MSP é de 133,4 óbitos por 100 mil habitantes.¹⁵ Entre a população branca, é de 134 mortes (para cada 100 mil habitantes brancos), e entre a população negra é de 121 óbitos (para 100 mil habitantes pretos e pardos). Uma análise superficial desses indicadores poderia concluir que a epidemia teria maior gravidade nas pessoas brancas, já que morrem menos pessoas pretas e pardas a cada 100 mil habitantes. A taxa de mortalidade bruta, entretanto, desconsidera que brancos e negros são grupos populacionais com perfis etários muito diferentes, o que prejudica a comparação direta, já que a infecção por SARS-CoV-2 afeta mais as pessoas mais idosas.

Considerando que a população negra na cidade de São Paulo é relativamente mais jovem do que a população branca, é fundamental que as taxas de mortalidade sejam devidamente ponderadas de acordo com a composição etária de cada um desses grupos raciais. O perfil mais envelhecido da população branca pode resultar em taxas de mortalidade brutas mais elevadas – como aquelas observadas anteriormente – não pelo fato de este grupo ser mais afetado pelas consequências da epidemia, mas porque se trata de uma população proporcionalmente mais idosa. A população branca concentra mais pessoas do grupo de risco – com 60 anos ou mais – que, portanto, estão sujeitas aos efeitos mais graves da COVID-19. No sentido inverso, a taxa de mortalidade bruta da população negra pode mascarar o real impacto da infecção, pelo fato de ela ser relativamente mais jovem.

¹⁵ Cálculo referente até a data de 31.07.20.

As taxas de mortalidade, portanto, precisam ser ponderadas e analisadas sob a ótica de alguns questionamentos. O perfil mais jovem da população negra poderia esconder o impacto real da epidemia sobre ela? Se a população negra é mais jovem e, por esse motivo, é razoável esperar que haja menos mortes entre pessoas pretas e pardas (se comparadas a pessoas brancas), os registros de óbitos de pessoas negras confirmam essa expectativa?

Para explorar possíveis respostas e construir leituras mais representativas da realidade desigual que a epidemia não apenas revela, mas também agrava, é imprescindível a *padronização* das taxas de mortalidade. A padronização é utilizada na epidemiologia para permitir a comparação entre diferentes grupos demográficos diante de eventos como, por exemplo, uma epidemia viral que tem efeitos diversos dependendo do perfil etário da população atingida.

O processo de padronização parte do cálculo da taxa de mortalidade para cada faixa etária de uma determinada população. Neste procedimento, segmentamos as populações negra e branca de cinco em cinco anos e calculamos a mortalidade para cada um desses segmentos.

A segunda etapa consiste na adoção de uma “população padrão” que deve refletir o perfil etário geral de uma determinada população. Neste caso, adotamos como padrão a população do próprio MSP, o que permite uma comparação mais adequada dos grupos de pessoas brancas e negras desta mesma população.

TABELA 1

Faixas etárias/População	0 a 4 Anos	5 a 9 Anos	10 a 14 Anos	15 a 19 Anos	20 a 24 Anos	25 a 29 Anos	30 a 34 Anos	35 a 39 Anos	40 a 44 Anos	45 a 49 Anos	50 a 54 Anos	55 a 59 Anos	60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 Anos e Mais	Total
População do Município de São Paulo (2020)	768.844	803.328	682.355	750.345	898.803	881.006	983.082	1.027.565	955.037	833.183	754.688	678.138	594.097	468.480	340.908	449.801	11.869.660
% do total	6,477%	6,768%	5,749%	6,322%	7,572%	7,422%	8,282%	8,657%	8,046%	7,019%	6,358%	5,713%	5,005%	3,947%	2,872%	3,790%	100%
População padrão do Município de São Paulo	6.477	6.768	5.749	6.322	7.572	7.422	8.282	8.657	8.046	7.019	6.358	5.713	5.005	3.947	2.872	3.790	100.000

Estimativa da população do Município de São Paulo para 2020. Fundação Seade.
Elaboração: Instituto Polis

Através de uma regra de três simples, pode-se calcular as taxas de mortalidade esperadas para cada faixa etária desta “população padrão”¹⁶ utilizando os números de óbitos já conhecidos para cada uma dessas faixas no MSP. O resultado deste procedimento é um coeficiente para cada faixa etária da população padrão adotada. A somatória simples desses coeficientes por idade resulta na “taxa de mortalidade padronizada”. A somatória dos coeficientes por idade de pessoas brancas resulta na taxa padronizada da população branca, assim como a somatória dos coeficientes de pessoas negras resulta na taxa padronizada da população negra.

¹⁶ Nesta etapa, cabe certa arbitrariedade na definição da população padrão. No caso de estudos que visem a comparar populações de países diferentes, um europeu e outro latino-americano, por exemplo, o ideal é adotar a população padrão mundial definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A padronização indica quais seriam as taxas de mortalidade das populações branca e negra caso as suas composições etárias fossem iguais à da cidade como um todo, permitindo a comparação que não se deve fazer com as taxas brutas. Utilizando os dados sobre óbitos até o dia 31 de julho de 2020 e os procedimentos descritos acima, a “taxa de mortalidade padronizada” de pessoas brancas da cidade cai para 115 óbitos a cada 100 mil habitantes, e a de pessoas negras sobe para 172 mortes a cada 100 mil. A padronização, portanto, mostra uma inversão das taxas de mortalidade brutas, revelando uma diferença de 57 pontos percentuais de negros em relação a brancos, mostrando que, na realidade, o impacto desigual da epidemia vem se revelando mais favorável a pessoas de raça/cor branca.

A taxa padronizada de pretos e pardos (172 mortes/100 mil hab.) indica que, no Município de São Paulo, seriam esperados um total de 4.091 óbitos entre pessoas negras, caso suas condições de vida e sua pirâmide etária fossem iguais às da cidade como um todo.¹⁷ Entretanto, foram registrados 5.312 mortes de pessoas pretas e pardas até 31 de julho:¹⁸ uma *sobremortalidade* de 1.221 vítimas ou 29,8% além do que se esperaria. A mesma padronização aponta que seriam esperados 11.110 óbitos de pessoas brancas até a mesma data, sendo que foram registradas 9.616 mortes de pessoas dessa raça/cor: 1.494 pessoas ou 13,4% a menos.

Embora mais jovem, a população negra é proporcionalmente mais afetada pela epidemia. Em outras palavras, o fato de ter um perfil etário mais jovem do que o da população branca não garante uma proteção contra a COVID-19. A padronização mostra que, justamente por ser mais jovem, o número de óbitos esperados entre pessoas pretas e pardas deveria ser significativamente menor do que o observado pelos registros oficiais – ela tem, portanto, maior risco.

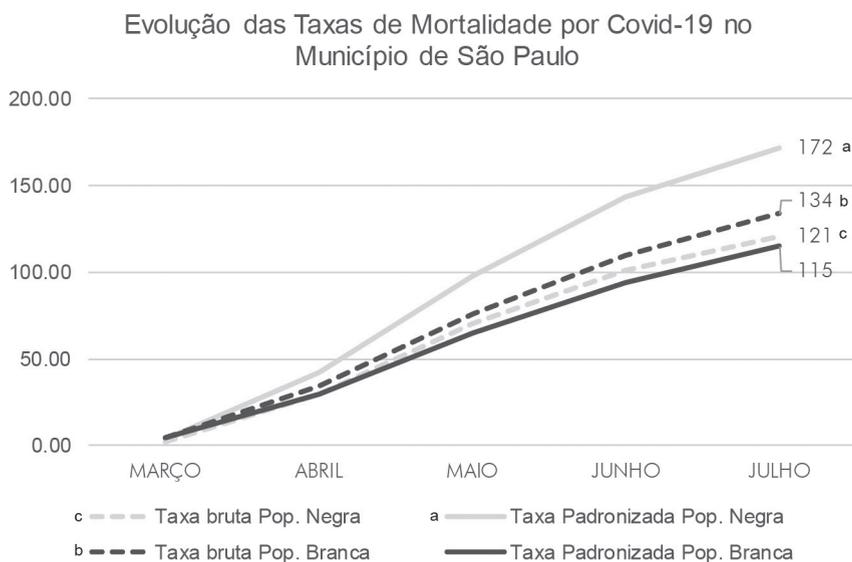
Esse dado global para o Município de São Paulo revela que existe uma clara iniquidade racial diante dos efeitos da epidemia, uma vez que morrem mais pessoas negras do que seria esperado. Vale marcar e reforçar que estamos falando dos “efeitos da pandemia”, os quais não dizem respeito à infecção em si ou ao comportamento do vírus em diferentes indivíduos ou diferentes organismos. O indicador aponta diferenças sociais, isto é, diferenças de como cada grupo analisado (brancos e negros) consegue responder à epidemia, o que, envolve outros fatores como acesso à saúde, possibilidade de isolamento e outras variáveis que indicam maior ou menor vulnerabilidade socioeconômica.

¹⁷ Para efeitos deste estudo que compara negros e brancos, não estão sendo consideradas as declarações “amarela” e “indígena”, que também compõem esse total demográfico da cidade.

¹⁸ Os dados demográficos são a estimativa atualizada pela Fundação SEADE para 2020.

A figura a seguir mostra a evolução da mortalidade por raça/cor. Entre os meses de março e julho, as taxas acumuladas aumentaram nos dois grupos, porém em ritmos diferentes. A taxa de mortalidade padronizada da população negra teve crescimento mais acelerado e se distanciou da taxa de mortalidade padronizada entre brancos. O comportamento diferente revela que o impacto da epidemia tem sido muito diferente entre os dois grupos demográficos, evidenciando as condições muito mais desfavoráveis de enfrentamento à COVID-19 da população negra.

GRÁFICO 1



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde | SMS-SP, dados consolidados em 06/08/2020, data de referência: 31/07/2020.

Elaboração: Instituto Pólis

Quando comparada às curvas das taxas brutas, a representação gráfica das taxas padronizadas exemplifica como a leitura a partir do indicador não padronizado induziria a uma conclusão equivocada.

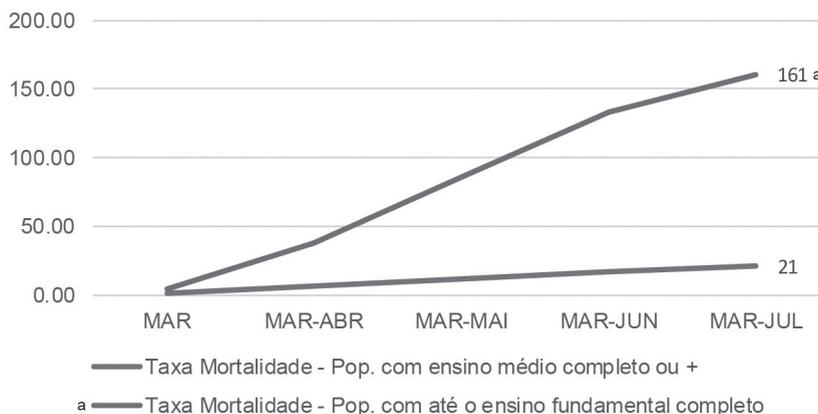
No mesmo período, a taxa de mortalidade entre grupos demográficos com maior e menor escolaridade também mostra comportamentos muito contrastantes. A taxa de mortalidade de pessoas com 25 anos ou mais que tinham pelo menos o ensino médio completo se manteve em 21 mortes/100 mil habitantes, variando pouco nos cinco meses avaliados. Já a taxa entre pessoas de 25 anos ou mais que tinham até o ensino fundamental completo¹⁹ o crescimento foi muito

¹⁹ Para analisar a quantidade de óbitos pelo recorte da escolaridade, selecionamos dois grupos: pessoas com mais de 25 anos, com até o ensino fundamental completo e pessoas com mais de 25 anos, com

acentuado, chegando à taxa de 161 mortes por 100 mil habitantes. Um dos resultados da baixa escolaridade é um maior índice de informalidade e, por consequência, um menor padrão remuneratório. Segundo o IBGE²⁰, 46,9% da população negra estava inserida em trabalhos informais no ano de 2018. Além de vínculos precários ou inexistentes, a informalidade impõe, ao trabalhador e à trabalhadora, a necessidade de sair mais de casa para garantir seu rendimento, o que aumenta o grau de exposição a infecções, sobretudo neste contexto de pandemia.

GRÁFICO 2

Evolução das taxas de mortalidade, por escolaridade e população acima de 25 anos



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde | SMS-SP, dados consolidados em 06/08/2020, data de referência: 31/07/2020.

Elaboração: Instituto Pólis

3 Gênero e raça da pandemia

Os dados do mesmo período recortados por gênero além de raça/cor também apresentam discrepâncias entre os diferentes grupos demográficos. Ao padronizar as taxas, considerando a população padrão do MSP, observamos um

pelo menos o ensino médio completo. A escolaridade foi determinada pelos anos de estudo de cada pessoa, de zero até 11, consideramos pessoas com até ensino fundamental completo. Acima de 12 anos, consideramos o ensino médio completo. A taxa calculada não é padronizada pela população de São Paulo, como nas análises anteriores, já que a população de referência é a própria população municipal.

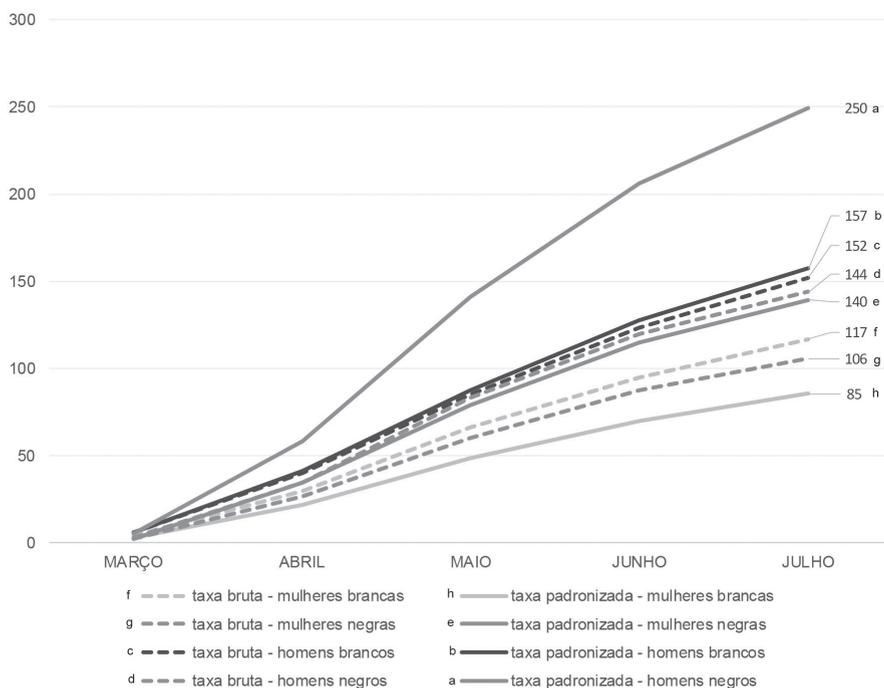
²⁰ MAZAVIERO, Maria Carolina; MARAFIGO, Aline. Como morrem os pobres: coronavírus afeta populações de forma desigual e perversa. *Carta Capital*, 08 set. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/br-cidades/como-morrem-os-pobres-coronavirus-afeta-populacoes-de-forma-desigual-e-perversa/>. Acesso em: 10 set. 20.

aumento da mortalidade de homens negros e mulheres negras, reproduzindo as análises anteriores.

Após a padronização, a taxa de mortalidade de homens negros subiu para 250 óbitos por 100 mil, sendo que a diferença entre óbitos observados e esperados registrou uma sobremortalidade de 1.424 mortes, ou 88% a mais. Para as mulheres negras, a taxa é de 140 óbitos por 100 mil e uma sobremortalidade de 72 (3,2%).

GRÁFICO 3

Evolução das taxas de mortalidade no MSP



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde | SMS-SP, dados consolidados em 06/08/2020, data de referência: 31/07/2020.

Elaboração: Instituto Pólis

A mortalidade maior entre os homens é esperada: alguns estudos relacionam essa expectativa a uma série de fatores que combinam maior incidência de comorbidades entre homens, maior nível de exposição à infecção (em determinados contextos), comportamentos de risco, respostas imunológicas diferenciadas e até o menor hábito de recorrer a cuidados de saúde – de forma preventiva ou não.²¹

²¹ BERMUDI, Patricia Marque Moralejo *et al.* Spatiotemporal dynamic of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: shifting the high risk from the best to the worst socio-economic conditions. *In: arXiv* (arXiv:2008.02322), Cornell University, 05 ago. 2020.

Contudo, nenhuma dessas hipóteses consegue sustentar a enorme diferença observada entre homens negros e mulheres brancas. Os 165 pontos percentuais que separam as taxas de mortalidade desses dois grupos têm origem em determinantes sociais que aumentam a exposição da população negra que, notadamente, tem um acesso mais precário aos serviços de saúde.

O critério raça/cor parece ser determinante também entre as mulheres. A taxa de mortalidade de mulheres brancas é de 85 óbitos por 100 mil, e o número de óbitos observados é 34,6% inferior ao esperado. Elas estão 55 pontos percentuais abaixo das mulheres negras, que, além de registrarem sobremortalidade (maior risco), apresentam uma taxa padronizada próxima a de homens brancos.

Os desdobramentos da pandemia da COVID-19 numa sociedade estruturada pelo racismo penaliza grupos vulneráveis, especialmente entre pessoas negras, está diretamente relacionado à policrise sanitária, social, política, econômica, moral, crise na globalização e os fluxos migratórios etc.²²

64,4% dos domicílios chefiados por mães solo negras sobrevivem com até R\$420 mensais, que definem a linha de pobreza segundo a Síntese de Indicadores Sociais do IBGE de 2018²³. Este dado é apenas um exemplo da situação de vulnerabilidade que caracteriza parte deste grupo.

A falta de entendimento das diferenças e diferenciais raciais/étnicos, da opressão de gênero e do racismo na manutenção, recuperação e perda da saúde em uma sociedade classista provoca “espanto” quando se menciona a saúde da mulher negra. A despeito dos diferentes referenciais, os dados evidenciam que as mulheres negras vivem em piores condições de vida e saúde.²⁴

4 As mortalidades no território

Para dar seguimento às análises, foi realizada a padronização indireta²⁵ para cada um dos 96 distritos administrativos do MSP, considerando as populações

²² SANTOS, Márcia Pereira Alves dos *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. av.*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020. p. 230.

²³ MAZAVIERO, Maria Carolina; MARAFIGO, Aline. Como morrem os pobres: coronavírus afeta populações de forma desigual e perversa. *Carta Capital*, 08 set. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/br-cidades/como-morrem-os-pobres-coronavirus-afeta-populacoes-de-forma-desigual-e-perversa/>. Acesso em: 10 set. 20.

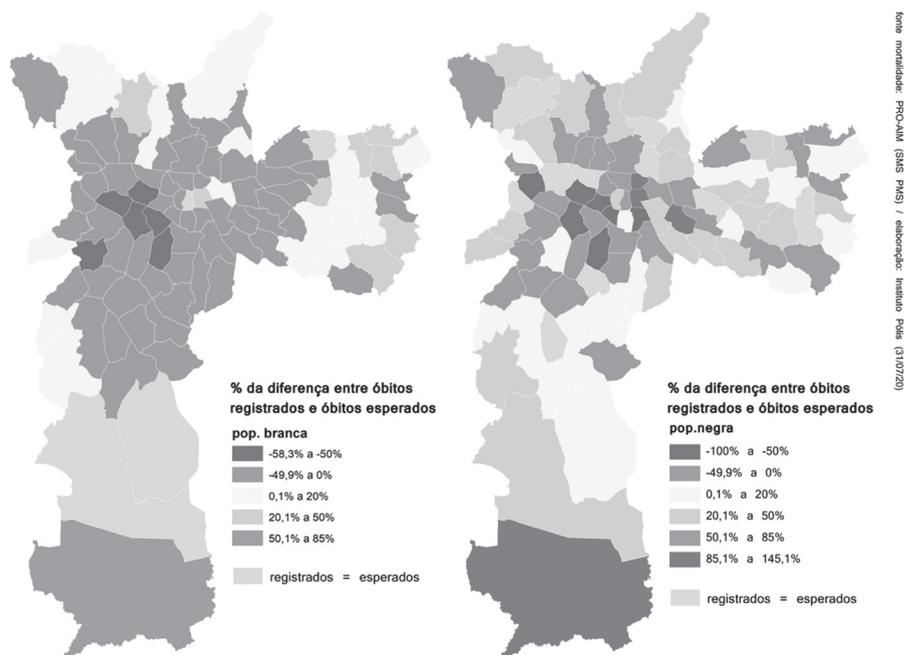
²⁴ MARTINS, Alaerte. Mortalidade das mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 22, v. 11, p. 2473-2479, nov. 2006. p. 2.474.

²⁵ A padronização indireta é usada quando não se conhece as faixas etárias dos grupos de população branca e negra em cada distrito e mostra o número esperado de mortes, se cada uma dessas unidades administrativas tivesse o mesmo perfil etário do município como um todo.

branca e negra. O objetivo é explorar o padrão espacial da mortalidade por COVID-19, possibilitando visualizar a diferença entre óbitos registrados e óbitos esperados (por raça/cor) em cada distrito da capital paulista. Quando a diferença é negativa, indica que morreram menos pessoas do que o esperado (tendo como referência a cidade como um todo) e, quando positiva, aponta que as mortes registradas ultrapassaram o número esperado para determinado distrito – excesso de mortes, ou sobremortalidade. O método ajuda a explorar as nuances da iniquidade racial observada na cidade, podendo indicar causas e comportamentos heterogêneos no território da cidade.

MAPA 1

Distritos administrativos do Município de São Paulo: diferença entre óbitos registrados e óbitos esperados (população negra e branca)



Nos distritos onde ocorreram menos mortes do que o esperado de pessoas brancas, observamos uma diferença total de 2.279 óbitos a menos (que correspondem 23,7% do total de mortes para essa população). Nos distritos em que morreram menos pessoas negras do que se espera pela padronização, foram computados 100 óbitos a menos (1,9%), uma parcela bem menos expressiva em relação ao total de mortes na população negra.

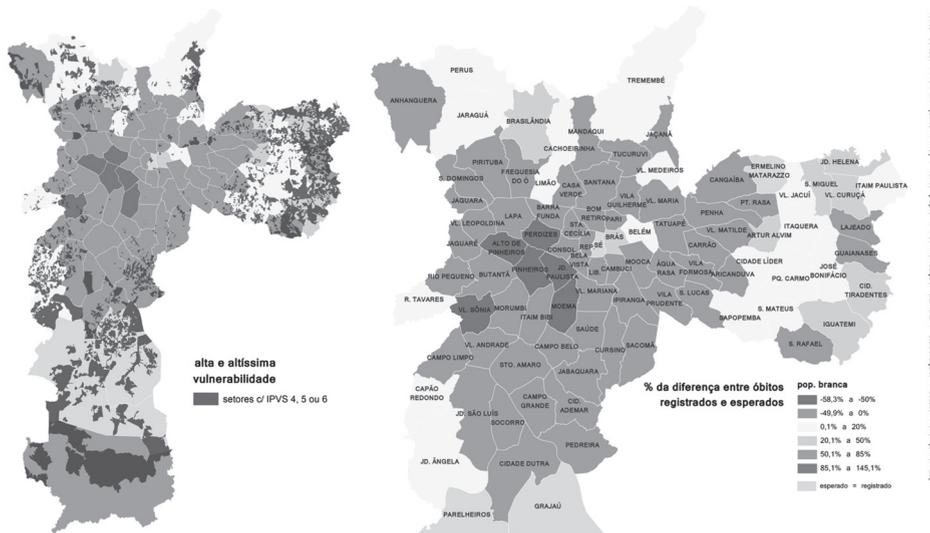
Os dados globais do Município de SP apontam que os óbitos da população branca são menores do que os esperados. Contudo, a padronização por distrito

indica que a constatação não é válida para todo o território municipal, revelando diferenças significativas entre algumas regiões.

Há 27 distritos na capital (28% do total) onde as mortes de pessoas de raça/cor branca por COVID-19 superaram o número esperado. Na zona leste, Lajeado (53,4%), Guaianases (52,1%), Iguatemi (40,2%), Cidade Tiradentes (37,2%), Vila Curuçá (32,1%) apresentaram as cinco maiores diferenças. Na zona norte, as maiores diferenças foram observadas na Brasilândia (34,8%), Cachoeirinha (19,7%) e Perus (14,9%). Na zona sul, as diferenças percentuais dos distritos que se destacaram são bem menores: Capão Redondo (9,7%) e Jd. Ângela (5,1%).

MAPA 2

Índice Paulista de Vulnerabilidade Social: alta e altíssima vulnerabilidade



A sobreposição dos indicadores ao Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, de 2010,²⁶ mostra que distritos com áreas de maior vulnerabilidade também são áreas onde as mortes pela infecção de SARS-CoV-2 de pessoas brancas superam as esperadas. Entretanto a correlação não é absoluta, já que há distritos com áreas de alta vulnerabilidade e que registraram menos mortes.

²⁶ O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) usa um conjunto de indicadores socioeconômicos extraídos do Censo 2010 (IBGE) para determinar o grau de vulnerabilidade social em cada setor censitário. O IPVS é elaborado pela Fundação SEADE (2010) e considera variáveis de renda, sexo e idade das pessoas responsáveis pelo domicílio, além da porcentagem de crianças de 0 a 5 anos.

Observamos também que a organização comunitária combinada com ações solidárias locais podem conter a mortalidade por COVID-19 em áreas de alta vulnerabilidade, como demonstrado pela comunidade de Paraisópolis, localizada no distrito de Vila Andrade.

Outros distritos como Jaguara, Anhanguera, Campo Limpo e Pedreira, apresentam indicadores de mortalidade da população negra melhores, mas representam realidades que reforçariam a importância de novos estudos territorializados.

5 Avançando nas leituras

Leituras territoriais generalizantes que buscam variáveis com grande força explicativa, geralmente, deparam-se com dificuldades de compreensão e descrição adequada de fenômenos complexos como a atual pandemia. Por esta razão, uma das premissas destas análises é romper com qualquer compromisso em explicar as observações feitas a partir de um ou outro fator isolado. É de se esperar que se identifiquem elementos que se aplicam à realidade de alguns distritos, mas que não valem para outros.

Estamos diante de um fenômeno extremamente complexo cuja origem está em uma doença sobre a qual ainda se sabe muito pouco – apesar dos avanços expressivos nestes últimos meses. Seria um equívoco esperar que a territorialização da mortalidade por distrito desse conta de análises mais detalhadas. Ainda assim é um recurso válido que, dentro das suas limitações, ajuda a complexificar (com novos aportes) algumas leituras feitas para o município como um todo e possibilita a identificação de hipóteses.

Também é muito importante esclarecer que o nível de agregação territorial dos dados não é o ideal. Por mais que os distritos organizem o território municipal em 96 áreas, essas subdivisões não são suficientes para observar e descrever dinâmicas espaciais de forma mais apropriada. Em geral, a visualização por distritos trata de forma homogênea territórios muito diversos e heterogêneos, impedindo derivações mais detalhadas e adequadas à escala dos fenômenos observados.

Um exemplo é o estudo do LabCidade e Instituto Pólis.²⁷ A pesquisa apontou a correlação entre a concentração de casos de COVID-19 no MSP²⁸ e as localidades onde, segundo a Pesquisa Origem-Destino,²⁹ há uma concentração de domicílios que são origem das viagens a trabalho que não puderam ser suspensas

²⁷ MARINO, Aluizio; KLINTOWITZ, Danielle; BRITO, Gisele; ROLNIK, Raquel; SANTORO, Paula; MENDONÇA, Pedro. Circulação para trabalho explica concentração de casos de COVID-19. *Instituto Pólis*, 30 jun. 2020. Disponível em: <https://polis.org.br/noticias/circulacao-para-trabalho-inclusive-servicos-essenciais-explica-concentracao-de-casos-de-covid-19/>. Acesso em: 16 out. 2020.

²⁸ Hospitalizações que tenham terminado em óbito ou não.

²⁹ Pesquisa Origem-Destino, realizada pelo Metrô de SP em 2017.

durante a epidemia – sobretudo pela impossibilidade de realizar teletrabalho. Além de correlacionar pacientes de COVID-19 e pessoas cujo isolamento em casa é impossibilitado, ou cuja circulação pela cidade é imperativa, o estudo também sugeriu que a não há relação evidente entre territórios populares precários e/ou informais, (como favelas) e áreas com maiores concentrações de casos. Essas leituras só foram possíveis, porque o Ministério da Saúde havia publicado um banco de dados em que constava o CEP dos pacientes hospitalizados até o dia 18 de maio. Isso permitiu a visualização da epidemia com um nível de detalhamento muito mais preciso do que permitem os dados agregados apenas por distrito.

A impossibilidade de isolamento dentro de casa implica maior exposição aos riscos de contágio no caso de trabalhadores dos chamados serviços essenciais (que não pararam durante a quarentena) e no caso de quem não pode migrar para o trabalho remoto (o chamado *home office*). A pesquisa PNAD COVID-19, do IBGE, caracterizou o perfil desses trabalhadores que podem fazer o teletrabalho e se proteger mais. Apenas 11,1% dos trabalhadores em atividade no mês de maio puderam fazer *home office*. Escolaridade, raça/cor e tipo de ocupação são preponderantes e dizem muito sobre quem está mais ou menos exposto ao novo coronavírus. 50% das pessoas com pós-graduação migraram para o trabalho remoto enquanto apenas 1,7% dos trabalhadores com Ensino Médio incompleto podem fazer o mesmo. Entre pessoas brancas, 18,4% puderam trabalhar de casa, proporcionalmente mais que o dobro de pretos (8,9%) e pardos (8,8%).³⁰

As condições de trabalho e padrão de circulação e mobilidade na cidade se mostraram determinantes para grupos de baixa renda, baixa escolaridade e raça/cor preta ou parda. O inquérito epidemiológico,³¹ que monitora a epidemia de COVID-19 na população paulistana, mostrou que a soroprevalência³² de Sars-CoV-2 é de 22,0% nos setores mais pobres; 2,3 vezes maior que em setores de alta renda (9,4%). A população preta e parda apresenta uma taxa de prevalência de 20,8% contra 15,4% de pessoas brancas.

6 Invisibilização contínua

A discussão sobre o racismo estrutural e a precarização do acesso à saúde não é nova, mas continua sem o devido reconhecimento no debate público, e

³⁰ SOUZA, Caroline Souza; ZANLORENSSI, Gabriel. O home office no Brasil durante a pandemia de covid-19. *Nexo*, 16 jul. 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/grafico/2020/07/16/O-home-office-no-Brasil-durante-a-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 16 out. 2020.

³¹ Monitoramento COVID-19. Disponível em: <https://www.monitoramentocovid19.org>. Acesso em: 16 out. 2020.

³² A taxa de soroprevalência diz respeito à quantidade de pessoas que tiveram contato com o vírus, tendo adoecido ou não.

precisa ganhar maior amplitude para que o enfrentamento da pandemia (desta e das próximas) seja corretamente agenciado, tanto em São Paulo como no Brasil. Quando existentes,

os dados epidemiológicos desagregados segundo raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras e negros de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência. Eles indicam, também, a insuficiência ou ineficiência das respostas oferecidas para eliminar o gap e contribuir para a redução das vulnerabilidades e para melhores condições de vida da população negra.³³

A análise não se restringe aos efeitos da epidemia (ressalta-se que o trecho citado foi formulado muito antes do novo coronavírus), mas ajuda a entender como a COVID-19 agrava as iniquidades apontadas. A composição etária mais jovem entre pessoas negras também é consequência do peso que o racismo estrutural exerce sobre o sistema de saúde: doenças cardiovasculares, diabetes, acompanhamento precário de gestantes e mortalidade infantil acima da média são alguns dos fatores que reduzem a expectativa de vida e se espelham na pirâmide etária mais jovem da população negra.

Por mais de uma década, ativistas negras (os) e pesquisadores em saúde pública vêm apontando que o racismo institucional cria resultados para a saúde da população negra brasileira. A população negra experimenta taxas mais altas de doenças crônicas como diabetes, pressão alta, problemas respiratórios e renais devido à insegurança alimentar, acesso inadequado a medicamentos e prescrições.³⁴

O acesso aos serviços de saúde e as condições geradoras de vida na cidade são fatores determinantes na evolução da COVID-19 e, portanto, para o maior ou menor risco de óbito. A padronização da taxa de mortalidade, por sua vez, mostra que os óbitos entre pessoas pretas e pardas são proporcionalmente maiores, exatamente porque as condições de resposta ao Sars-CoV-2 dessa população são mais precárias e desiguais.

Este estudo sugere, portanto, que fatores raça/cor são determinantes à desigualdade de acesso à saúde, que, por sua vez, interfere nas consequências da

³³ WERNECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. *Saúde Soc.*, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. p. 540.

³⁴ ARAÚJO, Edna; CALDWELL, Kia. Por que a Covid-19 é mais mortal para a população negra? *ABRASCO GT Racismo e Saúde*, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/07/20/por-que...rtal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kia-caldwell/>. Acesso em: 16 out. 2020.

infecção por Sars-CoV-2 em cada um dos grupos populacionais. O dito “rejuvenescimento das vítimas de COVID-19” no Brasil, em comparação com outros países assolados pelo coronavírus, pode estar ligado ao *enegrecimento* da pandemia entre nós.

Os dados sobre prevalência do vírus na população periférica, onde se concentram a população negra e de baixa escolaridade mostram que estes grupos estão mais expostos à infecção, enquanto os coeficientes padronizados de mortalidade por raça/cor mostram que também as pessoas negras são as que, proporcionalmente, mais morrem no Município de SP. Se é verdade que a doença afeta mais pessoas idosas, constatar que a população preta e parda é mais atingida porque jovens estão morrendo mais do que deveriam é um sinal claro da desigualdade e do grave problema de maior exposição ao coronavírus, piores condições de vida e acesso ao sistema de saúde. *O rejuvenescimento dos óbitos tem cor* na cidade.

A negligência em relação à atenção básica do Sistema Único de Saúde pode explicar parte da situação observada. O sistema montado pelo SUS já reconhece a heterogeneidade territorial nas cidades e está presente com uma capilaridade muito maior do que a rede privada, que é mais seletiva e concentrada. O estabelecimento da rede básica – distribuída em UBSs – que funciona como a porta de entrada ao sistema único, garante que mesmo territórios sem infraestrutura hospitalar ofereçam acesso à saúde. Uma das figuras principais das UBSs e da atenção básica são os agentes comunitários de saúde, profissionais que atuam diretamente com a população tratando as especificidades dos territórios e comunidades que estão inseridos. No entanto, neste momento da pandemia, a rede de atenção básica de saúde está relegada, esquecida,³⁵ realizando suas atividades por teleatendimento, o que dificulta muito o acompanhamento dos pacientes, e principalmente, impede a quebra da cadeia de transmissão do vírus.

Ademais, diante do aumento não mitigado da Covid-19, o sistema de saúde precarizado e subfinanciado não dá conta de diagnosticar e tratar todos os casos devido à escassez de pessoal treinado, privação de materiais e equipamentos para diagnóstico, terapêutica eficaz e infraestrutura construída. As baixas taxas de testagem para Covid-19 no Brasil já sinalizam um cenário desafiador para um controle efetivo da infecção.³⁶

³⁵ LOTTA, Gabriela et al. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, v. 396, 08 ago. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31521-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31521-X.pdf). Acesso em: 10 ago. 2020.

³⁶ SANTOS, Márcia Pereira Alves dos et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. av.*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020. p. 237.

O debate público concentrou fogo na ocupação de leitos e na ampliação de vagas de UTI, que viraram estratégia única de combate à crise, esquecendo da possibilidade e da necessidade de contar com os agentes de saúde para prevenção, rápida identificação dos que adoecem, triagem dos contatos, busca ativa, acompanhamento precoce e próximo das famílias mais vulneráveis e isolamento adequado dos infectados identificados. Diante deste cenário, é necessário recordar o dado de que parte expressiva da população brasileira que depende do SUS é preta ou parda.³⁷ Negligenciar o SUS, a atenção básica e o trabalho dos agentes comunitários³⁸ é negligenciar a população negra. A pandemia agrava ainda mais as condições de desvantagens da população negra, que já acumula condições adversas de saúde, apresentando “maior prevalência de doenças crônicas e negligenciadas (...) resultado da maior vulnerabilidade social e econômica na qual ela está exposta e do menor acesso aos serviços de saúde”.³⁹

Aliado a isto, o racismo também condiciona a adoção de medidas preventivas para Covid-19, considerando que o distanciamento social, a principal medida elencada pela Organização Mundial de Saúde, não é um privilégio de todos, em especial no Brasil, onde negros e negras representam a maioria dos trabalhadores informais, de serviço doméstico, comercial, da alimentação, transporte, armazenamento e correio, que se mantiveram ativos, mesmo durante a pandemia.⁴⁰

A saúde é uma condição socialmente produzida. Ignorar determinantes sociais como raça, cor ou etnia é também negar o direito à saúde a cidadãos e cidadãs mais vulneráveis, impedindo que tomadas de decisões e políticas públicas considerem as graves iniquidades observadas em nossa sociedade.⁴¹ Os óbitos por coronavírus somam-se a um rol de tantas outras causas evitáveis⁴² de morte que atingem mais a população negra.

³⁷ QUASE 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra. *Crônicas do dia a dia*, 20 nov, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/31eHr1m>. Acesso em: 16 out. 2020.

³⁸ EL SERIO riesgo que enfrentan los trabajadores comunitarios de salud. *Reporte Epidemiológico de Córdoba (REC Argentina)*, REC 2.359, 28 ago. 2020. Disponível em: <http://www.reporteepidemiologico.com/wp-content/uploads/2020/08/REC-2359.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

³⁹ GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. p. 3

⁴⁰ GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. p. 4

⁴¹ BATISTA, Luís Eduardo. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 33, sup. 1, e00090516, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00090516. p. 74.

⁴² NEGROS têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU. *Canal Saúde Fiocruz*, 01 fev. 2018. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu-2018-02-01>. Acesso em: 16 out. 2020.

No momento em que as taxas de mortalidade começaram a aumentar em determinadas regiões mais do que em outras, impactando cada vez mais a população negra, o processo de reabertura se iniciou. A adesão ao isolamento que se desgastou ao longo do tempo, somada aos processos de flexibilização e reabertura econômica na cidade, acompanharam o aumento da diferença entre as taxas de mortalidade da população negra e branca.

As dificuldades de descrever essa realidade social e racialmente tão desigual derivam da precariedade de dados e da subnotificação de informações, que são também expressão do racismo. A invisibilização de grupos vulneráveis não é a única consequência desse processo, porque também se invisibilizam as relações de poder e condições de privilégio. A dificuldade de enxergar como negros e negras são mais impactados pela pandemia é também uma forma de ocultar como a branquitude está em um lugar de privilégio – a ponto de ter mais vidas poupadas. A invisibilização não deixa de ser um subterfúgio que, de maneira tácita, reduz a responsabilização coletiva (sobretudo da branquitude) de rever os pactos sociais vigentes, que definem quem vive e quem morre.

Se as taxas padronizadas mostram que morrem mais negros e negras comparativamente a brancos e brancas, é fundamental entender como as condições gerais de vida (renda, trabalho, moradia, mobilidade), para além do acesso à saúde, interferem nos riscos de infecção e no desenvolvimento da doença com maior gravidade, incluindo casos que terminam em óbito. As ações de combate à pandemia que se propõem a encarar as desigualdades e o racismo estrutural deveriam buscar a redução das mortes até que não houvesse a diferença observada entre as taxas de brancos e negros. Reduzir a taxa de mortalidade da população negra é reduzir os efeitos da pandemia na cidade como um todo.

Racism and COVID-19 impact on the population of São Paulo (Brazil)

Abstract: Public database indicates that black people's mortality is higher than any other demographic group, proving that COVID-19 pandemic reinforces social inequalities. This article compares mortality rates, within black and white people, debating its correlations to structural and racial inequities in the city of São Paulo (Brazil). Mortality rates were also mapped, so the different numbers could be observed within São Paulo's administrative districts and analyzed according to race/skin color criteria in territory.

Keywords: COVID-19. Pandemic. Racism. Inequities. São Paulo.

Referências

ALMEIDA, Silvio. *Racismo Estrutural*. 1. ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

ARAÚJO, Edna; CALDWELL, Kia. Por que a Covid-19 é mais mortal para a população negra? *ABRASCO GT Racismo e Saúde*, 20 jul. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2020/07/20/por-qu...rtal-para-a-populacao-negra-artigo-de-edna-araujo-e-kiacaldwell/>. Acesso em: 16 out. 2020.

BATISTA, Luís Eduardo. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 33, sup. 1, e00090516, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00090516.

BATISTA, Luís Eduardo. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005.

BENTO, Cida. Eugenia e coronavírus. *Folha de S.Paulo*, 24 jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/cida-bento/2020/06/eugenia-e-coronavirus.shtml>. Acesso em: 16 out. 2020.

BENTO, Cida. Cida Bento reflete sobre a branquitude e o impacto do racismo na crise do coronavírus. Entrevista ao CEERT, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://ceert.org.br/noticias/direitos-humanos/26651/cida-bento-reflete-sobre-a-branquitude-e-o-impacto-do-racismo-na-crise-do-coronavirus>. Acesso em: 16 out. 2020.

BERMUDI, Patricia Marque Moralejo *et al.* Spatiotemporal dynamic of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: shifting the high risk from the best to the worst socio-economic conditions. *In: arXiv (arXiv:2008.02322)*, Cornell University, 05 ago. 2020.

EL SERIO riesgo que enfrentan los trabajadores comunitarios de salud. *Reporte Epidemiológico de Córdoba (REC Argentina)*, REC 2.359, 28 ago. 2020. Disponível em: <http://www.reporteepidemiologico.com/wp-content/uploads/2020/08/REC-2359.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

GOES, Emanuelle Freitas; RAMOS, Dandara de Oliveira; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

LOTTA, Gabriela *et al.* Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, v. 396, 08 ago. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31521-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31521-X.pdf). Acesso em: 10 ago. 2020.

MARINO, Aluizio; KLINTOWITZ, Danielle; BRITO, Gisele; ROLNIK, Raquel; SANTORO, Paula; MENDONÇA, Pedro. Circulação para trabalho explica concentração de casos de COVID-19. *Instituto Pólis*, 30 jun. 2020. Disponível em: <https://polis.org.br/noticias/circulacao-para-trabalho-inclusive-servicos-essenciais-explica-concentracao-de-casos-de-covid-19/>. Acesso em: 16 out. 2020.

MARTINS, Alaerte. Mortalidade das mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 22, v. 11, p. 2473-2479, nov. 2006.

MAZAVIERO, Maria Carolina; MARAFIGO, Aline. Como morrem os pobres: coronavírus afeta populações de forma desigual e perversa. *Carta Capital*, 08 set. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/br-cidades/como-morrem-os-pobres-coronavirus-afeta-populacoes-de-forma-desigual-e-perversa/>. Acesso em: 10 set. 20.

NEGROS têm maior incidência de problemas de saúde evitáveis no Brasil, alerta ONU. *Canal Saúde Fiocruz*, 01 fev. 2018. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/negros-tem-maior-incidencia-de-problemas-de-saude-evitaveis-no-brasil-alerta-onu-2018-02-01>. Acesso em: 16 out. 2020.

NOIS. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde. *Nota Técnica 11*. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil. PUC-Rio, Rio de Janeiro, 27 maio 2020. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV4OPnLRFMMY47JIXZgzkkvkyd0/view>. Acesso em: 16 out. 2020.

QUASE 80% da população brasileira que depende do SUS se autodeclara negra. *Crônicas do dia a dia*, 20 nov, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/31eHr1m>. Acesso em: 16 out. 2020.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estud. av.*, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020.

SoroEPI MSP. Inquéritos soroepidemiológicos seriados para monitorar a prevalência da infecção por SARS-CoV-2 no Município de São Paulo, SP, Brasil. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.monitoramentocovid19.org>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SOUZA, Caroline Souza; ZANLORENSSI, Gabriel. O home office no Brasil durante a pandemia de covid-19. *Nexo*, 16 jul. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2020/07/16/O-home-office-no-Brasil-durante-a-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 16 out. 2020.

WERNECK, Jurema. *Racismo institucional e saúde da população negra*. *Saúde Soc.*, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

NISIDA, Vitor Coelho; CAVALCANTE, Lara Aguiar. Racismo e impactos da COVID-19 na população da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Direito Urbanístico – RBDU*, Belo Horizonte, ano 6, n. 10, p. 151-172, jan./jun. 2020.
