

COVID-19 E IDOSOS NO BRASIL: UM OLHAR SOB A PERSPECTIVA DA RAÇA/COR DA PELE

COVID-19 AND THE ELDERLY IN BRAZIL: A LOOK FROM THE PERSPECTIVE OF RACE/SKIN COLOR

Roudom Ferreira Moura¹

<http://orcid.org/0000-0002-0685-4627>

Aparecido Batista de Almeida²

<http://orcid.org/0000-0002-9349-3128>

Janessa de Fátima Morgado de Oliveira³

<http://orcid.org/0000-0002-8482-5872>

RESUMO

No Brasil, país com histórico e tradição colonial, o racismo estrutural é uma realidade que impacta a equidade em saúde e o bem-estar da população negra (parda e preta). Além disso, tem graves repercussões nas condições socioeconômicas, frutos de uma história escravocrata, patrimonialista e excludente que tem como resultado os piores indicadores sociais e de saúde da população afrodescendente. Esses pressupostos contrapõem-se a narrativas que propõem uma leitura sobre a covid-19 ser uma pandemia democrática, cujo argumento se alinha à retórica da democracia racial, conceito originado na metade do século XX, que defendia que o Brasil era dotado de boas relações raciais devido ao seu histórico de miscigenação e definições raciais imprecisas, o que corresponde a uma potente estratégia de manutenção do lugar de populações racializadas, como negros e indígenas, em uma produção da colonialidade moderna. Sob tais premissas, o objetivo deste artigo é discutir indicadores de saúde da covid-19, segundo o marcador social raça/cor da pele da população idosa brasileira, publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil, haja vista a gravidade dessa doença nesse grupo etário, as controvérsias desse quesito nessas publicações e o racismo estrutural que remonta à escravidão.

Palavras-Chave: covid-19; desigualdades em Saúde; origem étnica e saúde; saúde do idoso; racismo.

¹ Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (FSPUSP). Professor Doutor da Universidade Paulista (UNIP). Enfermeiro efetivo da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) - Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - São Paulo, SP, Brasil.

² Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (FSPUSP). Trabalha na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) - Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" - São Paulo, SP, Brasil.

³ Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (FSPUSP). Residente de Farmácia Hospitalar - ACSS. Porto, Portugal.

ABSTRACT

In Brazil, a country with a colonial history and tradition, structural racism is a reality that impacts health equity and the well-being of the black population (brown and black). In addition, it has serious repercussions on socioeconomic conditions, the result of a history of slavery, patrimonialism and exclusion, which results in the worst social and health indicators of the Afro-descendant population. These assumptions are opposed to narratives that propose a reading about covid-19 being a democratic pandemic, whose argument is aligned with the rhetoric of racial democracy, a concept that originated in the mid-twentieth century, which defended that Brazil was endowed with good relations racial due to their history of miscegenation and imprecise racial definitions, which corresponds to a powerful strategy for maintaining the place of racialized populations, such as blacks and indigenous people, in a production of modern coloniality. Under these premises, the objective of this article is to discuss health indicators of covid-19, according to the social marker race/skin color of the Brazilian elderly population, published by the Brazilian Ministry of Health, given the severity of this disease in this age group, the controversies of this issue in these publications and the structural racism that goes back to slavery.

Keywords: covid-19; Health inequalities; Ethnic Origin and Health; Elderly Health; Racism.

INTRODUÇÃO

A covid-19 (Coronavírus Disease 2019) – causada pelo novo vírus altamente contagioso, o SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus 2), detectado na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China – é uma doença emergente que foi capaz de se disseminar intensamente e infectar milhões de pessoas (LU; STRATTON; TANG, 2020; JUNG *et al.*, 2020; ZHU *et al.*, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em janeiro de 2020 o surto como emergência de saúde pública de interesse internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

No Brasil, em fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) declarou a covid-19 como uma situação de emergência em saúde pública de importância nacional (BRASIL, 2020). Mas, devido ao avanço e à expansão em nível global, em março de 2020, foi declarada como pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b), que persiste até hoje.

O grupo populacional com maior risco de complicações e óbitos devido à pandemia da covid-19 foi, desde o início, o dos idosos (BRASIL, 2021a). A dinâmica da transição demográfica no Brasil, país de industrialização tardia, vem sendo observada desde a metade do século passado (GERONUTTI; MOLINA; LIMA, 2008; VASCONCELOS; GOMES, 2012). Ela resulta na alteração da estrutura etária da população, com um crescimento percentual da população em idades mais avançadas e diminuição da base da pirâmide.

De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), é considerado idoso, no Brasil, o indivíduo com 60 anos ou mais de idade, o que se coaduna com o que define a OMS para países em desenvolvimento (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003; BRASIL, 2017a). Os idosos no Brasil constituem um grupo heterogêneo e de distribuição desigual, sujeitos a riscos heterogêneos acumulados ao longo do curso de vida que impactam diretamente em suas condições de saúde e em seu processo saúde-doença, agravados pelo envelhecimento em uma sociedade desigual. Assim, as desigualdades sociais e em saúde constituem um importante fator diferencial nas condições do envelhecimento e na longevidade nos tempos atuais.

Os resultados do último censo demográfico brasileiro, realizado em 2010, apresentaram uma população de 190.755.799 habitantes. Desse total, 20.590.599 (11%) eram pessoas com 60 anos de idade ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). O mesmo censo, em 2010, mostrou que, em dez anos, a estrutura da população mudou em termos de raça/cor da pele, com destaque para uma maior proporção das pessoas que se autodeclararam como pretas e pardas, de 44,7% da população em 2000 para 50,7% em 2010. Destacou-se uma maior concentração de pretos e pardos no Norte e no Nordeste; e no Sudeste e Sul, uma maioria de pessoas da raça/cor da pele branca, o que acompanha os padrões históricos de ocupação do Brasil e perpetuação nas desigualdades sociais e de saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Seguindo a tendência de aumento de autodeclarações de pessoas negras (pretas e pardas), a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) 2018 mostrou que 55,8% da população brasileira se autodeclarou negra (46,5% parda e 9,3% preta), enquanto 43,1% branca e 1,1% amarela e indígena (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

No tangente ao sexo, a mesma pesquisa apresentou que 56,6% dos homens eram negros (47,1% parda e 9,5% preta) e 55,0% das mulheres eram negras (46,0% parda e 9,0% preta). No tocante à faixa etária, 50,7% da população com 60 anos ou mais era branca. Assim, observa-se que à medida que a idade da população avança, a proporção de brancos aumenta, o que se traduz em maior longevidade para brancos e menor longevidade para negros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Estudos têm sinalizado que a esperança de vida da população negra é significativamente menor comparada à da raça branca, o que é reflexo de condições sociais e de saúde peculiares (BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004; IANNI *et al.*, 2007).

Ao observar que a proporção de negros na população do Brasil é mais elevada nos grupos etários com menos de 60 anos do que entre idosos, havendo desigualdade racial na esperança de vida, tais achados sugerem que a população de pardos e pretos ainda não se beneficia dos avanços sociais e das tecnologias de saúde. Os recursos e ações não são distribuídos com equidade, fazendo com que muitas pessoas negras ainda morram precocemente e não sejam contempladas com a oportunidade de envelhecer. Nesse sentido, mostra-se necessária a implementação de políticas públicas sociais efetivas, tendo em

vista os diversos tipos de vulnerabilidades enfrentados pela população negra a fim de proporcionar maior longevidade e melhor qualidade de vida.

Em todo o mundo, observa-se o efeito desproporcional da covid-19 em idosos, grupos socioeconomicamente desfavorecidos e minorias raciais. Nessa perspectiva, análises rápidas de dados populacionais em grande escala mostram risco aumentado de exposição ao SARS-CoV-2, bem como piores indicadores de saúde para esses grupos (MATHUR *et al.*, 2020). Entre as minorias raciais, sugere-se que os efeitos do racismo estrutural e institucional são os principais motores da exposição excessiva ao SARS-CoV-2.

No Brasil, o MS tem disponibilizado apenas os dados sobre os casos da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por covid-19 desagregados por faixa-etária e raça/cor da pele em seus boletins epidemiológicos. Isso impede a visão mais próxima da realidade dos indicadores de saúde da covid-19 por faixas etárias e raça/cor da pele, pois a doença também é investigada a partir da Síndrome Gripal (SG) (BRASIL, 2021a). Assim, a ausência de registro sistematizado do campo raça/cor da pele na ficha de notificação da SG e SRAG, ambas utilizadas como instrumentos de registro, monitoramento e avaliação dos casos suspeitos leves e graves da covid-19, em todos os serviços de saúde do Brasil, impede o aprofundamento do debate sobre desigualdades estruturais no panorama racial da covid-19 no país. Nesse contexto, fica clara a necessidade da análise crítica sobre a covid-19 em idosos sob a perspectiva racial com a finalidade de averiguar os resultados contraditórios apresentados pelo MS do Brasil à luz do racismo estrutural e institucional e iniquidade em saúde.

COVID-19 E IDOSOS: DESIGUALDADES RACIAIS

A desigualdade é um atributo histórico e estrutural das sociedades latino-americanas e caribenhas, que consistiu na desqualificação de grupos de indivíduos tendo por base sua etnia ou cor da pele. Ela se manteve e reproduziu em períodos de crescimento e prosperidade econômica. Ainda hoje se perpetua e é um obstáculo à erradicação da pobreza, ao desenvolvimento sustentável e à garantia dos direitos das pessoas. Além disso, está assentada em uma matriz produtiva altamente heterogênea e pouco diversificada e em uma cultura do privilégio que é um traço histórico constitutivo das sociedades da região. Caracteriza-se por uma armação complexa, em que as desigualdades de origem socioeconômica se entrecruzam com as disparidades de gênero, territoriais, étnicas, raciais e geracionais (COMISIÓN ECONÓMICA PARA A AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2016).

O Brasil é um país em desenvolvimento, com um território comparável a toda a Europa e em constante turbulência política (ZIMERMAN *et al.*, 2020). Também é um dos países mais desiguais do mundo, está em 2º lugar na escala do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2019), com 1% da população mais rica concentrando 28,3% das riquezas do país, apenas atrás do Catar.

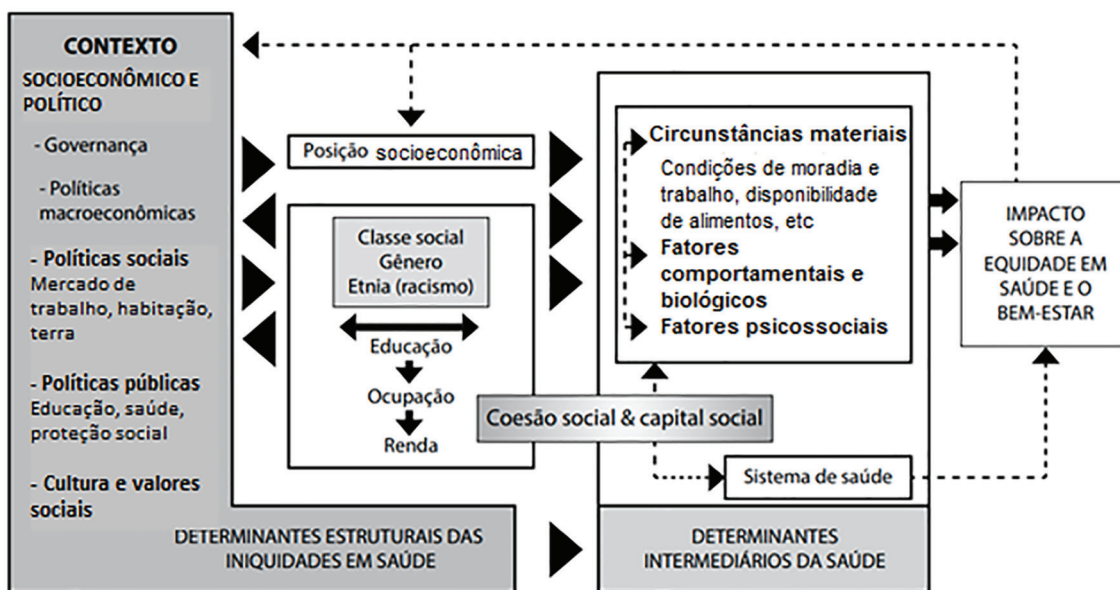
Enfrentar a desigualdade no Brasil requer, em primeiro lugar, olhar para nossa história escravocrata, patrimonialista e excludente a fim de compreender os processos que resultaram na exclusão social e política de grandes parcelas da população. Dessa forma, raça e cor da pele precisam ser entendidas como marcadores sociais importantes e capazes de proporcionar tipos de privilégios e oportunidades para um grupo social em detrimento de outros (SCHWARCZ; STARLING, 2015) e, conjuntamente ao marcador de classe social, podem elucidar as condições de vida das pessoas negras brasileiras (HIRATA, 2014; ZAMBONI, 2014). A privação de condições sociais dignas no Brasil foi, e ainda é, importante para a construção das desigualdades encontradas até os dias de hoje.

A concretização dessas desigualdades, que sempre foram sistemáticas no Brasil, caracteriza situações de iniquidades fundamentadas por diversos fatores sociais e de saúde, incluindo racismo, discriminação racial, sexismo, xenofobia e a intolerância (WERNECK, 2016). Esse racismo, que é ocultado pela falsa ideia de democracia racial, ganhou intensidade e se perpetuou no Brasil quando a teoria de embranquecimento surgiu como um meio rápido e higienista de tornar o país mais claro, com menor influência da cultura africana (GUIMARÃES, 2015; PETRUCCELLI; SABOIA, 2013; LAGUARDIA, 2004). Desde a concepção teórica do embranquecimento, observou-se, no país, a concessão de mais privilégios e regalias a pessoas consideradas como da cor branca em detrimento daquelas classificadas como não brancas, principalmente pardas, pretas e indígenas. Assim, os grupos raciais diferem no que diz respeito às características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e acesso a serviços, entre outros. Todas essas situações são mediadas por processos de discriminação que se manifestam de forma individual, coletiva, ambiental ou sociorracial.

A OMS, entre 2005 e 2007, por intermédio da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, definiu um modelo para esses fatores no qual se criaram dois blocos relacionados à presença ou não da equidade em saúde. Trata-se de um bloco primário chamado de determinantes estruturais; e outro secundário, de determinantes intermediários (Figura 1). Destaca-se, nesse modelo, posição socioeconômica, classe social, gênero e racismo que, instigados pelo contexto político e socioeconômico, impactam na equidade em saúde e no bem-estar (SOLAR; IRWIN, 2010). Nesse sentido, a saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto socioeconômico e político, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Esses determinantes sociais da saúde interferem no bem-estar, na independência funcional e na qualidade de vida dos idosos, principalmente entre os negros. No entanto, geralmente, são desconsiderados nas intervenções e políticas.

A preocupação com as iniquidades raciais em saúde tem aumentado nos últimos anos e vem ganhando espaço. Elas são expressas pelos diferenciais nos riscos de adoecer e de morrer, originados de condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços entre os grupos raciais. Ressalta-se que as diferenças são consideradas iníquas se ocorrem porque as pessoas dispõem de escolhas limitadas, acesso restrito a recursos de saúde e exposição a fatores prejudiciais (SOUZA *et al.*, 2012).

Figura 1 – Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde.

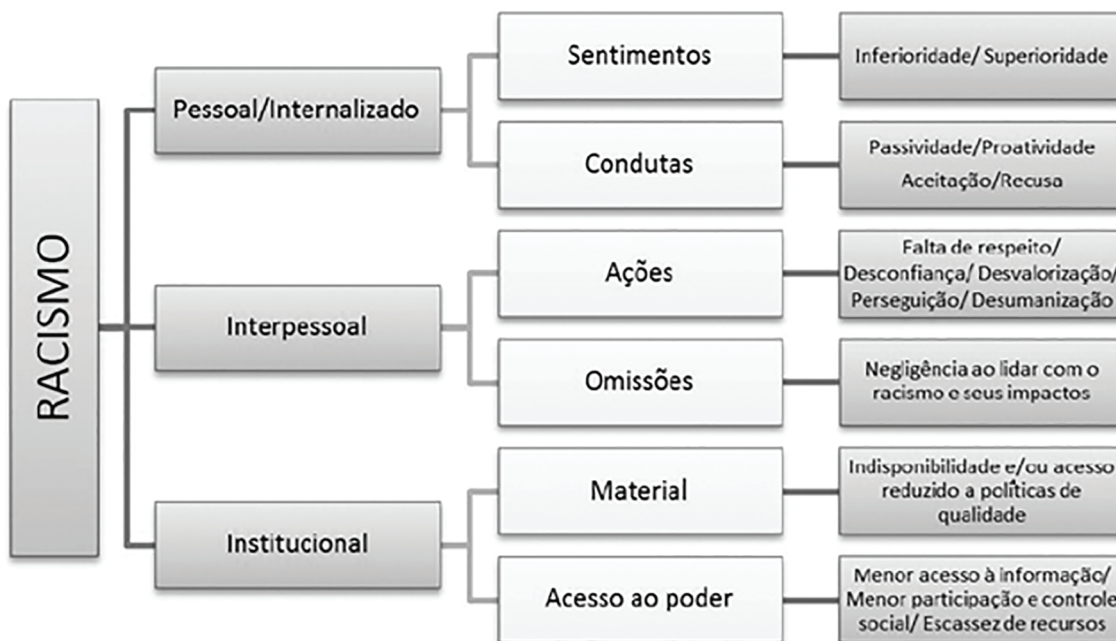


Fonte: Solar e Irwin (2010).

Existem vários conceitos e tipologias de racismo. Almeida (2019) destaca esse fenômeno como fundamento estruturador das relações sociais, ou seja, não existe racismo que não seja estrutural. Assim, o racismo estrutural é dado pela formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais de uma sociedade que frequentemente coloca um grupo social ou étnico em uma posição melhor em detrimento de outro. Nessa lógica, o racismo como estruturante social age em sentimentos, condutas, ações e omissões das pessoas e no uso e acesso a políticas, bens e serviços (Figura 2).

Conceito muito utilizado no Brasil para explicar as desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde, o racismo institucional, que ocorre de forma implícita, é descrito como: o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor da pele, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, 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 (ARTICULAÇÃO PARA O COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL, 2006).

Figura 2 – Dimensões do Racismo, 2013.
Baseado no modelo proposto por JONES (2002).



Fonte: Racismo Institucional e Saúde da População Negra (WERNECK, 2016).

Vários autores discorrem sobre as diferenças nos indicadores de saúde da covid-19 entre diversos grupos populacionais utilizando o termo sindemia, usado como sinônimo de pandemias sinérgicas e, nesse caso, refere-se às complexas interações dos efeitos dos fatores preexistentes de iniquidade em saúde/saúde mental e racismo estrutural e institucional/injustiça racial com a pandemia de covid-19 (SHIM; STARKS, 2021). Esses três fatores têm impactos na saúde, bem como sociais e econômicos.

A questão que se apresenta, além dos determinantes sociais em si, é como a saúde individual e populacional é afetada pelas consequências econômicas da discriminação e dos insultos acumulados decorrentes da vivência cotidiana e, por vezes, violenta, pela possibilidade de ser tratado como cidadão de segunda classe ainda hoje. A análise de exposições discriminatórias só pode ser medida no nível da população (KRIEGER, 2014).

O racismo constitui um dos determinantes sociais do processo de adoecimento e morte. A crise sanitária provocada pela pandemia da covid-19 evidenciou injustiças já existentes, tendo em vista que a população idosa negra conforma o maior efeito deletério do racismo (MATHUR *et al.*, 2020).

AÇÕES PARA FAVORECER A QUANTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Desde 2017, mediante a Portaria GM/MS nº 344, passou a ser obrigatória a inserção do quesito raça/cor nos formulários dos Sistemas de Informação em Saúde, conforme descrito em seu primeiro artigo (BRASIL, 2017b):

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena.

A abordagem sindêmica ajuda a compreender como as doenças e as condições sociais se formam, interagem e se agrupam para produzir resultados piores em determinados grupos populacionais. No caso da pandemia da covid-19, ela pode ajudar na proposição de recomendações de intervenções para o enfrentamento da pandemia, considerando também o racismo estrutural/injustiça racial e as iniquidades de saúde/saúde mental, nos níveis local, estadual e federal (SHIM; STARKS, 2021). Para viabilizar a abordagem sindêmica, a informação sobre a distribuição dos agravos de saúde de acordo com o quesito raça/cor da pele é condição necessária.

É importante lembrar que, para além da morbidade e mortalidade relacionada ao agravamento da doença e à SRAG, a covid-19 tem sido associada ao aumento dos problemas de saúde mental, tais como depressão e transtornos de ansiedade, assim como ao aumento do abuso de substâncias e suicídio (SHIM; STARKS, 2021). Isso ajuda a entender, na teoria, como os riscos preexistentes são potenciados e se somam nos grupos populacionais menos favorecidos. Na prática, a quantificação desses riscos depende, mais uma vez, de dados sobre a distribuição dos agravos de saúde de acordo com o quesito raça/cor da pele.

Da mesma forma, são reconhecidas as desigualdades raciais e étnicas no acesso aos serviços de saúde, o racismo estrutural e a injustiça social como impulsionadores de problemas de saúde, tendo sido agravados no contexto da covid-19. Abordar todas essas questões de uma maneira unificada, de forma sindêmica pode levar a soluções eficazes para a diminuição das iniquidades (SHIM; STARKS, 2021).

NÃO HÁ DADOS DE QUALIDADE PARA DIMENSIONAR O PROBLEMA

Apesar da obrigatoriedade e dos avanços do quesito raça/cor da pele nos formulários dos sistemas de informação em saúde, essa é uma prática ainda incipiente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos serviços privados de saúde do Brasil, como se pode analisar pelo cenário da pandemia da covid-19, em que, principalmente no início, não houve coleta dessa informação no tangente à SG (BRASIL, 2021b). Ressalta-se que a

incorporação do quesito raça/cor da pele como categoria de análise se deu em junho/2020, após posicionamentos do Grupo Temático Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade (BRASIL, 2021b; SANTOS *et al.*, 2020).

Segundo o Boletim Epidemiológico Especial da covid-19, com dados até a semana epidemiológica 46/2021 (20/11/2021), que apresenta apenas os casos de hospitalização da SRAG por covid-19 no Brasil, essa doença ocorreu mais nos adultos (55,05%) do que nos idosos (35,47%). De maneira oposta, os óbitos se sucederam mais nos idosos (65,58%) do que nos adultos (37,04%). No tangente à raça/cor da pele, os óbitos da covid-19 por casos de SRAG ocorreram mais na população na branca (45,40%) do que na negra (39,60%) (BRASIL, 2021a). Ressalta-se que nenhum outro indicador de saúde (coeficiente de incidência, mortalidade e letalidade, entre outros) é apresentado na literatura e nos painéis do MS, segundo o quesito raça/cor da pele. Apenas os coeficientes de incidência, mortalidade e letalidade seriam capazes de sinalizar para os riscos e a gravidade a que cada um dos grupos esteve e está sujeito.

No mesmo boletim, também é apresentada a falta de completude dos dados dos óbitos segundo raça/cor da pele. Há falta de informação sobre o quesito para 13,99% dos óbitos, o que é considerado um alto índice de subnotificações (BRASIL, 2021a). Sugere-se que os dados não informados de raça/cor da pele sejam da população negra, haja vista o racismo institucional.

Ressalta-se que dados robustos sobre disparidades entre raça/cor da pele para a SRAG por infecção por SARS-CoV-2 são limitados (VAHIDY *et al.*, 2020). Além disso, a falta desses dados desvia o reconhecimento das disparidades raciais da covid-19. Isso nos afasta de ações políticas urgentes e outras para apoiar grupos particularmente em risco. É preciso reconhecer que as disparidades de saúde resultam da interseção de vários fatores econômicos, sociais e institucionais.

O racismo estrutural e institucional contribui para aumentar a mortalidade por covid-19 em idosos negros no Brasil. Destaca-se que não é possível extrair o racismo estrutural e institucional ou apenas as questões econômicas como fatores únicos que produzem esses efeitos. Eles são gerados pela combinação de múltiplas formas de desvantagem que se cruzam.

As regras políticas e medidas de bloqueio do Brasil não incluem o aumento dos riscos e as desigualdades da covid-19 enfrentados por grupos raciais. Nesse sentido, são necessários esforços diferenciados destinados aos grupos para lidar com o impacto desproporcional da covid-19, visando à redução da mortalidade nos grupos de raça/cor da pele em risco.

Podemos verificar que problemas relacionados com a qualidade da informação sobre raça/cor da pele impedem a estimação do possível e o real impacto da epidemia nos diferentes grupos raciais no Brasil. Segundo o MS, considera-se que as informações sobre determinado quesito são adequadas para análise quando o percentual de “ignorado”/“sem resposta” é menor que 10% (BRASIL, 2016; SÃO PAULO, 2011).

A hipótese que elaboramos é a de que os efeitos do racismo estrutural e institucional comprometem a classificação dos casos e óbitos, tendo reflexos na investigação do impacto do SARS-CoV-2 entre as minorias raciais devido à baixa qualidade de informação. A elevada falta de informação referente à variável raça/cor da pele reforça a necessidade de desenvolvimento de ações para aprimoramento e combate do racismo institucional.

Por fim, é importante destacar que, atualmente, a pandemia da covid-19 tem deixado claro que lidar com nossas sociedades e estruturas racistas é uma questão de vida ou morte, principalmente no que tange aos idosos negros. Precisamos trabalhar intensamente a questão de como reverter o curso do racismo, e isso exigirá ação concreta e focada, compromisso, disciplina, ambição, ousadia e dinheiro (CHOO, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem de nível individual para analisar discriminação e saúde ainda coexiste com a orientação biomédica dominante, também focada no nível individual, que pode ignorar os determinantes sociais da saúde e enfatizar as causas genéticas das doenças nos indivíduos para explicar as taxas de doenças dos grupos (KRIEGER, 2014). Entretanto, os indicadores de saúde da covid-19 deixam claro o papel dos determinantes sociais e da discriminação para a vulnerabilização dos sujeitos, mesmo com a baixa qualidade de informação acerca da classificação em relação à raça/cor dos idosos.

Os resultados apontam para disparidades raciais da covid-19 na população brasileira, inclusive os idosos, haja vista a situação epidemiológica apresentada nos boletins epidemiológicos e painéis do MS. Além disso, alerta para a inclusão tardia do quesito raça/cor da pele no formulário de notificação de casos leves de Síndrome Gripal da Covid-19. A informação desagregada por raça/cor da pele propicia a realização de pesquisas que podem aprofundar a compreensão das questões sociais, raciais e econômicas no contexto da covid-19.

A falta de transparência na divulgação dos boletins epidemiológicos e painéis do MS frente à covid-19 mantêm a invisibilidade dos riscos e a gravidade da população idosa negra no enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, podemos sugerir que o envelhecimento da população negra é afetado direta ou indiretamente pela pandemia. É necessário reconhecer que práticas e saberes presentes no campo da saúde atualmente tiraram a sua legitimidade cultural e social e é por isso que as pessoas idosas negras estão em situação de vulnerabilidade pelo racismo presente na sociedade brasileira.

Reforça-se a urgente necessidade da inclusão do quesito raça/cor da pele nos formulários dos sistemas de saúde dada a sua importância, independentemente da pandemia da covid-19, segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Dentre suas ações, destacam-se (BRASIL, 2017c):

- Aperfeiçoar a qualidade no atendimento da saúde, conhecendo mais quem necessita de atendimento e, mais ainda, respeitando a cultura e os costumes de cada pessoa ou grupo social;
- Monitorar, elaborar e implementar políticas públicas afirmativas e universalistas voltadas à população preta e parda (negra), povos e comunidades tradicionais e indígenas;
- Evitar as iniquidades no acesso e a permanência nos serviços de saúde por consequências do racismo institucional;
- Reduzir os impactos de doenças e agravos;
- Tornar os sistemas nacionais e locais de informação da saúde aptos a consolidar indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais;
- Promover pesquisas com base de dados consolidada;
- Melhorar a coleta de dados sobre a interseção da covid-19, do racismo estrutural e das iniquidades em saúde/saúde mental;
- Expandir a prestação de serviços de saúde/saúde mental e o acesso a esses serviços;
- Dar ênfase à promoção da saúde, com políticas locais, estaduais e federais que priorizem intervenções que promovam a equidade e a justiça e enfoquem a saúde e o bem-estar coletivos.

Em 1980, Audre Lorde já havia dito que “Nossa sobrevivência futura depende de nossa habilidade de nos relacionarmos com igualdade” (LORDE, 2019). A atual pandemia parece confirmar essa hipótese. Finalmente, na Década dos Afrodescendentes da Organização das Nações Unidas 2015-2024 (2014), cabe destacar que mais de 133 anos após a abolição da escravatura, a população negra continua a clamar por justiça social: as vidas dos idosos negros e idosas negras importam.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Polen Livros, 2019.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbitos segundo características de raça no estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 5, p. 630-636, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Brasília, DF: Presidência da República, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Consultoria Legislativa. **BRASIL 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017b**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 30 maio 2020.

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**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 14 fev. 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso: 2 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. **Doença pelo Novo Coronavírus - covid-19**. Brasília, DF, n. 90, nov. 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/novembro/29/boletim_epidemiologico_covid_90_30nov21_eapv5.pdf. Acesso: 25 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde BRASIL 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA A AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. **La matriz de la desigualdad social en América Latina (LC/G.2690(MDS.1/2))**. Santiago: Cepal, 2016. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf. Acesso: 19 dez. 2020.

CHOO, E. Seven things organisations should be doing to combat racism. **Lancet**, [s. l.], v. 18, 2020.

ARTICULAÇÃO PARA O COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL. **Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília, DF: CRI, 2006.

GERONUTTI, D. A.; MOLINA, A. C.; LIMA, S. A. M. Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. **Texto Contexto Enferm.**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 336-341, 2008.

GUIMARÃES, A. S. A. Formações nacionais de classe e raça. **Tempo Soc Rev Sociol da USP.**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 161-182, 2015.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Soc Rev Sociol da USP.**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 61-73, 2014. Disponível em: https://nacoesunidas486780792.wpcomstaging.com/wp-content/uploads/2016/05/WEB_BookletDecadaAfro_portugues.pdf. Acesso em: 2 jan. 2021.

IANNI, A. M. Z. *et al.* Determinantes do acesso à saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. **Bol Inst Saúde.**, [s. l.], v. 41, p. 43-45, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no BRASIL**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

JUNG, S. M. *et al.* Epidemiological Identification of A Novel Pathogen in Real Time: Analysis of the Atypical Pneumonia Outbreak in Wuhan, China, 2019-2020. **J. Clin. Med.** [s. l.], v. 9, n. 3, 2020.

KRIEGER, N. Discrimination and Health Inequities. *In*: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I.; GLYMOUR, M. M. (ed.). **Social epidemiology**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2014. p. 63-125.

LAGUARDIA, J. O Uso da Variável “ Raça ” na Pesquisa em Saúde. **Physis Re.**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 197–234, 2004.

LORDE, Audre. **Irmã Outsider**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

LU, H.; STRATTON, C. W.; TANG, Y. W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. **J Med Virol.**, [s. l.], v. 92, n. 4, p. 401-402, 2020.

MATHUR, R. *et al.* Urgent actions and policies needed to address covid-19 among UK ethnic minorities. **Lancet.**, [s. l.], 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. **Década Internacional de Afrodescendentes (2015-2024)**. [S. l.]: ONU, 2014. Disponível em: <http://decada-afro-onu.org/documents.shtml>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2019**. Além do rendimento, além das médias, além do presente: Desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf. Acesso: 19 dez. 2020.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 34, n. 99, 2020.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. CEInfo. Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS. **Boletim CEInfo Análise**, ano 6, n. 5, maio 2011.

SCHWARCZ, L. M.; STARLING, H. M. **Brasil: uma biografia**. São Paulo: Pólen, 2015.

SHIM, R. S.; STARKS, S. M. Covid-19, Structural Racism, and Mental Health Inequities: Policy Implications for an Emerging Syndemic. **Psychiatr Serv.**, [s. l.], v. 72, n. 10, p. 1.193-1.198, 2021.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization, 2010.

SOUZA, E. H. A. *et al.* Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciênc Saúde Coletiva.**, [s. l.], v. 17, n. 8, p. 2.063-2.070, 2012.

VAHIDY, F. S. *et al.* Racial and ethnic disparities in SARS-CoV-2 pandemic: analysis of a covid-19 observational registry for a diverse US metropolitan population. **BMJ Open.**, [s. l.], v. 10, n. 8, e039849, 2020.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência BRASILEIRA. **Epidemiol Serv Saúde.** [s. l.], v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Rev Saúde e Soc.**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations**. Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: World Health Organization; 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 2 ago 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on covid-19**. 2020b. Disponível em <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso: 3 ago. 2020.

ZAMBONI, M. Marcadores Sociais da Diferença. **Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades)**, São Paulo, p. 13-18, 2014.

ZHU, N. et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med.**, [s. l.], v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020.

ZIMERMAN, A. *et al.* Covid-19 in Brazil: the headlines should be about science. **The Lancet.**, [s. l.], v. 369, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736\(20\)32375-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(20)32375-8/fulltext). Acesso em: 7 dez. 2020.