



Racismo como determinante social da saúde no Brasil – na pandemia de COVID-19 e além

Amanda Dantas-Silva¹, Sílvia Maria Santiago¹, Fernanda Garanhani Surita¹

1. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Fernanda Garanhani Surita
Av. Alexander Fleming, 101, 13083-887,
Campinas, SP, Brasil
surita@unicamp.br

Como citar:

Dantas-Silva A, Santiago SM, Surita FG. Racismo como determinante social da saúde no Brasil – na pandemia de COVID-19 e além. *Femina*. 2023;51(5):262-6.

Este artigo é a versão traduzida de:

Dantas-Silva A, Santiago SM, Surita FG. Racism as a social determinant of health in Brazil in the COVID-19 pandemic and beyond [editorial]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;44(5).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define disparidade como a diferença entre dois grupos, não só desnecessária e evitável, mas também injusta e perversa,⁽¹⁾ e as disparidades raciais são diferenças entre subgrupos distintos da espécie humana e sem nenhuma razão biológica cientificamente comprovada para que existam.⁽²⁾

Existem evidências crescentes de que disparidades étnicas e raciais permeiam assuntos relacionados à saúde, e o racismo estrutural é um ponto fundamental na determinação da saúde populacional.⁽³⁾

O racismo é um sistema de domínio de um grupo racial definido como inferior pelos grupos dominantes, em que características fenotípicas são utilizadas para justificar desigualdades no acesso a recursos e poder.⁽⁴⁾ O racismo é estrutural, na medida em que a estrutura social foi construída de forma racialmente hierárquica, e é cultural, uma vez que os valores e as crenças culturais do grupo racial dominante são usados como as normas pelas quais os demais grupos são socialmente julgados.⁽⁵⁾ O racismo institucional, por sua vez, refere-se à manutenção das desigualdades raciais por mecanismos institucionais. Atua de forma difusa, implícita no modo de funcionamento cotidiano das instituições e organizações sociais, por meio de práticas discriminatórias que colocam as pessoas discriminadas em desvantagem no acesso aos serviços e oportunidades, de acordo com a cor de pele.⁽⁶⁾ Assim, o racismo cultural mantém o racismo estrutural, e ambos constituem a raiz das iniquidades raciais em saúde.^(4,5)

Os resultados em saúde são diretamente impactados pelo nível de racismo estrutural e institucional.⁽⁷⁾ O racismo associa-se a piores resultados em saúde de forma geral, pior saúde física e saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e estresse psicológico, e a existência de crenças e práticas racistas entre os profissionais de saúde em relação a grupos minoritários influencia no processo de tomada de decisão por esses profissionais.^(8,9)

As diferenças raciais permeiam várias áreas da saúde: pessoas negras recebem menos prescrição de analgésicos de forma geral, menos tratamento paliativo no câncer metastático e menor uso de terapia de revascularização para tratamento de acidente vascular cerebral (AVC), e têm piores desfechos cardiovasculares, além de apresentarem maior tempo de espera para atendimento no departamento de emergência.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾

Em ginecologia e obstetria, as disparidades raciais são evidentes: mulheres negras apresentam as maiores taxas de mortalidade e morbidade materna grave, início mais tardio e não realização de pré-natal, maior risco de pré-eclâmpsia, prematuridade e de hemorragia pós-parto, e relatam pior experiência durante a assistência pré-natal, parto e pós-natal.⁽¹⁵⁻²¹⁾ Além disso, têm menor acesso a métodos contraceptivos, recebem mais diagnóstico de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), fazem menos exames de rastreamento para câncer de colo de útero e tiveram aumento nas taxas de mortalidade por câncer de mama.⁽²²⁻²⁴⁾

No Brasil, a maioria da população brasileira é negra, sendo conceituada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como o conjunto de pessoas autodeclaradas como pretas e pardas.⁽²⁵⁾ Apesar disso, as disparidades raciais se perpetuam.⁽²⁶⁾

A pandemia da COVID-19 exacerbou as disparidades em saúde.⁽²⁷⁾ A situação de emergência em saúde pública global impôs uma nova realidade aos sistemas de saúde no mundo todo e acentuou as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. Os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento foram ainda mais afetados pelos efeitos da pandemia, mostrando que as desigualdades socioeconômicas existentes podem afetar o curso inicial da doença e as mortes por COVID-19, o que atinge especialmente as populações mais vulneráveis.⁽²⁷⁻²⁹⁾

No Brasil, as taxas de infecção e mortes por COVID-19 são desiguais, com maior risco para as populações com baixo nível socioeconômico e para a população negra.⁽³⁰⁾ A mortalidade por COVID-19 foi maior entre a população negra, e a mortalidade materna foi duas vezes maior entre as mulheres negras, em comparação com as não negras em nosso país.^(31,32)

Os impactos da pandemia colocaram em evidência as disparidades raciais em saúde já existentes no Brasil.⁽³³⁾ Revisão integrativa, incluindo estudos brasileiros com bancos de dados secundários e de base populacional, encontrou a cor de pele negra como fator de risco independentemente associado à gravidade da COVID-19 e

concluiu que a população negra é a maior vítima tanto dos impactos físicos causados pela COVID-19 quanto dos fatores econômicos.⁽³⁴⁾

As disparidades raciais ainda são muito presentes em nossa população, e existem marcantes diferenças sociodemográficas entre negras e não negras. Estudo brasileiro multicêntrico retrospectivo feito com gestantes e puérperas suspeitas para COVID-19 mostrou que as mulheres negras eram mais jovens e tinham menor escolaridade, maior taxa de gestação não planejada e maior cobertura pública de plano de saúde. Além disso, também mostrou maior gravidade da infecção entre as mulheres negras, com maior risco de síndrome respiratória aguda grave, internação em unidade de terapia intensiva, maior dessaturação na admissão e maior mortalidade materna nesse grupo.⁽³⁵⁾

A pandemia da COVID-19 não criou essas inequidades, mas nos lembrou de como o racismo estrutural é uma força motriz dos determinantes sociais de saúde e destacou a necessidade de os profissionais de saúde mudarem a abordagem e a assistência, principalmente às populações discriminadas. Isso significa que os profissionais de saúde devem se apropriar de todo o conhecimento já produzido sobre a saúde da população negra para que possam lidar mais especificamente com essa população, assim como deve-se fazer um chamado para que a produção de conhecimento nessa área seja aumentado. Essa é uma forma poderosa de combate ao racismo.

A COVID-19 não foi uma doença democrática e expôs ainda mais a forte associação entre raça, etnia, cultura, *status* socioeconômico e resultados de saúde.⁽³⁶⁾ O preconceito implícito individual e o profundo impacto do racismo estrutural devem ser reconhecidos e aceitos antes que um progresso real possa ser feito na redução das disparidades raciais na mortalidade materna. Para reduzir os impactos da COVID-19 e de outras emergências de saúde pública, é urgente adotar novos modelos de assistência centrados na mulher, levando em consideração as disparidades raciais e a sobreposição de vulnerabilidades, com políticas públicas voltadas especificamente para a população negra, respeitadas suas particularidades.

Inequidades em saúde são geradas e mantidas pelas diferenças sociais e pela desigualdade de acesso a serviços, recursos e poder.⁽¹⁾ Os determinantes sociais de saúde são condições não médicas que afetam os resultados em saúde e envolvem as condições em que as pessoas vivem, trabalham e crescem, com impacto em fatores de risco e desfechos de saúde.^(37,38) Esses determinantes sociais são responsáveis pelas inequidades em saúde, não só entre os países, mas também dentro de um mesmo país: quanto pior a condição socioeconômica, piores as condições em saúde.^(1,37)

Os objetivos do desenvolvimento sustentável, que são metas da ONU para os anos de 2015-2030, incluem combater as disparidades sociais em vários de seus

objetivos; podemos salientar três deles: o terceiro objetivo (ODS 3), que é sobre saúde e bem-estar para todos; o quinto objetivo (ODS 5), que aborda igualdade de gênero; e o décimo objetivo (ODS 10), que discorre sobre redução das desigualdades.⁽³⁹⁾ Sabemos que a pandemia de COVID-19 impactou fortemente as metas a serem atingidas nesse período, um atraso de décadas em vários setores como, por exemplo, a redução da mortalidade materna, indicador de saúde fortemente ligado à nossa especialidade, a ginecologia obstétrica.⁽⁴⁰⁾

As mulheres negras sofrem com vulnerabilidades de gênero, sociais e raciais que se cruzam e geram efeitos aditivos ou multiplicativos.⁽²⁷⁾ As mulheres negras estão sob o impacto de determinantes produzidos por um movimento histórico, que construiu formas culturais específicas de pensar a população negra, bem como vulneráveis às condições sociais produzidas por uma sociedade desigual que afeta sua saúde.⁽⁴¹⁾ A articulação dos determinantes sociais da diferença foi pensada pela primeira vez pela professora, filósofa e autora brasileira Lélia Gonzalez, na década de 1980, antes mesmo do surgimento do conceito de interseccionalidade.⁽⁴²⁾ Gonzalez relaciona os formadores sociais de cor, classe e gênero com a construção e manutenção do racismo. O conceito de interseccionalidade foi, então, sistematizado pela professora norte-americana Kimberly Crenshaw, como “a maneira pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras”.⁽⁴³⁾ Crenshaw propõe o conceito como método de identificação das desigualdades sofridas pelas mulheres negras a partir do racismo estrutural. Nesse sentido, as mulheres negras agregam o maior conjunto de condições desfavoráveis e se situam na base da pirâmide social.⁽⁴⁴⁾

A variável cor da pele/raça deve ser levada em consideração, dentro de um contexto histórico de discriminação, como uma variável complexa, que interfere nos resultados em saúde não só por fatores genéticos e biológicos, mas muitas vezes por fatores sociais e econômicos, e como uma construção social.^(45,46) Compreender o racismo e considerar a existência de disparidades raciais na tomada de decisões e na construção de políticas públicas possibilita reduzir as desigualdades em saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
2. Fine MJ, Ibrahim SA, Thomas SB. The role of race and genetics in health disparities research. *Am J Public Health.* 2003;95(12):2125-8. doi: 10.2105/AJPH.2005.076588
3. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017;389(10077):1453-63. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30569-X
4. Hardeman RR, Medina EM, Kozhimannil KB. Structural racism and supporting black lives – the role of health professionals. *N Engl J Med.* 2016;375(22):2113-5. doi: 10.1056/NEJMp1609535
5. Dominguez TP. Race, racism, and racial disparities in adverse birth outcomes. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;51(2):360-70. doi: 10.1097/GRF.0b013e31816f28de
6. López LC. The concept of institutional racism: applications within the healthcare field. *Interface (Botucatu).* 2012;16(40):121-34. doi: 10.1590/S1414-32832012005000004
7. Lukachko A, Hatzenbuehler ML, Keyes KM. Structural racism and myocardial infarction in the United States. *Soc Sci Med.* 2014;103:42-50. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.07.021
8. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(9):e0138511. doi: 10.1371/journal.pone.0138511
9. Sim W, Lim WH, Ng CH, Chin YH, Yaow CY, Cheong CW, et al. The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: a qualitative systematic review. *PLoS One.* 2021;16(8):e0255936. doi: 10.1371/journal.pone.0255936
10. Kreling MC, Pimenta CA, Garanhani ML. Racial discrimination in pain management. *Rev Dor.* 2014;15(3):230-5. doi: 10.5935/1806-0013.20140049
11. Cole AP, Nguyen DD, Meirhanov A, Golshan M, Melnitchouk N, Lipsitz SR, et al. Association of care at minority-serving vs non-minority-serving hospitals with use of palliative care among racial/ethnic minorities with metastatic cancer in the United States. *JAMA Netw Open.* 2019;2(2):e187633. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.7633
12. Faigle R, Cooper LA, Gottesman RF. Lower carotid revascularization rates after stroke in racial/ethnic minority-serving US hospitals. *Neurology.* 2019;92(23):e2653-60. doi: 10.1212/WNL.00000000000007570
13. Churchwell K, Elkind MS, Benjamin RM, Carson AP, Chang EK, Lawrence W, et al. Call to action: structural racism as a fundamental driver of health disparities: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation.* 2020;142(24):e454-68. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000936>
14. Karve SJ, Balkrishnan R, Mohammad YM, Levine DA. Racial/ethnic disparities in emergency department waiting time for stroke patients in the United States. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2011;20(1):30-40. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.10.006
15. Hoyert DL, Miniño AM. Maternal mortality in the United States: changes in coding, publication, and data release, 2018. *Natl Vital Stat Rep.* 2020;69(2):1-18.
16. Chen J, Cox S, Kuklina EV, Ferre C, Barfield W, Li R. Assessment of incidence and factors associated with severe maternal morbidity after delivery discharge among women in the US. *JAMA Netw Open.* 2021;4(2):e2036148. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.36148
17. Leal MC, Gama SG, Pereira AP, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(Supl 1):e00078816. doi: 10.1590/0102-311X00078816
18. Johnson JD, Louis JM. Does race or ethnicity play a role in the origin, pathophysiology, and outcomes of preeclampsia? An expert review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2S):S876-85. doi: 10.1016/j.ajog.2020.07.038
19. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ. Births in the United States, 2021. *NCHS Data Brief.* 2022;(442):1-8.
20. Gyamfi-Bannerman C, Srinivas SK, Wright JD, Goffman D, Siddiq Z, D'Alton ME, et al. Postpartum hemorrhage outcomes and race. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(2):185.e1-10. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.052
21. Henderson J, Gao H, Redshaw M. Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:196. doi: 10.1186/1471-2393-13-196

22. Sutton MY, Anachebe NF, Lee R, Skanes H. Racial and ethnic disparities in reproductive health services and outcomes, 2020. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):225-33. doi: 10.1097/AOG.0000000000004224
23. Marcelino AC, Gozzi B, Cardoso-Filho C, Machado H, Zeferino LC, Vale DB. Race disparities in mortality by breast cancer from 2000 to 2017 in São Paulo, Brazil: a population-based retrospective study. *BMC Cancer.* 2021;21(1):998. doi: 10.1186/s12885-021-08735-2
24. White A, Thompson TD, White MC, Sabatino SA, de Moor J, Doria-Rose PV, et al. (2017). Cancer screening test use – United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(8):201-6. doi: 10.15585/mmwr.mm6608a1
25. Petruccielli JL, Saboia AL. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>
26. Williamson KE. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. *Anthropol Med.* 2021;28(2):172-87. doi: 10.1080/13648470.2021.1932416
27. Barron GC, Laryea-Adjei G, Vike-Freiberga V, Abubakar I, Dakkak H, Devakumar D, et al. Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *Lancet Public Health.* 2021;7(1):e86-e92. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00235-8
28. Chackalackal DJ, Al-Aghbari AA, Jang SY, Ramirez TR, Vincent J, Joshi A, et al. The Covid-19 pandemic in low- and middle-income countries, who carries the burden? Review of mass media and publications from six countries. *Pathog Glob Health.* 2021;115(3):178-87. doi: 10.1080/20477724.2021.1878446
29. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health.* 2021;9(6):e782-92. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00081-4
30. Pereira FA, Filho FM, de Azevedo AR, de Oliveira GL, Flores-Ortiz R, Valencia LI, et al. Profile of COVID-19 in Brazil-risk factors and socioeconomic vulnerability associated with disease outcome: retrospective analysis of population-based registers. *BMJ Glob Health.* 2022;7(12):e009489. doi: 10.1136/bmjgh-2022-009489
31. Teixeira RA, Vasconcelos AM, Torens A, França EB, Ishitani L, Bierrenbach AL, et al. Excess mortality due to natural causes among whites and blacks during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2022;55(Suppl 1):e0283. doi: 10.1590/0037-8682-0283-2021
32. Scheler CA, Discacciati MG, Vale DB, Lajos GJ, Surita F, Teixeira JC. Mortality in pregnancy and the postpartum period in women with severe acute respiratory distress syndrome related to COVID-19 in Brazil, 2020. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(3):475-82. doi: 10.1002/ijgo.13804
33. Nakamura-Pereira M, Amorim MM, Pacagnella RC, Takemoto ML, Penso FC, Rezende-Filho J, et al. COVID-19 and maternal death in Brazil: an invisible tragedy. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(8):445-7. doi: 10.1055/s-0040-1715138
34. Cavalcante GS, Santos MC, Andrade MM, Melo RB, Oliveira TS, Santos GG. Integrative Literature Review on COVID-19 racial ethnic disparities among black pregnant and postpartum women. *Pubsaúde.* 2021;8:a248. doi: 10.31533/pubsaude8.a248
35. Brazilian Black women are at higher risk for COVID-19 complications: an analysis of REBRACO, a national cohort. *RBGO.* 2023;45(45).
36. Yaya S, Yeboah H, Charles CH, Otu A, Labonte R. Ethnic and racial disparities in COVID-19-related deaths: counting the trees, hiding the forest. *BMJ Glob Health.* 2020;5(6):e002913. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002913
37. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
38. Centers for Disease Control and Prevention. Social determinants of health [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/index.htm>
39. United Nations. Take action for the Sustainable Development Goals [Internet]. 2023 [cited 2023 May 9]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
40. Kumar J, Kumar P. COVID-19 pandemic and health-care disruptions: count the most vulnerable. *Lancet Glob Health.* 2021;9(6):e722-3. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00098-X
41. Saluja B, Bryant Z. How implicit bias contributes to racial disparities in maternal morbidity and mortality in the United States. *J Womens Health (Larchmt).* 2021;30(2):270-3. doi: 10.1089/jwh.2020.8874
42. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos. Rio Janeiro: Zahar; 2020.
43. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem.* 2002;10(1):177-88. doi: 10.1590/S0104-026X2002000100011
44. Crenshaw KW. Cartographies des marges: intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cah Genre.* 2005;(39):51-82.
45. Briggs AH. Healing the past, reimagining the present, investing in the future: what should be the role of race as a proxy covariate in health economics informed health care policy? *Health Econ.* 2022;31(10):2115-9. doi: 10.1002/hec.4577
46. Headen IE, Elovitz MA, Battarbee AN, Lo JO, Debbink MP. Racism and perinatal health inequities research: where we have been and where we should go. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;227(4):560-70. doi: 10.1016/j.ajog.2022.05.033