



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

KELI MARINI DOS SANTOS MAGNO

DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE: Análise da Assistência no Contexto da
Pandemia de COVID-19 no Rio de Janeiro

**RIO DE JANEIRO
2024**

KELI MARINI DOS SANTOS MAGNO

DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE: Análise da Assistência no Contexto da
Pandemia de COVID-19 no Rio de Janeiro

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do grau de mestre em enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado

Orientador: Alexandre Sousa da Silva

**Rio de Janeiro
2024**

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

M198 Magno, Keli Marini dos Santos
 DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE: Análise da Assistência
no Contexto da Pandemia de COVID-19 no Rio de Janeiro /
Keli Marini dos Santos Magno. -- Rio de Janeiro, 2024.
 97 f.

 Orientador: Alexandre Sousa da Silva.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2024.

 1. Fatores raciais. 2. Perspectiva de Gênero. 3.
Infecções por Coronavírus. I. Silva, Alexandre Sousa da,
orient. II. Título.

KELI MARINI DOS SANTOS MAGNO

DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE: Análise da Assistência no Contexto da
Pandemia de COVID-19 no Rio de Janeiro

Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do grau de mestre em enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado

Aprovado em:

Banca examinadora:



Prof. Dr. Alexandre Sousa da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Celso de Moraes Vergne
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

Prof^ª Dr^ª Maria Tereza Serrano Barbosa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof^ª Dr^ª Leticia Martins Raposo
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Dedico esta Dissertação aos meus queridos avós Altamira (in memorian), Cosme (in memorian), Yêda (in memorian) e Wilson, aos meus pais Sandra e Belarmino, à minha irmã Karini e à todas e todos que, com luta e resistência, pavimentaram o caminho para que eu pudesse estar aqui.

AGRADECIMENTOS

A materialização deste trabalho é fruto de uma caminhada coletiva, e sou profundamente agradecida a todos que estiveram ao meu lado nesta jornada. Em especial, nas próximas linhas destino meus agradecimentos às pessoas que estiveram presentes nos meus dias como uma bússola, me mantendo na direção.

Aos meus avós, Altamira, Yêda e Cosme, que em outro plano acompanham e se orgulham de cada conquista de suas netas e neto. Ao meu avô, Wilson, que, embora presente em vida, já não compartilha mais tão bem das memórias que um dia dividimos. Agradeço a todos eles, que sempre priorizaram a educação de meus pais, um legado que se perpetuou na minha geração.

Aos meus pais, Sandra e Belarmino, que são minha referência, minha base, e, como âncoras, me firmam nos momentos mais tempestuosos. Agradeço por cada investimento de tempo e recursos na minha educação, por me orientarem ao mesmo tempo em que me deram a liberdade de escolher ser quem eu desejasse.

À minha irmã, minha parceira desde o meu primeiro dia de vida, e, como toda primogênita, minha referência. Agradeço pelo incentivo de sempre, pelas caronas nos dias mais cansativos, por cada mensagem/ligação que me reconectam às nossas raízes, e por manter o cuidado com os nossos pais nos momentos em que estou ausente.

Ao meu parceiro nesta travessia inconstante chamada vida, Denilson, por ser, através de seus abraços acolhedores, a ponte que me resgata dos momentos de aflição e me recarrega nos momentos de exaustão. Suas palavras foram essenciais para eu conseguir finalizar mais esse ciclo.

Ao meu orientador, Alexandre, pela calma nos momentos de agitação, por se aliar à luta antirracista e acolher com tamanha sensibilidade essa causa que é minha e de tantos outros. Agradeço por cada orientação e apoio na condução deste trabalho que foi extremamente importante para meu crescimento pessoal, acadêmico e profissional.

Às minhas amigas, Paula Rita e Michelle, companheiras de Mestrado, que foram minha força e equilíbrio nos momentos mais difíceis. Paula com sua calma, fazia acreditar que tudo daria certo. Michelle com sua energia, fazia acontecer para dar certo.

À minha eterna chefe, Gabrielle, a mãe que a vigilância se encarregou de me dar. Obrigada por ser minha referência e o molde que sigo de enfermeira sanitária, profissional e,

principalmente, chefe. Obrigada por cada ensinamento e apontar meus potenciais quando não os enxergo.

Aos meus familiares e amigos, que são muitos, e não conseguiria citar todas e todos aqui, mas me impulsionam, cada um à sua maneira, a sempre conquistar mais e mais. Cada momento compartilhado foi uma fonte para a renovação das minhas energias.

À minha banca, composta por dois companheiros de luta que, em cada conversa despreziosa nos corredores da SES, sempre me ensinam algo novo. E mais duas mulheres incríveis, que com suas contribuições metodológicas, trouxeram com sugestões estatísticas as peças que faltavam no quebra-cabeça das minhas questões qualitativas.

À EEAP e ABEn, que me acolheram e me moldaram, formando a base sólida da minha trajetória como enfermeira. Não apenas conhecimentos técnicos foram aprendidos, mas me despertaram para as tantas iniquidades sociais, me inspiraram na luta por um SUS mais justo e equânime. Agradeço por cada roda de conversa, cada evento, e por todos os ensinamentos que fizeram de mim uma militante comprometida com a transformação social.

À SES-RJ e SEMUSA Cabo Frio, as casas que oportunizaram/oportunizam meu desenvolvimento profissional, e aos profissionais/amigos que lá encontrei. Profissionais que por toda uma vida lutam por um SUS equânime, igualitário e universal. Agradeço por cada ensinamento diário, pelas experiências compartilhadas, pela escuta acolhedora e trocas de opiniões.

EPÍGRAFE

“A gente não nasce negro, a gente se torna negro. É uma conquista dura, cruel e que se desenvolve pela vida da gente afora. Aí entra a questão da identidade que você vai construindo. Essa identidade negra não é uma coisa pronta, acabada. Então, para mim, uma pessoa negra que tem consciência de sua negritude está na luta contra o racismo”.

(Lélia Gonzalez, 1988)

RESUMO

Introdução: A COVID-19 tem potencial de infectar qualquer pessoa. Porém, a depender do nível de exposição e da assistência de saúde a que alguns grupos estão submetidos, estes correm maior risco, como é o caso da população negra. Os primeiros casos e óbitos de COVID-19 registrados no Brasil revelam as perversidades cotidianas e banalizadas da vida brasileira, como retrato da desigualdade social. Assim, a fim de avaliar e discutir como a desigualdade socioeconômica com recorte racial impactou no desfecho da COVID-19 na população residente do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), este estudo teve como objetivo geral analisar os casos e óbitos por COVID-19, segundo raça/cor, notificados pelo estado do Rio de Janeiro, entre 2020 e 2022. **Método:** A dissertação foi composta por dois artigos. Ambos são pesquisas de natureza transversal descritiva, com uma abordagem quantitativa. Os dados coletados foram provenientes do banco de dados do SIVEP-Gripe. **Resultados:** Do total de 205.867 casos registrados, 52,6% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 62 anos. Nos óbitos, a população preta e parda apresentou a menor média de idade, com 65 e 66 anos, respectivamente. Destaca-se que, ainda que discretamente, a categoria preta apresentou os menores intervalos de tempo entre início de sintomas e ida para UTI, internação e óbito e início de sintomas e óbito. Quando se faz o recorte do sexo, observa-se que, no triênio, as meninas/mulheres pretas apresentaram a maior letalidade, de 44,2%, com maior destaque no ano de 2020, com 46,4%. A mediana de idade foi de 63 anos, sendo maior na população branca (67 anos). **Considerações finais:** Interseccionalizar o estudo, trazendo as mulheres negras para o foco, permitiu evidenciar o duplo processo discriminatório que estas sofrem. Ambas as condições trazem construções sociais e culturais que vulnerabilizam essas pessoas. A pesquisa destaca a necessidade de políticas públicas que abordem as desigualdades raciais na assistência à saúde e a importância da conscientização dos profissionais para coletar dados de forma completa e precisa, visando tornar o sistema de saúde mais equânime e reduzir as disparidades raciais na mortalidade por COVID-19.

Palavras-chave: Óbito; Fatores raciais; Infecções por Coronavírus; Mulheres; Perspectiva de Gênero.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 has the potential to infect anyone. However, depending on the level of exposure and healthcare assistance to which certain groups are subjected, they are at higher risk, as is the case with the black population. The first cases and deaths from COVID-19 recorded in Brazil reveal the everyday and trivialized cruelties of Brazilian life, as a reflection of social inequality. Thus, in order to evaluate and discuss how socioeconomic inequality with a racial focus impacted the outcome of COVID-19 in the resident population of the State of Rio de Janeiro, this study aimed to analyze cases and deaths from COVID-19, by race/color, reported by the state of Rio de Janeiro, between 2020 and 2022. **Method:** The dissertation consisted of two articles. Both are descriptive cross-sectional research with a quantitative approach. The collected data were obtained from the SIVEP-Gripe database. Cases and deaths from Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) by COVID-19 or with no classification reported were considered. **Results:** Out of a total of 205,867 registered cases, 52.6% were male and the mean age was 62 years. In deaths, the black and brown population had the lowest mean age, at 65 and 66 years, respectively. It is worth noting that, albeit slightly, the black category had the shortest intervals of time between symptom onset and ICU admission, hospitalization, and death, and symptom onset and death. When breaking down by sex, it is observed that over the triennium, black girls/women had the highest lethality, at 44.2%, with a greater emphasis in 2020, at 46.4%. The median age was 63 years, higher in the white population (67 years). **Final considerations:** Intersectionalizing the study, bringing black women into focus, allowed to highlight the dual discriminatory process they undergo. Both conditions bring social and cultural constructions that make these people vulnerable. The research highlights the need for public policies that address racial inequalities in healthcare and the importance of raising awareness among professionals to collect data in a complete and accurate manner, aiming to make the healthcare system more equitable and reduce racial disparities in COVID-19 mortality.

Keywords: Death; Racial Factors; Coronavirus Infections; Women; Gender Perspective.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Etapas para seleção do banco de dados final.....	36
---	----

ARTIGO I

Figura 1. Etapas para seleção do banco de dados final.....	43
---	----

Figura 2. Intervalo de tempo entre data de início dos sintomas e entrada na UTI, data de internação e óbito e data de início de sintomas e óbito por COVID-19 no ERJ, segundo raça/cor e ano de notificação, entre março de 2020 e dezembro de 2022.....	51
---	----

ARTIGO II

Figura 1. Etapas para seleção do banco de dados final.....	68
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição da construção das variáveis.....	37
---	----

ARTIGO I

Tabela 1. Casos notificados estratificados pelo quesito raça/cor, no estado do Rio de Janeiro, de março de 2020 a dezembro de 2022.....	47
--	----

Tabela 2. Letalidade hospitalar em adultos estratificada pelo quesito raça/cor, no estado do Rio de Janeiro, de março de 2020 a dezembro de 2022.....	48
--	----

Tabela 3. Resultado dos modelos logísticos com desfecho óbito e não óbito por COVID estratificado pelas variáveis: sexo, escolaridade, raça/cor, idade, uso de UTI, uso de suporte ventilatório e ano de notificação. Estado do Rio de Janeiro, de março de 2020 a dezembro de 2022.....	50
---	----

ARTIGO II

Tabela 1. Casos de COVID-19 em pessoas do sexo feminino internadas no estado do Rio de Janeiro, estratificados pelo quesito raça/cor, de março de 2020 a dezembro de 2022.....	72
---	----

Tabela 2. Letalidade hospitalar de SRAG por COVID-19 em pessoas do sexo feminino estratificada pelo quesito raça/cor, no estado do Rio de Janeiro, de março de 2020 a dezembro de 2022.....	74
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn-RJ	Associação Brasileira de Enfermagem – seção Rio de Janeiro
ANDES-SN	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNMS	Coletivo de Negritude Maria Soldado
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COE-nCoV	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - novo Coronavírus
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CT UFRJ	Centro de Tecnologia da UFRJ
DAE	Doenças, Agravos e Eventos
DAPS	Departamento de Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EEAP	Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ESP	Emergências em Saúde Pública
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAFEND	Liga Acadêmica sobre Fenômeno das Drogas
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MDR	Ministério do Desenvolvimento Regional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD Contínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SBIM	Sociedade Brasileira de Imunizações
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SG	Síndrome Gripal
SIM-P	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SIVEP-Gripe	Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SpO2	Saturação Periférica de Oxigênio
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VOCs	Variantes de Preocupação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
APROXIMAÇÃO DO TEMA	17
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Pandemia da COVID-19 – o desafio que transformou o mundo.....	19
1.1.1 Pandemia da COVID-19 no contexto Brasil.....	19
1.1.2 Pandemia da COVID-19 no contexto do Rio de Janeiro	21
1.1.3 Cenário epidemiológico no Brasil.....	22
1.1.4 Cenário epidemiológico no Estado do Rio de Janeiro.....	24
1.1.5 Vigilância em saúde na COVID-19	25
1.2 Desigualdades raciais e a pandemia da COVID-19.....	28
1.2.1 Desigualdade social e raça/cor.....	28
1.2.2 Panorama da população negra no Brasil	31
1.2.3 Interseccionalidade: raça/cor e gênero	33
1.3 Justificativa.....	34
1.4 Objetivos	35
1.4.1 Objetivo geral.....	35
1.4.2 Objetivos específicos.....	35
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	36
3 RESULTADOS	38
3.1 Artigo I - DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE: Análise da Assistência no Contexto da Pandemia de COVID-19 no Rio de Janeiro	39
3.1.1 Resumo.....	39
3.1.2 Introdução	39
3.1.3 Material e Método	42
3.1.4 Resultados	45
3.1.5 Discussão.....	52
3.1.6 Considerações Finais	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
3.2 Artigo II - COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: uma análise nos casos e óbitos com foco nas mulheres negras	65
3.2.1 Resumo.....	65
3.2.2 Introdução	65
3.2.3 Metodologia	67
3.2.4 - Resultados.....	69

3.2.5 Discussão	75
3.2.6 Considerações Finais	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES	92
APÊNDICE A – Informações de Apoio: Tabelas referentes ao Artigo 1	92

APRESENTAÇÃO

O texto desta dissertação está estruturado com a Introdução que abrange informações gerais sobre a pandemia de COVID-19 e conceitos relacionados ao tema. Posteriormente, foi apresentada uma análise da situação epidemiológica da COVID-19 no Brasil, traçando um paralelo sobre a desigualdade racial, que incluiu um levantamento de estudos realizados por diversos autores sobre as disparidades raciais no país. Em seguida, contextualizou-se essas desigualdades no âmbito da saúde, estabelecendo conexões entre três temas principais: desigualdades raciais, saúde e a pandemia (no Brasil e estado do Rio de Janeiro).

Na seção intitulada Aspectos Metodológicos, é detalhado o desenho de estudo que viabilizou a construção dos dois artigos, que foram produtos desta pesquisa e que alcançaram os objetivos específicos do estudo. Na apresentação dos resultados, os dois artigos foram expostos separadamente, sendo o Artigo 1 um estudo transversal abordando a associação entre raça/cor e o acesso ao sistema de saúde e à assistência, direcionado a adultos hospitalizados devido à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) / COVID-19. Já no Artigo 2, o foco principal foi descrever os casos e óbitos hospitalizados por SRAG por COVID-19 em pessoas do sexo feminino negras, neste caso incluindo todas as faixas etárias.

Na seção de Discussão de ambos os artigos, os resultados obtidos foram analisados à luz da literatura científica. Além disso, foram apresentadas as limitações identificadas durante o estudo. Por fim, as Considerações Finais apresentaram uma síntese da interpretação dos resultados, destacando as conclusões alcançadas e sua importância no contexto mais amplo da pesquisa.

APROXIMAÇÃO DO TEMA

Quando a filósofa Lelia Gonzalez, em 1988, defendeu que uma pessoa negra que tem consciência de sua negritude está automaticamente inserida na luta contra o racismo, eu ainda não era nascida. Entretanto, somente em 2013, ano em que ingressei no curso de Enfermagem da UNIRIO, que me aprofundei nas temáticas sociais.

Mulher preta, nascida e criada no Complexo do Alemão, entendi rapidamente o porquê do uso do termo "minorias" para se referirem às pessoas iguais a mim, apesar de sermos maioria no país. E, descobrir a sua negritude num espaço cuja predominância branca é histórica, fez a minha trajetória acadêmica e pessoal mudarem radicalmente.

Na graduação, junto com outros estudantes, fundei o Coletivo de Negritude Maria Soldado (CNMS), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP/UNIRIO). Participei da diretoria da Liga Acadêmica sobre o Fenômenos das Drogas (LAFEND), que para além de questões biológicas, sempre trouxe as questões raciais envolvidas neste fenômeno.

Extramuros da universidade, participei do Comitê Estudantil da Associação Brasileira de Enfermagem - seção Rio de Janeiro (ABEn-RJ), importante entidade para enfermagem e que discute sobre os desafios e potencialidades da profissão no Brasil. A ABEn teve papel essencial na minha introdução no movimento estudantil e luta por um SUS equânime.

Ingressei na Residência em Enfermagem em Saúde Coletiva em 2019, ano que atuei em unidades básicas de saúde e tive a primeira oportunidade de atuar como profissional dentro de locais com tamanha iniquidade social.

No início da pandemia, março de 2020, eu estava atuando no Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) do município do Rio de Janeiro. Com o aumento exponencial de casos, os trabalhos em outras áreas tiveram que ser reorganizados para darmos suporte às notificações que chegavam a todo momento na secretaria.

Por 1 ano (2021-2022) atuei na Vigilância Epidemiológica de Cabo Frio, especificamente no enfrentamento à Covid-19 e há três anos atuo na Vigilância Epidemiológica da Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, o qual tem como importante ferramenta as notificações dos casos para observar o perfil sociodemográfico no cenário epidemiológico, identificar e propor medidas para intervir e mitigar os riscos para população.

A motivação principal para este trabalho foi a possibilidade de me debruçar sobre um estudo voltado para analisar os impactos sanitários da COVID-19 na camada da sociedade da

qual faço parte. Analisar, e ao mesmo tempo refletir que, em diversas circunstâncias, também fiz parte de dados apresentados nesta pesquisa. E, acima de tudo, reconhecer a importância de devolver para a sociedade todo o período de aprendizado acadêmico.

1. INTRODUÇÃO

À medida que a pandemia avançava pelos estados e cidades brasileiras, entidades de saúde e instituições científicas de renome reiteravam a importância da implementação de medidas de mitigação da disseminação do vírus (Brasil, 2020b; OPAS; OMS, 2020). No entanto, seguir essas recomendações demonstrou desafios sociais que historicamente estão inseridos na sociedade e delimitaram quem poderia aderir ou não às medidas.

No Brasil, as intervenções não farmacológicas, em vez de serem fortalecidas e organizadas pelo governo federal, encontraram recusa na implementação em nome da economia, prevaleceram ataques à ciência e às experiências históricas de enfrentamento de epidemias (Werneck *et al.*, 2021, p. 4). Além disso, as iniquidades sociais foram potencializadas e potencializadoras no que tange a cumprir medidas de proteção.

Não é mais possível dizer para as pessoas lavarem as mãos sem que exista saneamento adequado ou para não se aglomerarem em transportes públicos lotados. Não são os comportamentos individuais que explicam as desigualdades estruturais e a pandemia só as escancara (Werneck *et al.*, 2021, p. 5).

Embora a COVID-19 seja uma doença que pode infectar qualquer pessoa, independentemente de sua origem ou status, as desigualdades sociais, econômicas e de saúde têm um impacto significativo na forma como a pandemia afeta os indivíduos e as comunidades (Demenech *et al.*, 2020). Os obstáculos para atender às medidas de prevenção do vírus, frente às dificuldades socioeconômicas, perpassam desde o acesso à moradia até condições informais de trabalho, o que demonstra a complexidade que é responder a uma pandemia.

O racismo estrutural perpetua uma realidade em que a população negra continua enfrentando desafios sistemáticos e limitações de oportunidades, o que impacta na sua qualidade de vida e seus resultados em várias esferas. Abordar essas disparidades requer um compromisso contínuo em desmantelar os sistemas de discriminação e promover a equidade de oportunidades.

1.1 Pandemia da COVID-19 – o desafio que transformou o mundo

1.1.1 Pandemia da COVID-19 no contexto Brasil

O vírus SARS-CoV-2 descoberto em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, rapidamente se espalhou pelos continentes, desencadeando a pandemia da COVID-19, um dos eventos mais impactantes e transformadores dos últimos tempos (OMS, 2020a). A ampla magnitude da doença, exigindo diversos recursos para seu controle, representou um significativo desafio, principalmente para os locais de baixa e média renda, que dependem de tecnologias produzidas por outros países (Iser *et al.*, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, um mês após o primeiro caso confirmado, diante dos 7,7 mil casos confirmados e 268 óbitos em 19 países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) “declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)”, o mais alto nível de alerta da OMS (OMS, 2020a). Foi a sexta vez que o mecanismo, criado após o surto de SARS em 2002-2003, foi acionado – H1N1(2009), Poliomielite (2014), Zika (2016), Ebola (2014 e 2019) (OMS, 2020b; SBIM, 2020).

A ESPII é considerada pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) “um evento extraordinário, que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido à disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata” (OMS, [s. d.]).

Com o avanço exponencial do vírus pelos continentes, em 11 de março de 2020, a OMS passou a considerar o evento como uma pandemia. Segundo a OMS, a pandemia se refere “à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo” (OMS, [s. d.]).

Pandemias como a da COVID-19 transcendem repercussões de ordem biomédica e epidemiológica. Observamos que, desde 2020, o mundo sofreu com impactos sociais, econômicos, políticos e culturais (Vommaro, 2021). Países ao redor do mundo foram desafiados a tomar medidas drásticas para conter a propagação do vírus, como lockdowns, distanciamento social, uso obrigatório de máscaras e restrições de viagens (Butantan, [s. d.]; Fiocruz, [s. d.]).

Cada líder governamental teve autonomia para estabelecer prioridades e direcionar suas medidas. Essas medidas tiveram impactos significativos e diferentes resultados na crise instalada (Vommaro, 2021). No Brasil, a descentralização de medidas para serem tomadas pelos estados resultou na desorganização do país no combate ao vírus e dificultou a tomada de decisão por líderes regionais.

A COVID-19 expôs a fragilidade do sistema de saúde global, bem como as iniquidades sociais que persistem em muitas regiões do mundo. Países desenvolvidos e em desenvolvimento lutaram para garantir o acesso a equipamentos de proteção, testes e, posteriormente, às vacinas. Os sistemas de saúde ficaram sobrecarregados, com profissionais da área da saúde enfrentando exaustão física e emocional (Ribeiro *et al.*, 2021).

Para além das questões biopsicossociais ocasionadas pela pandemia, o período mais crítico do evento foi enfrentado no Brasil com diversos embates políticos que possivelmente influenciaram para sermos o 2º país com maior número de óbitos registrados no mundo. Entre os desafios enfrentados, podemos pontuar que o principal partia do próprio presidente da república (Castilho; Lemos, 2021; Vommaro, 2021).

Observou-se no período, através de entrevistas e *lives* promovidas pelo próprio presidente, que ele liderava falas antivacina, replicava Fake News e desinformação, desacreditava a ciência e importantes entidades da saúde e incentivava o descumprimento de medidas sanitárias para contenção do vírus (BBC News Brasil, 2020). Cabe ressaltar que a presidência é a posição que tem maior influência nas tomadas de decisão durante uma crise mundial, sendo responsável por fortalecer ou enfraquecer o enfrentamento efetivo da crise no país que governa.

Outro ponto que vale destacar da atuação do governo durante a pandemia permeia as trocas e escolhas para o Ministério da Saúde (MS), denotando a forma banalizada que a pandemia foi tratada no Brasil. Entre 2020 e 2022, passou pela pasta ministerial quatro ministros. O primeiro foi Luiz Henrique Mandetta, que foi exonerado em 16 de abril de 2020, dando lugar a Nelson Teich, que ficou pouco menos de um mês (saída em 15 de maio de 2020). Ambos saíram por discordâncias técnicas com o presidente, embora durante a gestão também tenham se posicionado algumas vezes contrariamente às recomendações da OMS (Agência Brasil, 2021; G1, 2021).

Após a saída de Teich, o General do Exército Eduardo Pazuello assumiu interinamente o MS em 2 de junho, sendo nomeado oficialmente em 14 de setembro de 2020. O despreparo do, até então, ministro era perceptível nas poucas entrevistas que deu. O marco de sua passagem, além da recomendação de medicamentos sem base científica, se deu com o apagamento dos dados de COVID-19 no portal do MS, em 5 de junho, o que deu origem a preocupações e desconfianças sobre a transparência das informações divulgadas pelo governo brasileiro em relação à pandemia. Esse episódio gerou questionamentos sobre a veracidade dos dados e a forma como as informações estavam sendo tratadas e apresentadas ao público (Agência Brasil, 2021; G1, 2021).

Em 23 de março de 2021, Pazuello foi retirado da pasta e, em discurso, relacionou a sua saída do MS à conspiração política. Então, em 24 de março de 2021, o ministro Marcelo Queiroga assumiu o MS, exercendo a função até o final do governo, em 31 de dezembro de 2022 (G1, 2021; Vargas, 2021).

1.1.2 Pandemia da COVID-19 no contexto do Rio de Janeiro

Antecipando-se aos primeiros casos confirmados no país, desde o início de fevereiro/2020, a SES-RJ estabeleceu seu plano de contingência, que ao longo do ano foi se modificando e readequando para o cenário vivenciado naquele momento. O Plano, baseado em parâmetros epidemiológicos, estabeleceu níveis de ativação da contingência que iam de 0 (casos importados) a 3 (incapacidade de atender a demanda) (SES-RJ, 2020b).

Em meados de março, a SES-RJ já identificava que o Estado iniciava sua transmissão local e, em poucos dias, foi confirmada a transmissão comunitária de SARS-CoV-2, entrando, assim, no nível 2 do plano de contingência (Agência Brasil, 2020; UOL, 2020). Seguindo as recomendações das entidades internacionais e nacionais de Saúde, municípios interioranos do Estado implementaram barreiras sanitárias, permitindo a circulação apenas de moradores e profissionais de serviços essenciais que atuavam na região.

Desde a identificação do primeiro caso, os registros de COVID-19 aumentavam exponencialmente, dia após dia. No Rio de Janeiro, os altos índices de contágio demonstravam que, entre abril e maio de 2020, o estado já apresentava um aumento de 55% de mortes ocorridas em hospitais, 110% em outros estabelecimentos e 95% em domicílio, em comparação com anos

anteriores (Fiocruz, 2020). Em dezembro de 2020, o Estado detinha a maior taxa de óbitos por COVID-19 no Brasil, cerca de 131 mortes a cada 100 mil habitantes (G1, 2020b).

Com o aumento dos casos no Estado do Rio de Janeiro, mais precisamente na Zona Sul do Município do Rio de Janeiro, a prefeitura da cidade resolveu instalar barreiras sanitárias na área e desmotivar eventos em massa e aglomerações, na tentativa de mitigar a disseminação do SARS-CoV-2. Contudo, foi na periferia da capital que a COVID-19 fez mais vítimas. De acordo com pesquisa publicada pelo IPEA em julho de 2020, a taxa de letalidade foi mais elevada nos bairros que historicamente têm menos acesso ao saneamento básico e aos serviços de saúde (Miranda *et al.*, 2020).

Esse cenário de vulnerabilidade para agravamento da doença na população de menor poder aquisitivo pôde ser percebido no primeiro caso e óbito do estado. O primeiro caso confirmado foi em Barra Mansa, uma mulher de 27 anos, com histórico de viagem para Itália e Alemanha, retornando ao Brasil em 23 de fevereiro. O primeiro óbito foi de uma mulher de 63 anos, diarista, residente em Miguel Pereira, com comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A idosa, durante o trabalho, teve contato com sua empregadora, que havia retornado de viagem para o exterior e confirmado caso de COVID-19 (Gandra, 2020; SES-RJ, 2022).

Apesar dos alarmantes dados, percebeu-se que já em 2020 a população pouco respeitava as medidas não farmacológicas de proteção. O número desenfreado de contagiados e a taxa recorde de óbitos fez coro com diversas ações equivocadas dos agentes políticos fluminenses. As medidas restritivas foram flexibilizadas, resultando em uma significativa alta na mobilidade social, mesmo com a crescente número de casos registrados, a despeito do grande impacto da doença no estado. Bares, restaurantes e casas de show voltaram a funcionar, ainda que atendendo a um público reduzido. Em pouco tempo, os números demonstraram que a vulnerabilidade social e econômica também foram fatores preponderantes para a superação ou não da doença.

1.1.3 Cenário epidemiológico no Brasil

Em 22 de janeiro de 2020, enquanto o novo coronavírus se disseminava em outros países e o Brasil ainda não havia registrado casos da doença, o MS agiu prontamente e ativou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV) (Brasil,

2020a, [s. d.]). Esse serviço faz parte de uma estratégia prevista pelo Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública, elaborado pelo MS com o objetivo de promover a resposta coordenada às ações de resposta às Emergências em Saúde Pública (ESP), através da articulação e da integração dos atores envolvidos. O COE-nCoV viabiliza recursos voltados para a emergência sanitária, bem como articula as informações entre a gestão dos três entes do SUS (Brasil, 2020a, [s. d.]).

Ainda se antecipando ao primeiro caso, em 3 de fevereiro de 2020, o MS emitiu a Portaria nº 188/2020, na qual declarou a “Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus” (Brasil, 2020c). A ativação do COE-nCoV e a declaração de ESPIN foram passos cruciais tomados pelo MS para enfrentar a emergência da COVID-19 no Brasil.

Em 26 de fevereiro, o Brasil registrou seu primeiro caso de COVID-19, no estado de São Paulo, sendo o caso identificado em um homem, branco, de 61 anos, recém-chegado de uma viagem à Itália. Em 12 de março, também em São Paulo, o Brasil registra a primeira morte. Neste caso, uma mulher de 57 anos, diabética e hipertensa, que trabalhava como diarista e foi internada no hospital municipal (Albuquerque; Ribeiro, 2021).

Após quase um mês do primeiro caso identificado, em 21 de março de 2020, o Brasil já havia registrado aproximadamente 1.128 casos e 18 óbitos acumulados (Brasil, 2023b). Nesse período, começou-se a discutir a transição da transmissão local para a transmissão comunitária no país, o que foi confirmado pelo 5º Boletim Epidemiológico do COE-nCoV (Brasil, 2020a).

O Brasil passou a implementar medidas mais rigorosas de restrição ao deslocamento e ao tráfego internacional. O fechamento da fronteira com a Venezuela ocorreu em 18 de março, e no dia seguinte, quase todos os outros países tiveram suas fronteiras fechadas também. Em 20 de março, o MS publica portaria confirmando transmissão comunitária no país (Agência Brasil, 2020).

Diante das evidências científicas que indicaram a possível transmissão do vírus por pessoas assintomáticas e seguindo as recomendações da OMS, a organização emitiu documento técnico no início de abril trazendo novas diretrizes para a prevenção da COVID-19. O documento incluía o uso de máscaras faciais por todas as pessoas, além de recomendar o distanciamento social e reforçar outras medidas não farmacológicas (OPAS; OMS, 2020).

1.1.4 Cenário epidemiológico no Estado do Rio de Janeiro

A disseminação inicial dos casos de COVID-19 no estado do Rio de Janeiro se concentrou na Região Metropolitana I, especialmente na capital fluminense (SES-RJ, 2022). Entretanto, não foi nesta região que se confirmou o primeiro caso de óbito. O primeiro caso confirmado ocorreu na Região de Saúde Médio-Paraíba, município de Barra Mansa, no dia 5 de março de 2020, em uma mulher com histórico de viagem pela Europa (Gandra, 2020). Já o primeiro óbito foi de uma mulher, 63 anos, com diabetes e hipertensão, residente da Região de Saúde Centro-Sul, do município de Miguel Pereira, em 17 de março de 2020, que trabalhava como empregada doméstica e sua empregadora tinha confirmação para COVID-19 após viagem para a Itália (Werneck *et al.*, 2021).

Seguindo as recomendações das entidades internacionais e nacionais de saúde, diversos municípios interioranos do estado adotaram medidas de prevenção mais rigorosas. A implementação de barreiras sanitárias foi uma dessas medidas, com o objetivo de limitar a circulação de pessoas entre as cidades e regiões, visando conter a propagação do vírus (Fernandes, 2021). As barreiras sanitárias permitiam apenas a circulação de moradores e profissionais de serviços essenciais que atuavam na região. Essa ação restringiu a movimentação de pessoas de outras localidades, reduzindo a possibilidade de introdução do vírus em áreas menos afetadas e controlando a disseminação interna, a fim de evitar o colapso do sistema de saúde em regiões com menor infraestrutura hospitalar (Fernandes, 2021).

O Rio de Janeiro alcançou seu pico no número de casos durante a pandemia na Semana Epidemiológica (SE) 02/2022 (09/01 a 15/01/2022), com 239.469 casos com início de sintomas datados na SE. Quanto às internações e uso de UTI por SRAG, o ápice foi na SE 13/2021 (28/03 a 03/04/2021), com 5.699 e 1.859 hospitalizações, respectivamente. Referente aos óbitos confirmados por COVID-19, o pico ocorreu na SE 19/2020 (03/05 a 09/05/2020), com 2.044 mortes datadas somente naquela semana (SES-RJ, 2020a).

Cabe ressaltar que na SE 19/2020, estávamos no início da pandemia, ainda em processo de descoberta de como o vírus agia e, por ser desconhecido, a população não tinha imunidade para combate ao SARS-CoV-2. Durante a SE 13/2021, o ERJ vivenciava a circulação da variante Gama e, no período de destaque de novos casos, na SE 02/2022, a variante que circulava em predominância era a Ômicron. Entre as Variantes de Preocupação (VOCs),

durante 2020 a 2022, o ERJ identificou a circulação da Alfa, Delta, Gama e Ômicron (SES-RJ, 2020a).

1.1.5 Vigilância em saúde na COVID-19

A vigilância em saúde desempenhou um papel crucial na detecção, monitoramento e controle da propagação do vírus da COVID-19 desde o início da pandemia. Com a coleta e análise do cenário epidemiológico, foi possível compreender o padrão de transmissão, avaliar a evolução da doença e identificar com rapidez as novas variantes, oportunizando o tempo de resposta na adequação de estratégias para o combate do vírus.

Observando o que vinha acontecendo em outros países, já em janeiro de 2020, o MS articulou estrategicamente ações para vigilância em saúde, através da estruturação e fortalecimento das vigilâncias epidemiológica e laboratorial da COVID-19. Com a mudança constante no cenário pandêmico e impactos na saúde, foi necessário implantar vigilância para a “primeira condição pós-COVID no Brasil – Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P), ampliar a vigilância genômica do SARS-CoV-2, bem como incorporar as vacinas COVID-19 e acompanhar a cobertura vacinal” (Brasil, 2021a).

Segundo o MS (Brasil, 2021b),

Embora a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolvam sintomas leves (40%) ou moderados (40%), aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio e, cerca de 5% podem apresentar a forma crítica da doença.

Em estudo realizado com o intuito de revisar os sinais e sintomas mais comuns relatados durante 2020, evidenciou-se que os mais frequentes foram a febre (temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), tosse, dispneia (dificuldade respiratória), mialgia e fadiga (Iser *et al.*, 2020). Em informativo disponibilizado pela OPAS/OMS, alguns pacientes também apresentaram perda de paladar ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dores nos músculos ou juntas, diferentes tipos de erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas (OPAS; OMS, [s. d.]). Sintomas que, em geral, surgem gradualmente, podendo até mesmo algumas pessoas infectadas apresentarem sintomas muito leves ou permanecerem assintomáticas.

O MS classifica os casos como (Brasil, 2021b):

- Assintomático: sem sintomas, porém com teste laboratorial positivo para COVID-19.
- Leve: caracterizado a partir da presença de sintomas não específicos, como tosse, dor de garganta ou coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia.
- Moderado: os sintomas mais frequentes podem incluir desde sinais leves da doença, como tosse persistente e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia), além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade.
- Grave: considera a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Para crianças, os principais sintomas incluem taquipneia, hipoxemia, desconforto respiratório, alteração da consciência, desidratação, dificuldade para se alimentar, lesão miocárdica, elevação de enzimas hepáticas, disfunção da coagulação, rabdomiólise, cianose central ou Saturação Periférica de Oxigênio (SpO₂) <90-92% em repouso e ar ambiente, letargia, convulsões, dificuldade de alimentação/recusa alimentar.
- Crítico: os principais sintomas são sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave, necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva.

Os casos, sejam de Síndrome Gripal (SG) ou SRAG, precisam ser notificados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS's). A notificação é instrumento essencial para as ações de vigilância. A notificação compulsória “é um comunicado às autoridades em saúde sobre Doenças, Agravos e Eventos (DAE) de importância para saúde pública. No Brasil, é respaldada pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1.975” (Costa; Cruz; Magno, 2023). A atualização das DAE ocorre através de Portarias ministeriais que divulgam a Lista de Notificação Compulsória (LNC), tendo os estados e municípios autonomia para incluir para o seu território outras DAE que sejam de seu interesse monitorar.

Atualmente, a LNC ministerial vigente é a estabelecida pela Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023; e a LNC estadual vigente é a apresentada pela Resolução SES nº 2.458, de 18 de outubro de 2021 (SES-RJ, 2021).

Para acompanhar o cenário epidemiológico no Brasil, em março de 2020 o MS lançou o sistema e-SUS Notifica para registro dos casos de SG suspeitos de COVID-19. Quanto aos casos hospitalizados e óbitos por SRAG, foram notificados no, já existente, Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). O SIVEP-Gripe é um sistema de notificação e monitoramento de casos de influenza no Brasil, sendo uma importante ferramenta para acompanhar a sazonalidade da gripe e identificar possíveis surtos ou epidemias. A “vigilância de SRAG foi implantada na rede de vigilância de Influenza e outros vírus respiratórios, que anteriormente atuava exclusivamente com a vigilância sentinela de SG” (DataSUS, 2024)

A ficha teve sua primeira versão em 18 de setembro de 2006 e subsidiou o SIVEP-Gripe durante a pandemia do H1N1. Em 22 de agosto de 2012, a segunda versão da ficha foi disponibilizada e utilizada até o início da pandemia COVID-19, quando veio a terceira versão em 7 de fevereiro de 2020. Para atender à necessidade de importantes informações para vigilância dos casos, a ficha vem passando por diversas atualizações (Brasil, [s. d.]).

A oportuna notificação e digitação dos dados epidemiológicos no SIVEP-Gripe subsidiam as vigilâncias municipais e estaduais para a tomada de decisão, planejando ações de prevenção e controle do agravo. Sendo assim, é importante que todas as unidades de saúde tenham acesso ao sistema para notificação e os profissionais estejam sensíveis a identificação dos casos, incluindo notificação de todos os óbitos por SRAG, independente de hospitalização.

Na ficha de notificação é possível confirmar o caso por um dos quatro critérios de encerramento: Laboratorial, Clínico–Epidemiológico, Clínico ou Clínico-Imagem. De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil *et al.*, 2022), a orientação para encerrar pelos critérios é:

- Critério Laboratorial: são os casos de SG ou SRAG com teste imunológico ou antigênico com resultado confirmatório.
- Critério Clínico-Epidemiológico: corresponde aos casos de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar confirmado para COVID-19, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas.
- Critério Clínico: considerado nos casos de SG ou SRAG associadas a anosmia e/ou ageusia aguda sem outra causa pregressa.

- Critério Clínico-Imagem: são os casos de SG ou SRAG que não foi possível confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas: opacidade em vidro fosco ou sinal de halo reverso.

O caso passa a ser descartado quando houver “identificação de outro agente etiológico confirmada por método laboratorial específico excluindo-se a possibilidade de uma coinfeção, ou confirmação por causa não infecciosa, atestada pelo médico responsável”. É importante destacar que um exame para COVID-19 isoladamente negativo/não detectável não é suficiente para descartar o caso (Brasil, 2022).

1.2 Desigualdades raciais e a pandemia da COVID-19

1.2.1 Desigualdade social e raça/cor

O Brasil foi o último país da América a abolir a escravidão oficialmente (Garcia, 2022). O período escravocrata invisibilizou os negros enquanto indivíduos, descaracterizou sua cultura e, com o conceito eurocêntrico de civilização, determinou a construção da inferioridade negra, além do apagamento das contribuições africanas no desenvolvimento das Américas e luta de seus povos na diáspora (Eugenio, 2015). A proclamação da Lei Áurea veio desacompanhada de políticas reparatórias e da ausência de condições básicas de sobrevivência para os negros escravizados (Hüning; Silva; Braga, 2021).

Ao contrário de políticas reparatórias, o preconceito e discriminação racial continuaram e, entre 1870 e 1920, foram fortalecidos pelo “racismo científico”, a partir de teses com ideologia da supremacia racial, onde somente um país branco avançaria com ideais de progresso e liberalismo (Hüning; Silva; Braga, 2021; Jaccoud, 2009). Em 1920, um projeto de lei foi proposto com o intuito de bloquear a imigração de pessoas negras. Sem sucesso com as medidas anteriores, esse ideal de embranquecimento do Brasil fortaleceu a ideia de miscigenação como “caminho possível para uma relativa aceitação social” (Hüning; Silva; Braga, 2021).

Informações como as apresentadas acima denotam como o racismo estrutural originado do período escravocrata, ainda hoje, vem desenhando o perfil socioeconômico da população negra, definindo quem tem direitos ou não e vulnerabilizando este grupo para desfechos desfavoráveis quando acometidos por doenças como a COVID-19 (Garcia, 2022; Hüning; Silva; Braga, 2021; Lourenço, 2023). Para Almeida (2021), a “desigualdade pode ser expressa em dados estatísticos e quantificada matematicamente, mas sua explicação está na compreensão

da sociedade e de seus inúmeros conflitos” (Almeida, 2021, p. 155). Essa persistente disparidade étnico-racial está intrinsecamente ligada à forma como as pessoas pretas e pardas vêm sendo impactadas historicamente.

Silvio Almeida, em sua obra, trata que todas as formas de racismo nascem do racismo estrutural, entendendo que as instituições “são apenas materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos” (Almeida, 2021, p. 47). O racismo estrutural e suas facetas interferem sistematicamente nas desigualdades sociais (Almeida, 2021; Silva; Silva, 2023).

A materialização do racismo se apresenta através de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais que menosprezam uma parte da população, restringindo o acesso aos direitos básicos de saúde, como os descritos pela Lei 8.080/90 através dos determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 1990; Reis, 2021; Silva; Silva, 2023).

O racismo interfere nesses fatores que influenciam diretamente no processo de saúde-doença, podendo causar adoecimento e morte da população atingida (Santos *et al.*, 2020). Achille Mbembe, filósofo e teórico político camaronês, em 2003 apresentou o termo Necropolítica, para abordar quem o estado entende que tem direito à vida (Mbembe, 2016), e escolhe de forma ficcional quem vai morrer, de acordo com as “relações de inimizade” (Pereira, 2019).

Assim, necropolítica é:

a expressão máxima, do poder e da capacidade de ditar quem pode viver e quem deve morrer. Por isso, matar ou deixar viver constituem os limites da soberania, seus atributos fundamentais. Exercitar a soberania é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder (Mbembe, 2016, p. 123).

O processo necropolítico durante a pandemia foi evidenciado nas ações governamentais neoliberais que retratavam o descompromisso com a classe trabalhadora e através de falas negacionistas proferidas pelo, até então, Presidente da República. Um movimento liderado pelo principal representante do Brasil seguia relativizando a pandemia (Castilho; Lemos, 2021; Silva; Silva, 2023). Eram veiculadas pela mídia suas falas, como: “está superdimensionado, o poder destruidor desse vírus”; “uma gripezinha ou resfriadinho”; “Todos nós iremos morrer um dia”; e “E daí?” [quando questionado sobre o recorde diário de mortes] (BBC News Brasil, 2020).

O descrédito às entidades de saúde e instituições científicas somou-se ao projeto que já vinha ocorrendo, de cerceamento de direitos conquistados da classe trabalhadora brasileira.

“Não se trata de ações desconexas, eventuais, pontuais ou excepcionais, trata-se, sim, de ações políticas que se transformaram em regra e não em exceção, que define quem importa e quem não tem importância, quem é essencial e quem é descartável.” (Castilho; Lemos, 2021).

Mais uma face do processo necropolítico se evidenciou durante a pandemia, nas questões estruturalmente desiguais que impossibilitaram a adesão de medidas não farmacológicas por todas as pessoas. “Uma parcela considerável da população brasileira não tem acesso à água potável; à moradia; ao automóvel particular, algum bem de consumo ou tipo de *direito* trabalhista e previdenciário que possibilite a mínima proteção neste momento” (Castilho; Lemos, 2021).

Embora a COVID-19 não faça seleção de quem irá infectar, alguns comportamentos podem expor mais ou não algumas pessoas. Por isso, logo no início da pandemia, autoridades sanitárias emitiram documento recomendando a adoção de medidas de prevenção, como: quarentena/isolamento social, fechamento de serviços não essenciais, restrição do transporte, higienização/lavagem constante das mãos, uso de máscaras etc. (Brasil, 2020b; OPAS; OMS, 2020).

Recomendações que, a princípio, se mostram simples de serem executadas e respeitadas, na prática não são tão simples. Enquanto algumas pessoas têm o privilégio de seguir o isolamento social, outras enfrentam barreiras significativas que as obrigam a tomar decisões difíceis entre se proteger contra o vírus e atender às necessidades básicas de subsistência. Isso ressalta a importância de políticas sociais abrangentes que abordem as desigualdades subjacentes e ofereçam suporte às pessoas que estão mais vulneráveis durante tempos de crise.

O Brasil possui 40,1% (IBGE, 2022) da população em atividades informais, o que significa que a falta de trabalho por um período prolongado pode resultar em dificuldades financeiras imediatas. Aqueles que trabalham informalmente geralmente não têm acesso a benefícios como licença remunerada, seguro de saúde ou outros direitos trabalhistas que poderiam oferecer algum apoio durante uma crise. Mesmo aqueles que possuem trabalhos formais, mas com instabilidade empregatícia, também podem enfrentar dificuldades.

Segundo dados oficiais do Ministério do Desenvolvimento Regional (MDR), no Brasil, 50,7% do volume de esgoto não é devidamente tratado, enquanto 26,8% da população não tem acesso ao abastecimento de água. Diante deste cenário, podemos identificar que, para as camadas vulneráveis da sociedade, a recomendação de higienização própria e de alimentos esteve vilipendiada (Brasil, M. do D. R., 2022).

Melhores condições de vida, como acesso ao saneamento básico, oportunidade educacional, acesso a empregos estáveis, segurança financeira e benefícios trabalhistas, são fundamentais para permitir que as pessoas façam escolhas que priorizem sua saúde e a saúde coletiva durante uma crise sanitária como a pandemia.

1.2.2 Panorama da população negra no Brasil

Através da Portaria nº 344/2017, “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 a autodeclaração do usuário de saúde”. Nos casos de recém-nascidos, óbitos ou quando o indivíduo não pode se manifestar, a responsabilidade dessa declaração de cor ou pertencimento étnico-racial, passa a ser da família ou responsáveis (Brasil, 2017b, p. 344).

Atualmente, utiliza-se no Brasil a autodeclaração de raça/cor baseada no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No Instituto, estabelece-se um sistema de categorização com cinco opções: branca, preta, parda, amarela e indígena (Brum, 2022). A autodeclaração está ligada à percepção individual sobre a própria raça/cor, o que abrange não somente características físicas, mas também a origem étnico-racial, elementos socioculturais e a construção subjetiva da identidade do indivíduo (Brasil, 2017b).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), desenvolvida pelo IBGE, apresenta o panorama da população brasileira com recorte de raça/cor (preta, parda e branca), e ressalta que há limitações na representação da população autodeclarada amarela ou indígena (IBGE, 2023, p. 2).

Devido às restrições impostas pela baixa representação das populações indígena e amarela no total da população brasileira quando se utilizam dados amostrais, e uma vez que a maior parte das informações ora apresentadas provêm da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua, realizada pelo IBGE, as análises estão concentradas em apontar as desigualdades entre as pessoas de cor ou raça branca e as pretas ou pardas. Juntos, esses três grupos respondiam por cerca de 99% da população brasileira em 2018: os brancos eram 43,1%; os pretos, 9,3%; e os pardos, 46,5% (IBGE, 2023, p. 2).

De acordo com o folheto “Características gerais dos domicílios e dos moradores 2022”, entre 2012 e 2022, a população autodeclarada parda e branca apresentou decréscimo na década, os pardos com discreta redução de 45,6% para 45,3% e os brancos de 46,3% para 42,8%. Assim, apesar da redução dos autodeclarados pardos, o Brasil passa a registrar a população parda como maior grupo populacional no território brasileiro (IBGE, 2023, p. 12).

Com a redução dos autodeclarados brancos e pardos, houve um notável aumento na proporção da população brasileira que se identifica como preta. Em 2022, cerca de 10,6% dos brasileiros autodeclararam-se como pretos, em comparação com a taxa de apenas 7,4% registrada em 2012. O maior quantitativo deste grupo está na região Nordeste, com aumento de 8,7% para 13,4%, seguido da região Sudeste que teve crescimento de 8,2% para 11,2% (IBGE, 2023, p. 12).

No ano de 2021, considerando o limiar de pobreza monetária definido pelo Banco Mundial, a taxa de pobreza variava no Brasil. Entre os indivíduos de origem branca, a proporção de pessoas em situação de pobreza era de 18,6%. Entretanto, naqueles que se identificaram como pretos, essa taxa era praticamente o dobro, atingindo 34,5%, e na população parda apresentava uma taxa ainda maior, de 38,4%. “Na linha da extrema pobreza, as taxas foram 5,0% para brancos, contra 9,0% dos pretos e 11,4% dos pardos.” (IBGE, 2022; World Bank, 2022).

Segundo dados do IBGE, a taxa de desocupação é maior na população preta (16,5%), seguido da população parda (16,2%) e menor na população branca (11,3%). Entre a população que possuía uma ocupação, 40,1% estavam empregadas informalmente. A taxa de informalidade era maior nos pardos (47,0%), seguido dos pretos (43,4%) e menor nos brancos (32,7%) (IBGE, 2022). Conseqüentemente, a renda média mensal da população negra¹ era menor (preta = R\$1.764 e parda = R\$1.814) em comparação a branca (R\$3.099). “Os ocupados pretos ou pardos eram maioria (53,8%) no mercado de trabalho em 2021, mas estavam em somente 29,5% dos cargos gerenciais, enquanto os brancos ocupavam 69,0% deles” (IBGE, 2022).

Quanto às informações sobre domicílio, 10,1% da população branca reside em domicílios próprios, mas sem documentos comprobatórios de que é sua propriedade. Quando observamos esse quesito na população negra, esse valor é quase o dobro, onde 20,8% das pessoas pardas e 19,7% das pessoas pretas vivem em situação de informalidade e insegurança de moradia (IBGE, 2022).

A representação política, um dos principais locais de tomada de decisão para implementação de políticas públicas que possam modificar o cenário de iniquidades, em 2020, apresentava apenas 2,0% de pessoas pretas ocupando cargo de prefeito e 6,2% em cargos de

¹ Em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, nesta pesquisa utiliza-se o termo "negro", como soma das pessoas que se autodeclararam pretas ou pardas, conforme definido pelo IBGE (Brasil, 2017a).

vereadores. A população parda constituía 30% dos prefeitos e 38,5% dos vereadores. Enquanto 67,1% dos cargos de prefeito e 53,6% no cargo de vereadores eram compostos por pessoas brancas. Nos municípios com até 20 mil habitantes, 67,9% dos prefeitos eram brancos, 29,0% pardos, 2,0% pretos, 0,5% amarelos e 0,2% indígenas. Quando o olhar se direciona para os municípios com 500 mil habitantes ou mais, a presença de pretos, amarelos e indígenas era inexistente, com 39 prefeitos brancos (81,3%) e nove pardos (18,8%) (IBGE, 2022).

A violência é uma das manifestações mais cruéis do racismo na nossa sociedade e os dados alarmantes nos sinalizam para isso. Em 2021, a cada 100 pessoas assassinadas no Brasil, 78 eram negras. Dos mortos pelas polícias, 84,1% eram negros e dos policiais mortos, 67,7% também eram negros. Quando fazemos um recorte de gênero, em 2021, as mulheres negras representaram 62% das vítimas de feminicídio, 70,7% vítimas das demais mortes violentas intencionais e 52,5% das vítimas de estupro e estupro de vulnerável (FBSP, 2022).

Na última década, a violência letal na população negra vitimou 408.605 pessoas, aproximadamente 72,0% de todos os homicídios ocorridos no Brasil no período. Enquanto o homicídio de pessoas brancas reduziu 26,5%, na população negra aumentou em 7,5%. Em 2021, as pessoas negras representaram 77,6% das vítimas de homicídio doloso e 67,6% das vítimas de latrocínio (FBSP, 2022).

1.2.3 Interseccionalidade: raça/cor e gênero

Interseccionalizar a discussão entre raça/cor e gênero nos permite capturar as:

Consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas [...] constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002).

O impacto do racismo somado ao machismo reflete nas ocupações das mulheres negras, concentrando-se em serviços relacionados à limpeza, trabalho doméstico e cuidado de crianças, idosos e doentes, caracterizados por baixas remunerações (Oliveira; Kuwahara, 2022). Além disso, a sobrecarga em cuidar sozinha dos filhos e/ou ser a principal mantenedora da renda familiar reforça a disparidade nos privilégios de adotar medidas de proteção, onde algumas pessoas têm a possibilidade de seguir as recomendações de proteção, enquanto outras não têm

opção de se distanciarem presencialmente de seus trabalhos - mesmos aqueles não essenciais (Oliveira; Kuwahara, 2022; ONU Mulheres Brasil, 2020).

Nas grandes regiões do país, a taxa de desocupação das mulheres em 2020 era de 16,2%, enquanto a dos homens era de 11,7% (ONU Mulheres Brasil, 2020). Em 2022, entre as mulheres negras chefes de família ocupadas, 25,3% eram empregadas domésticas, em comparação com 15,8% das mulheres brancas (DIEESE, 2023). Além disso, no Brasil havia em média 11 milhões de mulheres que eram mães solo - mulheres que cuidam sozinhas de seus filhos -, sendo aproximadamente 63% mulheres negras (Pessoa, 2023).

Em documento emitido pela ONU Mulheres Brasil, o impacto socioeconômico da pandemia é devastador para as mulheres, principalmente as pretas e pardas (ONU Mulheres Brasil, 2020). Embora estudos evidenciem que, de forma geral, a mortalidade por COVID-19 seja maior nos homens (Barros, 2021; Cardoso; Gomes; Silva, 2023), quando se analisa os óbitos pela perspectiva da ocupação dos grupos no mercado de trabalho, mulheres negras morrem mais que outros grupos (mulheres brancas e homens brancos e negros) (Ian Prates *et al.*, 2021).

1.3 Justificativa

Há certa similaridade na história dos primeiros casos e óbitos registrados em São Paulo e no Rio de Janeiro. Em São Paulo, o primeiro caso foi em um homem recém-chegado da Itália e no Rio de Janeiro, em uma mulher recém-chegada de uma viagem pela Europa. Nos óbitos, o primeiro de São Paulo foi em uma mulher que trabalhava como diarista e no Rio de Janeiro em uma mulher que trabalhava como doméstica (Albuquerque; Ribeiro, 2021).

A narrativa dos primeiros casos revela perversidades cotidianas e banalizadas da vida brasileira. A desigualdade como processo de seletividade espacial e de produção concomitante de abundância, riqueza e conforto de um lado, e de escassez, pobreza e vulnerabilização de outro. Ilustra o sentido da história da pandemia da COVID-19 que tem se geografizado no país e sua seletividade tanto na disseminação quanto na letalidade (Albuquerque; Ribeiro, 2021, p. 2).

As iniquidades sociais emergiram mundialmente com maior força no período pandêmico, evidenciando que as condições socioeconômicas e raciais impactam em como alguns grupos respondem à crise sanitária (Vieira; Monteiro; Silva, 2021). Os determinantes sociais tornam grupos vulneráveis mais suscetíveis à infecção e/ou agravamento (Bispo Júnior; Santos, 2021).

Quando pensamos nessa disparidade social, é necessário que façamos um recorte de raça/cor. Apesar da população negra ser a maioria no país, com 55,9% (preta= 10,6% e parda= 45,3%), a ocupação dessa população nos espaços de decisão/representação política é muito baixa (IBGE, 2023). Fato que é reflexo e permanece refletindo na relação da população preta e parda com a informalidade no mercado de trabalho, renda mensal baixa, insegurança na moradia e outras mais variadas formas de violência física, psicológica e sexual (FBSP, 2022; IBGE, 2019, 2022; World Bank, 2022).

Considerando o que foi abordado até o momento, cabe reforçar que a COVID-19 tem proporção global, com potencial de infectar qualquer pessoa. Porém, a depender do nível de exposição e assistência de saúde a que alguns grupos estão submetidos, estes correm maior risco, como é o caso da população negra, diante do que foi exposto. Assim, o presente estudo se justifica pela necessidade de avaliar e discutir como a desigualdade socioeconômica com recorte racial impactou no desfecho da COVID-19 na população residente do ERJ.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Analisar os casos e óbitos de COVID-19, segundo raça/cor, notificados pelo estado do Rio de Janeiro, entre 2020 e 2022.

1.4.2 Objetivos específicos

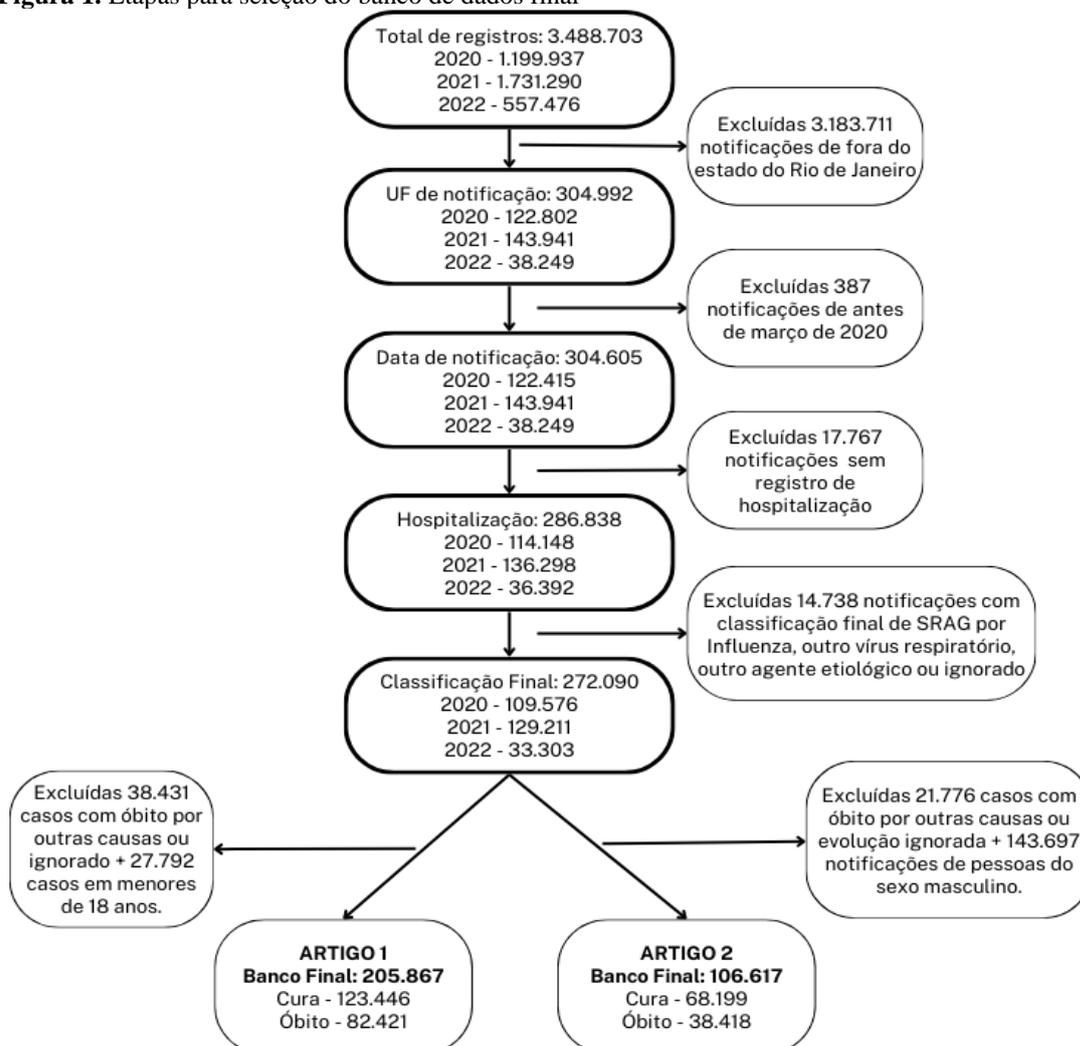
- Descrever o perfil dos casos e óbitos de SRAG por COVID-19 no estado do Rio de Janeiro, entre 2020 e 2022, segundo raça/cor; e
- Analisar os casos e óbitos de SRAG por COVID-19 de mulheres residentes no estado do Rio de Janeiro, segundo raça/cor.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Ambos os artigos tratam de uma pesquisa de natureza transversal descritiva, com uma abordagem quantitativa. Os dados coletados foram provenientes do banco de dados do SIVEP-Gripe, disponibilizado publicamente pelo openDataSUS².

A população do estudo foi composta por pessoas internadas no ERJ e notificadas no banco do SIVEP-Gripe, de 2020 a 2022, com classificação final categorizada como SRAG por COVID-19. Estes casos foram considerados como COVID-19 através da confirmação laboratorial, clínico-imagem ou após investigação epidemiológica. No primeiro artigo, considerou-se apenas adultos (≥ 18 anos); já no segundo artigo, considerou-se todas as idades, mas apenas pessoas do sexo feminino (Figura 1).

Figura 1. Etapas para seleção do banco de dados final



Fonte: Elaborado pelos autores.

² OpenDataSUS disponibilizado em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset?tags=SRAG>

As variáveis utilizadas para as análises do estudo correspondiam aos dados sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e de assistência, a saber: sexo (feminino ou masculino), idade contínua e por faixa etária, raça/cor autodeclarada (branca, preta, parda, amarela, indígena ou ignorada), escolaridade (sem escolaridade, Fundamental 1º ciclo, Fundamental 2º ciclo, Médio ou Superior), data de notificação, data dos primeiros sintomas, data de internação, data de entrada e saída da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uso de UTI (sim ou não), uso de suporte ventilatório (não; sim, invasivo; ou sim, não invasivo), vacinação (sim ou não), gestante (1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre, idade gestacional ignorada, não ou não se aplica), puérpera (sim ou não), realização de exames (raio-X, tomografia, teste antigênico e PCR), evolução e data da evolução.

Para análise do intervalo de tempo entre dois momentos do processo de adoecimento dos indivíduos foram incluídas variáveis a partir da diferença entre duas datas de registros existentes na ficha. As variáveis foram consideradas em dias e a construção é descrita na Tabela 1. Para diminuir a influência dos outliers nos resultados, optou-se por desconsiderar valores acima do percentil 95, conforme descrito abaixo.

Tabela 1 - Descrição da construção das variáveis

NOME DA VARIÁVEL	FÓRMULA	DESCRIÇÃO
Evento_1ss_UTI	Diferença entre as datas de entrada na UTI e início de sintomas	Tempo entre início de sintomas e entrada na UTI
Evento_Iss_Evolucao	Diferença entre as datas da evolução e início de sintomas	Tempo entre início de sintomas e registro da evolução
Evento_Internacao_Evolucao	Diferença entre as datas de evolução e da internação	Tempo entre internação e registro da evolução

Fonte: Elaborado pelos autores.

Análise dos dados

Para a consolidação e análise dos dados, tabulação e produção de gráficos foram utilizados os *softwares* R na versão 4.3.1, através da interface gráfica Rstudio na versão 2023.06.1 Build 524, e Microsoft Excel (versão 2019). Os bancos foram extraídos anualmente, porém consolidados em único arquivo no programa Microsoft Excel (versão 2019). Ressalta-se que o foco do estudo foi avaliar os óbitos de COVID-19, justificando o uso apenas do banco do SIVEP-Gripe, no

qual exclusivamente se notificam os casos de SRAG (situação que denota gravidade, podendo evoluir para óbito).

Nas análises foram considerados testes não paramétricos, após confirmação de ausência de normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. Para analisar as variáveis numéricas, foi utilizado o Teste de Wilcoxon. Para as variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado ou Teste exato de Fisher. Os fatores associados à evolução (cura ou óbito) foram avaliados a partir da regressão logística, ajustada por ano de notificação, sexo, raça/cor, escolaridade, idade, uso de UTI e uso de suporte ventilatório. O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

Esta pesquisa utilizou informações secundárias de fonte aberta, dispensando, portanto, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com o estabelecido na Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução CNS nº 580/2018. Todas as diretrizes éticas e legais foram rigorosamente seguidas, reforçando o compromisso dos autores em relação à precisão dos dados adquiridos e à apresentação fidedigna dos resultados obtidos.

3 RESULTADOS

Este trabalho será dividido em formato de dois artigos. A seguir, será apresentado detalhadamente o desenho do estudo de cada um deles, revelando os resultados obtidos. Ambos são de natureza transversal descritiva, com uma abordagem quantitativa que discorre sobre o risco de morrer por COVID-19 associando a categoria de raça/cor. O primeiro com foco para análise em adultos e o segundo nas pessoas do sexo feminino.

3.1 Artigo I - DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE: Análise da Assistência no Contexto da Pandemia de COVID-19 no Rio de Janeiro

3.1.1 Resumo

O estudo objetiva analisar os casos e óbitos por COVID-19 nos adultos internados no estado do Rio de Janeiro, entre março de 2020 e dezembro de 2022. Foram apresentados o perfil geral e calculado o intervalo de tempo entre eventos relacionados aos óbitos por COVID-19, estratificado por raça/cor. Trata-se de uma pesquisa de natureza transversal descritiva, com abordagem quantitativa. Para análise estatística foram usados testes não paramétricos e modelos de regressão logística, com desfecho evolução (óbito e cura) e considerando as covariáveis sexo, escolaridade, raça/cor, idade, região de saúde de residência, uso da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uso de suporte ventilatório e ano de notificação. Dos casos registrados, 52,6% eram do sexo masculino e a média de idade 62 anos. Nos óbitos, a população preta e parda apresentou a menor média de idade, com 65 e 66 anos, respectivamente. Destaca-se que a categoria preta apresentou os menores intervalos de tempo entre início de sintomas e internação na UTI, internação e óbito e início de sintomas e óbito. A pesquisa destaca a necessidade de instituir e rever políticas públicas que abordem as desigualdades raciais na saúde, a fim de tornar o sistema de saúde mais equânime, reduzindo as disparidades raciais na mortalidade da população preta e parda.

Palavras-chave: Óbito; Infecções por Coronavírus; Fatores raciais; Racismo.

3.1.2 Introdução

As iniquidades sociais emergiram mundialmente com maior força no período pandêmico, evidenciando que as condições socioeconômicas impactam diferentemente nos grupos sociais (Vieira; Monteiro; Silva, 2021). Além das comorbidades associadas, os determinantes sociais tornam grupos vulneráveis mais suscetíveis à infecção e/ou agravamento (Bispo Júnior; Santos, 2021).

O Brasil foi o último país da América a oficialmente abolir a escravidão, um período que invisibilizou os negros como indivíduos, desvalorizou sua cultura e perpetuou a construção eurocêntrica da inferioridade da população negra (Eugenio, 2015). A Lei Áurea, ao contrário

de políticas reparatórias, não foi acompanhada de condições básicas para a sobrevivência da população negra (Hüning; Silva; Braga, 2021).

O racismo estrutural persistente desde a escravidão resulta em desafios sistemáticos e restrições de oportunidades para a população negra, afetando sua qualidade de vida em várias esferas (Hüning; Silva; Braga, 2021; Jaccoud, 2009; Lourenço, 2023). Enfrentar essas disparidades requer um compromisso contínuo com a desmontagem dos sistemas discriminatórios e a promoção da equidade de oportunidades (Almeida, 2021).

Quando pensamos nessa disparidade social, é necessário que façamos um recorte de raça/cor. Apesar de a população negra ser a maioria no país, com 55,9% (preta= 10,6% e parda= 45,3%), a ocupação dessa população nos espaços de decisão/representação política é muito baixa (IBGE, 2023). Fato que é reflexo e permanece refletindo na relação da população preta e parda com a informalidade no mercado de trabalho, renda mensal baixa, insegurança na moradia e outras mais variadas formas de violência física, psicológica e sexual (FBSP, 2022; IBGE, 2019, 2022; World Bank, 2022).

Embora a COVID-19 seja uma doença que pode infectar qualquer pessoa, independentemente de sua origem ou status, as desigualdades sociais, econômicas e de saúde têm um impacto significativo na forma como a pandemia afeta os indivíduos e as comunidades (Demenech *et al.*, 2020).

Com a contaminação por COVID-19 avançando pelos estados e cidades do Brasil, logo no início da pandemia, autoridades sanitárias emitiram documento recomendando a adoção de medidas de prevenção, como: quarentena/isolamento social, fechamento de serviços não essenciais, restrição do transporte, higienização/lavagem constante das mãos, uso de máscaras etc. (Brasil, 2020b; OPAS; OMS, 2020).

Recomendações que, a princípio, se mostram simples de serem executadas e respeitadas, mas que na prática não foram tão simples para toda a população. Enquanto algumas pessoas tinham o privilégio de seguir o isolamento social, outras enfrentavam barreiras que as obrigavam a tomar a difícil decisão entre se proteger contra o vírus e atender às necessidades básicas de subsistência. Isso ressalta a importância de políticas sociais abrangentes que abordem as desigualdades subjacentes e ofereçam suporte às pessoas que estão mais vulneráveis durante tempos de crise.

No Brasil, o primeiro caso confirmado ocorreu em 26 de fevereiro e o primeiro óbito em 12 de março, ambos no estado de São Paulo (Gandra, 2020; SES-RJ, 2020a). No estado Rio de Janeiro, o primeiro caso foi registrado 6 dias após o confirmado em São Paulo e o primeiro óbito confirmado 5 dias depois, 04 de março no município de Barra Mansa e 17 de março no município de Miguel Pereira, respectivamente (Gandra, 2020; SES-RJ, 2020a, 2022; Werneck *et al.*, 2021)).

Há certa similaridade na história dos primeiros casos e óbitos registrados em São Paulo e no Rio de Janeiro. Em São Paulo, o primeiro caso foi em um homem recém-chegado da Itália e no Rio de Janeiro, em uma mulher recém-chegada de uma viagem pela Europa. Nos óbitos, o primeiro de São Paulo foi em uma mulher que trabalhava como diarista e no Rio de Janeiro em uma mulher que trabalhava como doméstica (Albuquerque; Ribeiro, 2021).

A narrativa dos primeiros casos revela perversidades cotidianas e banalizadas da vida brasileira. A desigualdade como processo de seletividade espacial e de produção concomitante de abundância, riqueza e conforto de um lado, e de escassez, pobreza e vulnerabilização de outro. Ilustra o sentido da história da pandemia da COVID-19 que tem se geografizado no país e sua seletividade tanto na disseminação quanto na letalidade (Albuquerque; Ribeiro, 2021, p. 2).

Até a conclusão deste estudo, fevereiro de 2024, o Brasil era o sexto país a registrar maior número de casos de COVID no mundo, porém, o segundo país com maior número de óbitos em decorrência da doença (OMS, 2024). Isso denota quão gravemente a pandemia afetou o território brasileiro. Mundialmente todos os líderes estavam despreparados para o Sars-CoV-2, porém a irresponsabilidade com que o governo brasileiro assumiu a crise advinda da pandemia potencializou os efeitos da circulação do vírus no Brasil.

Cabe reforçar que a COVID-19 tem proporção global, com potencial de infectar qualquer pessoa. Porém, a depender do nível de exposição a que alguns grupos estão submetidos, estes correm maior risco, como é o caso da população negra, considerando o que foi exposto até o momento.

Assim, a fim de avaliar e discutir como a desigualdade socioeconômica com recorte racial impactou no desfecho da COVID-19 na população residente do Estado do Rio de Janeiro (ERJ), este estudo teve como objetivo geral analisar os casos e óbitos por COVID-19, segundo raça/cor, notificados pelo ERJ, entre 2020 e 2022.

3.1.3 Material e Método

Desenho de estudo e população

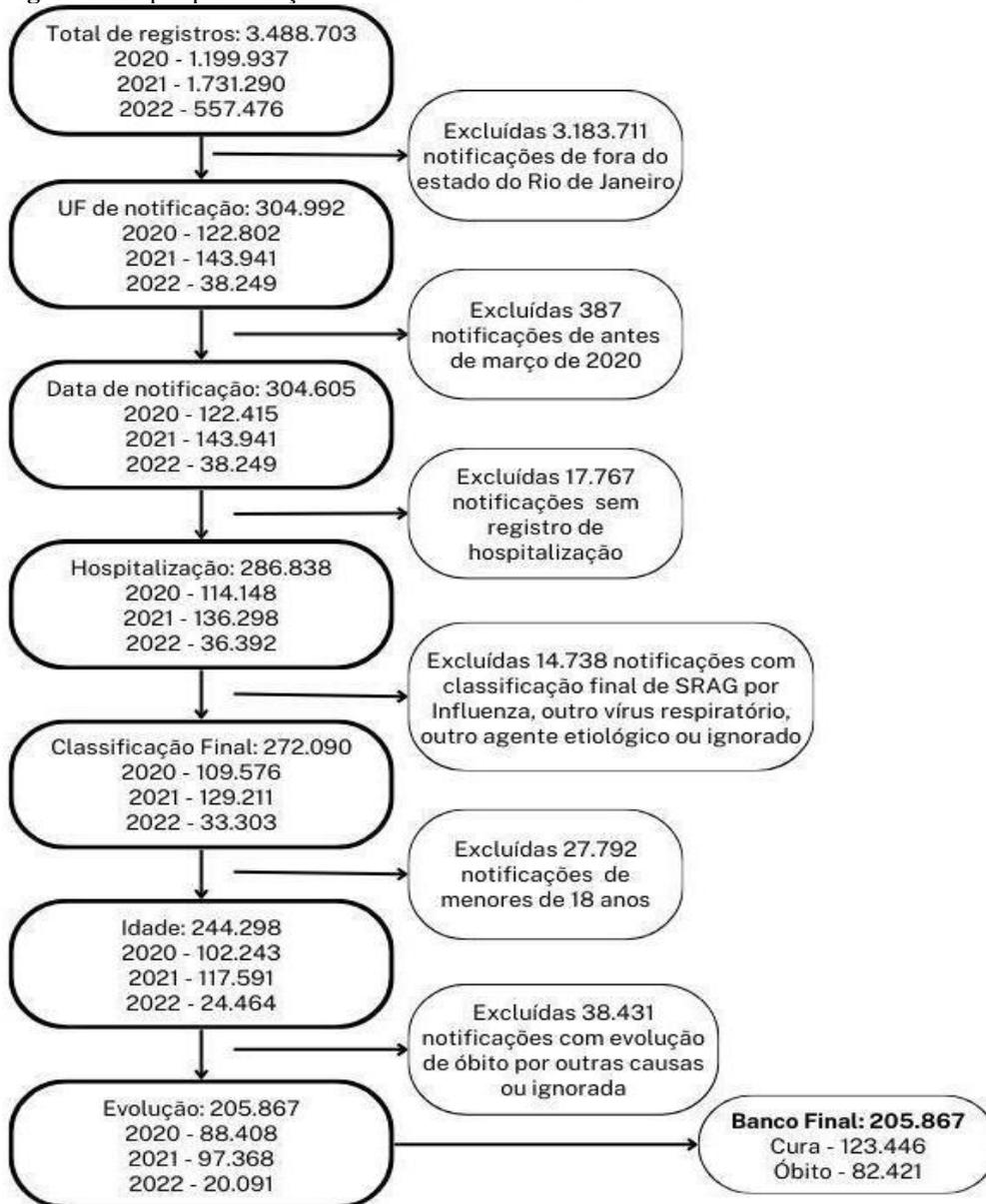
Trata-se de uma pesquisa de natureza transversal descritiva, com uma abordagem quantitativa. Os dados coletados foram provenientes do banco de dados do SIVEP-Gripe, disponibilizado publicamente pelo openDataSUS, plataforma do Ministério da Saúde (DataSUS, 2024).

A população do estudo foi composta por adultos internados no ERJ e notificados no banco do SIVEP-Gripe, de 2020 a 2022, com classificação final categorizada como SRAG por COVID-19.

Assim, do banco foram extraídos apenas os registros que se enquadravam no perfil acima descrito, através do recorte nas seguintes variáveis: unidade federativa de notificação (Rio de Janeiro); data de notificação (março/2020 a dezembro/2022); hospitalização (Sim); classificação final do caso (5 – SRAG por COVID-19 e 4 – SRAG não especificada); Adultos (≥ 18 anos); e evolução do caso (óbito e cura) (Figura 1).

As variáveis utilizadas para as análises do estudo correspondiam aos dados sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e de assistência, a saber: sexo (feminino ou masculino), idade contínua e por faixa etária, raça/cor autodeclarada (branca, preta, parda, amarela ou indígena), escolaridade (sem escolaridade, Fundamental 1º ciclo, Fundamental 2º ciclo, Médio ou Superior), data de notificação, data dos primeiros sintomas, data de internação, data de entrada e saída da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uso de UTI (Sim; Não), uso de suporte ventilatório (Não; Sim, invasivo; Sim, não invasivo), evolução e data da evolução.

Figura 1. Etapas para seleção do banco de dados final



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para análise do intervalo de tempo entre dois momentos do processo de adoecimento do indivíduo, foram incluídas variáveis a partir da diferença entre duas datas de registros existentes na ficha. Para diminuir a influência dos *outliers* nos resultados, optou-se por desconsiderar valores acima do percentil 95, assim as variáveis foram consideradas em dias, conforme descrito abaixo.

A variável “Evento_1ss_UTI” representa o tempo entre início de sintomas e entrada na UTI, sendo considerado de 0 a 16 dias. O tempo entre início de sintomas e registro da evolução

foi denominado de “Evento_1ss_Evolucao” e os dias considerados compreenderam de 0 a 51 dias. Já a variável “Evento_Internacao_Evolucao”, compreendeu o tempo entre internação e registro da evolução, indo de 0 a 43 dias.

Análise dos dados

Para a consolidação e análise dos dados foram utilizados os softwares R na versão 4.3.1, através da interface gráfica Rstudio na versão 2023.06.1 Build 524, e Microsoft Excel (versão 2019).

No estudo foi calculada a taxa de letalidade hospitalar, sendo o numerador o número de óbitos e o denominador o número de casos notificados. Para analisar as variáveis numéricas em relação à raça/cor, foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste de Qui-Quadrado ou Teste Exato de Fisher de acordo com a quantidade de observações. Os fatores associados à evolução (cura ou óbito) foram avaliados a partir da regressão logística, ajustada por ano de notificação, sexo, raça/cor, escolaridade, idade, região de saúde de residência, uso de UTI e uso de suporte ventilatório. O nível de significância adotado foi de 5%.

Aspectos éticos

Esta pesquisa utilizou informações secundárias de fonte aberta, dispensando, portanto, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com o estabelecido na Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução CNS nº 580/2018. Todas as diretrizes éticas e legais foram rigorosamente seguidas, reforçando o compromisso dos autores em relação à precisão dos dados adquiridos e à apresentação fidedigna dos resultados obtidos.

3.1.4 Resultados

O estudo compreendeu a análise de 205.867 notificações de adultos hospitalizados no ERJ. Dos casos notificados, 60,0% (N=123.446) evoluíram para cura e 40,0% (N=82.421) para óbito. Observa-se que o ano com maior concentração de notificações foi 2021, seguido de 2020 e 2022, com 47,1% (N=97.368), 42,8% (N=88.408) e 10,1% (N=20.091), respectivamente.

A média de idade foi de 62 anos (desvio padrão – DP = 17,5 anos), com predominância dos casos na faixa etária de 60 a 69 anos (21,3%). Além disso, 36,6% tinham ensino médio e 55% eram moradores da região Metropolitana I. No que refere ao acesso a serviços intensivos de saúde, 50,5% dos casos não registraram internação em UTI. Quanto ao uso de suporte ventilatório, 57,7% fizeram uso de dispositivo não invasivo e 19,5% invasivo.

Do total de registros, 70,8% tinham a variável raça/cor preenchida e para este quantitativo os resultados são apresentados na Tabela 1. Percebe-se que os registros mais frequentes das autodeclarações são branca e parda, com respectivamente 44,9 e 43,7%, seguidos de preta com 10,4%. As notificações com autodeclarações de raça/cor amarelas e indígenas somam 1,0% (Tabela 1).

Em 2021, observa-se a maior porcentagem de casos em todas as categorias de raça/cor, com destaque para a população parda, que representou 52,8% dos casos registrados em 2021. O sexo masculino é mais prevalente em todas as categorias.

Com relação à escolaridade, 23% do total de pessoas brancas notificadas tinham ensino superior, enquanto a categoria de pessoas pretas apresentou frequência de 8,6%, a menor entre todas as categorias de raça/cor. As faixas de idade 60-69 e 70-79 anos apresentam as maiores frequências, o mesmo ocorre com as regiões Metropolitana I e II.

Com relação ao uso de dispositivos de saúde, as categorias de raça/cor com menos frequência de uso de UTI são as amarelas, seguidas das pessoas pretas, respectivamente com 41,8 e 44,3%. Os indígenas apresentaram a maior frequência de não uso de suporte ventilatório. Além disso, na população preta, 23% fizeram uso do suporte ventilatório invasivo, a maior frequência considerando as demais categorias de raça/cor.

Na Tabela 2, é apresentada a letalidade estratificada pelas categorias de raça/cor. Apesar do ano de 2021 ter registrado o maior número de casos e óbitos no estado, quando se observa a letalidade por raça/cor, evidencia-se que a população preta e, discretamente, a indígena, tiveram maior número de óbitos no ano de 2020, com 48,6% e 28,8%, respectivamente.

Observa-se que a população preta apresenta a maior letalidade, de 47,8%, seguida da branca e parda. Ao considerar os anos, em 2020 a maior letalidade é na população preta (48,6%), em 2021 as taxas se igualam entre os brancos e pretos (47,3%) e em 2022 a maior taxa é na população branca (46,5%), seguida pelos pretos e pardos com, respectivamente, 45,9% e 44,8%.

As mulheres pretas apresentam a maior letalidade em comparação com outras mulheres e com os homens de todas as categorias de raça/cor. Com relação à escolaridade, as maiores taxas encontram-se na categoria "sem escolaridade" e as menores na categoria das pessoas com ensino superior, excluindo-se os indígenas por conta da pouca quantidade de observações. É importante observar que em todas as categorias de raça/cor, as taxas tendem a diminuir ao aumentar o nível educacional, esta mesma tendência é observada entre as categorias de idade.

A região Metropolitana I foi a mais letal para os brancos e pretos, já entre os pardos e amarelos, as maiores letalidades são encontradas na região Centro-Sul. Com relação ao uso de dispositivos de saúde, como era de se esperar, a utilização de UTI e de suporte ventilatório

invasivo apresentam as maiores letalidades se comparados ao não uso, entretanto, entre os que usaram UTI, os pretos apresentam a maior letalidade, 60,3%. Entre os brancos, esse número é 58,9%.

Tabela 1

Casos por COVID-19 em adultos internados no estado do Rio de Janeiro, estratificados pelo quesito raça/cor, de março de 2020 a dezembro de 2022.						
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	p-valor
	N=64.526	N=14.911	N=62.901	N=1.361	N=133	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
ANO DE NOTIFICAÇÃO						<0.001
2020	26.839 (41,6)	6.606 (44,3)	22.749 (36,2)	547 (40,2)	59 (44,4)	
2021	31.062 (48,1)	6.936 (46,5)	33.238 (52,8)	669 (49,2)	60 (45,1)	
2022	6.625 (10,3)	1.369 (9,2)	6.914 (11,0)	145 (10,7)	14 (10,5)	
SEXO						
Masculino	33.853 (52,5)	7.659 (51,4)	33.338 (53,0)	724 (53,2)	77 (57,9)	
Feminino	30.670 (47,5)	7.250 (48,7)	29.557 (47,0)	637 (46,8)	56 (42,1)	
ESCOLARIDADE						
Sem escolaridade	636 (2,7)	328 (6,0)	595 (3,9)	18 (6,25)	0 (0,0)	
Fundamental 1º ciclo	4.799 (20,2)	1.628 (29,6)	4.002 (26,0)	59 (20,5)	2 (12,5)	
Fundamental 2º ciclo	4.191 (17,7)	1.274 (23,2)	3.418 (22,2)	45 (15,6)	5 (31,3)	
Médio	8.620 (36,3)	1.788 (32,6)	5.702 (37,0)	123 (42,7)	6 (37,5)	
Superior	5.481 (23,1)	474 (8,6)	1.678 (10,9)	43 (14,9)	3 (18,75)	
IDADE média (DP)	65 (17,5)	60 (16,9)	60 (16,9)	61 (16,7)	62 (17,3)	<0.001
FAIXA ETÁRIA						<0.001
18-29 anos	6.545 (5,3)	338 (1,1)	689 (4,6)	572 (7,3)	470 (1,8)	
30-39 anos	13.428 (10,9)	812 (2,7)	1.332 (8,9)	961 (12,3)	1.036 (4,0)	
40-49 anos	20.300 (16,4)	1.755 (5,8)	1.991 (13,3)	1.289 (16,5)	2.209 (8,6)	
50-59 anos	24.538 (19,8)	3.522 (11,7)	2.859 (19,1)	1.678 (21,5)	4.112 (16,0)	
60-69 anos	25.056 (20,3)	6.248 (20,7)	3.481 (23,3)	1.680 (21,5)	6.349 (24,7)	
70-79 anos	19.125 (15,5)	7.690 (25,5)	2.649 (17,7)	1.020 (13,0)	6.199 (24,0)	
80-89 anos	11.367 (9,2)	6.949 (23,0)	1.511 (10,1)	506 (6,5)	4.067 (15,8)	
90 anos ou mais	3.275 (2,6)	2.889 (9,6)	426 (2,9)	107 (1,4)	1.282 (5,0)	

	Branca N (%)	Preta N (%)	Parda N (%)	Amarela N (%)	Indígena N (%)	p-valor
REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA						
Metropolitana I	28.729 (44,7)	7.154 (48,1)	39.940 (63,8)	659 (48,7)	59 (44,4)	
Metropolitana II	9.028 (14,0)	2.519 (16,9)	7.236 (11,6)	185 (13,7)	39 (29,3)	
Serrana	10.483 (16,3)	1.454 (9,8)	3.132 (5,0)	109 (8,1)	8 (6,0)	
Médio-Paraíba	5.900 (9,2)	1.255 (8,4)	3.209 (5,1)	180 (13,3)	7 (5,3)	
Norte	3.246 (5,0)	949 (6,4)	4.596 (7,3)	85 (6,3)	2 (1,5)	
Baixada Litorânea	3.230 (5,0)	758 (5,1)	2.411 (3,8)	56 (4,1)	9 (6,8)	
Centro-Sul	1.046 (1,6)	283 (1,9)	692 (1,1)	31 (2,3)	0 (0,0)	
Baia da Ilha Grande	1.287 (2,0)	241 (1,6)	685 (1,1)	28 (2,1)	8 (6,0)	
Noroeste	1.333 (2,1)	271 (1,8)	733 (1,2)	21 (1,6)	1 (0,8)	
USO DE UTI						<0.001
Não	24.992 (49,9)	6.259 (55,7)	26.577 (52,1)	638 (58,2)	54 (52,4)	
Sim	25.062 (50,1)	4.976 (44,3)	24.374 (47,8)	458 (41,8)	49 (47,6)	
USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO						
Não	11.036 (23,1)	2.553 (23,1)	9.649 (19,4)	248 (23,9)	26 (26,0)	
Sim, não invasivo	26.287 (55,0)	5.960 (53,9)	30.658 (61,5)	597 (57,5)	54 (54,0)	
Sim, invasivo	10.482 (21,9)	2.542 (23,0)	9.516 (19,1)	193 (18,6)	20 (20,0)	

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 25 de janeiro de 2024.

Tabela 2

Letalidade hospitalar em adultos estratificada pelo quesito raça/cor, no estado do Rio de Janeiro, de março de 2020 a dezembro de 2022.

	Branca (%)	Preta (%)	Parda (%)	Amarela (%)	Indígena (%)
EVOLUÇÃO					
Óbitos	46,8	47,8	40,9	34,6	28,6
ANO DE NOTIFICAÇÃO					
2020	46,4	48,6	40,9	34,7	28,8
2021	47,2	47,3	40,1	33,2	28,3
2022	46,5	45,9	44,8	40,7	28,6
SEXO					
Masculino	47,3	47,4	41,0	34,1	26,0
Feminino	46,2	48,2	40,7	35,2	32,1
ESCOLARIDADE					
Sem escolaridade	74,2	75,9	75,8	61,1	0,0
Fundamental 1º ciclo	67,6	64,4	68,4	33,9	50,0
Fundamental 2º ciclo	67,6	64,5	68,4	37,8	20,0
Médio	59,8	58,7	58,2	37,4	33,3
Superior	57,8	57,4	53,2	39,5	100,0

	Branca (%)	Preta (%)	Parda (%)	Amarela (%)	Indígena (%)
IDADE média DP	15,3	15,6	15,5	14,7	16,4
FAIXA ETÁRIA					
18-29 anos	16,5	17,0	17,2	8,8	0,0
30-39 anos	19,4	27,9	19,7	13,5	20
40-49 anos	25,4	35,3	25,5	18,5	7,1
50-59 anos	35,4	41,3	34,4	25,1	11,8
60-69 anos	48,0	51,7	44,6	37,2	34,6
70-79 anos	56,7	61,5	53,6	48,7	45,8
80-89 anos	64,0	66,5	60,6	57,6	33,3
90 anos ou mais	70,5	74,9	67,9	62,8	77,8
REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA					
Metropolitana I	56,9	55,6	43,8	32,5	33,9
Metropolitana II	39,5	38,2	37,7	33,0	25,6
Serrana	35,2	36,9	37,3	49,5	12,5
Médio-Paraíba	33,0	36,7	31,8	34,4	28,6
Norte	54,5	53,7	32,7	29,4	0,0
Baixada Litorânea	44,4	43,8	38,2	30,4	33,3
Centro-Sul	36,0	38,9	44,1	45,2	0,0
Baia da Ilha Grande	32,8	36,1	34,7	14,3	12,5
Noroeste	42,2	48,0	34,5	81,0	100,0
USO DE UTI					
Não	29,0	34,2	27,92	23,2	9,3
Sim	58,9	60,3	53,1	50,7	36,7
USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO					
Não	21,4	23,4	20,0	14,1	7,7
Sim, não invasivo	40,6	41,6	34,7	29,6	20,4
Sim, invasivo	83,6	84,1	83,0	76,7	55,0

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 25 de janeiro de 2024.

A Tabela 3 apresenta resultados do modelo de regressão logística univariado e multivariado ajustado pelas variáveis ano de notificação, sexo, raça/cor, escolaridade, faixa etária, região de saúde de residência, uso de UTI e uso de suporte ventilatório. Em ambos os casos, é possível observar o *odds ratio* (OR) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%). Pela análise univariada, percebe-se que em todas as variáveis ao menos uma categoria apresenta OR significativo. Destaca-se que na variável raça/cor, a categoria das pessoas pretas não apresentou OR estatisticamente significativo se comparado com a categoria branca.

No modelo multivariado ajustado pelas demais covariáveis, percebe-se que as pessoas pretas têm 1,15 vezes maior chance de óbito se comparado com a categoria de pessoas brancas. Além disso, percebe-se pelo IC95% que o resultado é estatístico significativo. Esse valor de OR é 1,14 para as pessoas pardas comparadas com as brancas. Por outro lado, as pessoas

amarelas são protegidas com relação à chance de morte, OR estatisticamente significativo de 0,46. Os indígenas não apresentaram diferença estatisticamente significativa, provavelmente devido à pequena quantidade de observações para esta categoria.

Tabela 3

Resultado dos modelos logísticos com desfecho de óbito ou cura por COVID-19 estratificado pelas variáveis: ano de notificação, sexo, raça/cor, escolaridade, faixa etária, região de saúde de residência, uso de UTI e uso de suporte ventilatório. Estado do Rio de Janeiro, de março de 2020 a dezembro de 2022.

	Univariável		Multivariável	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
RAÇA/COR (Branca)*				
Preta	1,04	1,00-1,08	1,15	1,05-1,27
Parda	0,79	0,77-0,80	1,14	1,07-1,21
Amarela	0,60	0,54-0,67	0,46	0,33-0,65
Indígena	0,45	0,31-0,66	0,54	0,09-2,56
ANO DE NOTIFICAÇÃO (2020)*				
2021	0,98	0,96-1,00	1,32	1,25-1,40
2022	1,03	1,00-1,07	1,09	0,96-1,23
SEXO (Feminino)*				
Masculino	1,01	0,99-1,03	1,15	1,09-1,22
ESCOLARIDADE (E. Superior)*				
E. Médio	1,14	1,08-1,20	1,20	1,11-1,30
E. Fundamental 2º ciclo	1,68	1,58-1,79	1,66	1,51-1,83
E. Fundamental 1º ciclo	1,71	1,61-1,81	1,55	1,41-1,70
Sem escolaridade/Analfabeto	2,45	2,18-2,76	2,09	1,76-2,50
FAIXA ETÁRIA (18-29 anos)*				
30-39 anos	1,26	1,17-1,36	1,32	1,10-1,61
40-49 anos	1,77	1,65-1,90	1,96	1,64-2,35
50-59 anos	2,72	2,54-2,91	2,8	2,36-3,33
60-69 anos	4,36	4,08-4,66	4,64	3,91-5,51
70-79 anos	6,17	5,78-6,60	7,28	6,12-8,68
80-89 anos	8,08	7,56-8,65	10,3	8,63-12,41
90 anos ou mais	10,6	9,85-11,47	17,6	14,06-22,01
REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA (Metropolitana I)*				
Metropolitana II	0,70	0,68-0,72	0,73	0,67-0,81
Serrana	0,69	0,67-0,72	0,19	0,17-0,21
Médio-Paraíba	0,62	0,60-0,65	0,24	0,21-0,27
Norte	0,76	0,73-0,79	0,69	0,61-0,78
Baixada Litorânea	0,87	0,84-0,91	0,34	0,29-0,39
Centro-Sul	0,73	0,68-0,78	0,24	0,17-0,34
Noroeste	0,85	0,79-0,92	0,24	0,17-0,33
Baía da Ilha Grande	0,60	0,55-0,64	0,40	0,29-0,54
USO DE UTI (Não)*				
Sim	2,86	2,81-2,92	2,34	2,20-2,48
USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO (Não)*				
Sim, não invasivo	2,12	2,06-2,18	2,04	1,90-2,20
Sim, invasivo	17,65	16,98-18,35	13,3	11,99-14,75

Fonte: Figura elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 25 de janeiro de 2024.

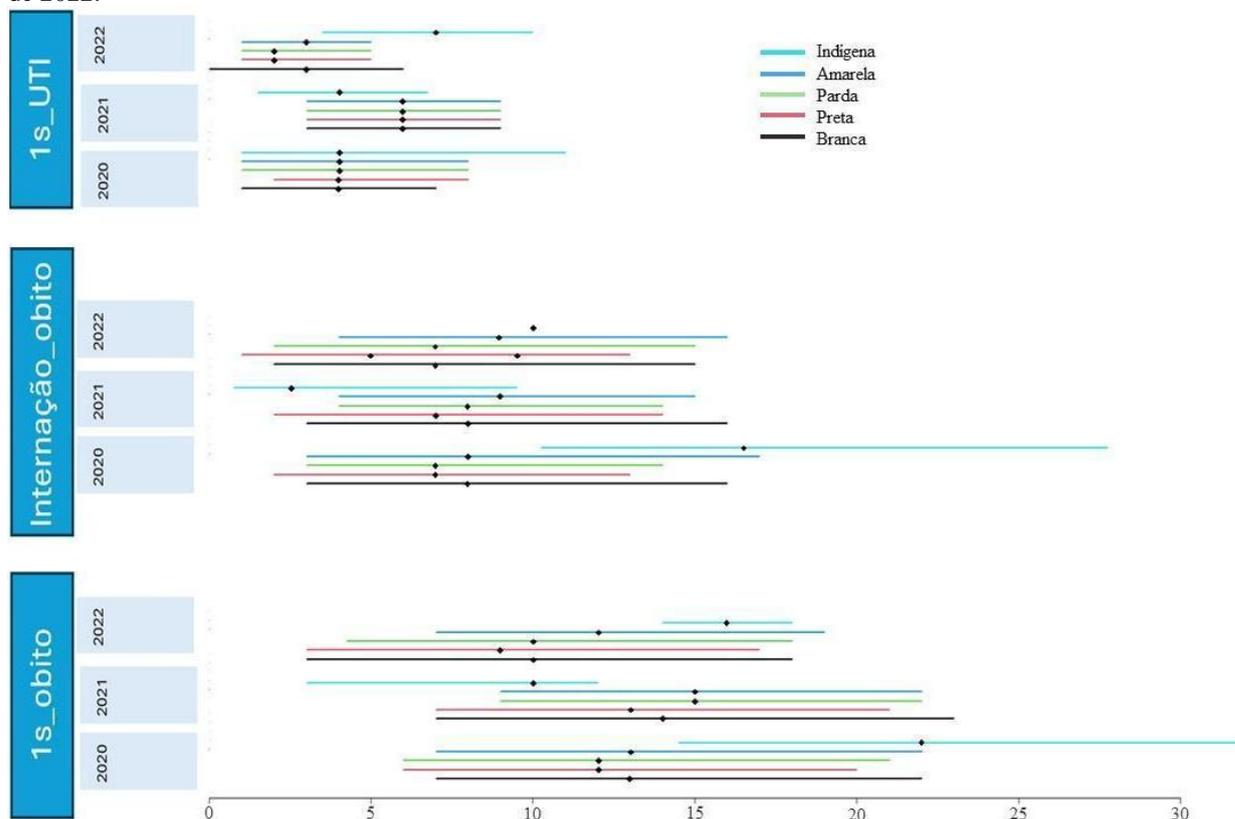
* Categorias de comparação em cada variável.

Na Figura 2 são apresentados em forma de segmento de reta, os quartis de três distintos intervalos de tempo em dias: início de sintomas e entrada na UTI (Evento_1ss_UTI); início de sintomas e data da evolução (Evento_1ss_Evolucao) e internação e evolução (Evento_internacao_Evolucao). Esses resultados foram considerados para cada um dos três anos (2020, 2021 e 2022) e cada categoria de raça/cor.

Os resultados apontam para pouca ou nenhuma diferença entre os intervalos de tempo, com exceção para o ano de 2021, quando os intervalos de tempos do início dos sintomas até entrada na UTI, em todas as categorias de raça/cor, apresentam maiores valores dos quartis se comparados com os anos 2020 e 2022. Observa-se também um comportamento distinto entre os indígenas, isso provavelmente se deve pela pequena quantidade de observações dessa categoria de raça/cor.

Figura 2

Intervalo de tempo entre data de início dos sintomas e entrada na UTI, data de internação e óbito e data de início de sintomas e óbito por COVID-19 no ERJ, segundo raça/cor e ano de notificação, entre março de 2020 e dezembro de 2022.



Fonte: Figura elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 25 de janeiro de 2024.

3.1.5 Discussão

O presente estudo avaliou os casos SRAG por COVID-19 ocorridos no ERJ, no triênio 2020 a 2022, com recorte de raça/cor. A apresentação de regressão logística visou representar as associações multifatoriais que favoreceram o desfecho de óbito por COVID-19. Já o cálculo de tempo entre duas datas informadas nas fichas de notificação objetivou apresentar o intervalo entre dois momentos durante o processo de adoecimento por SRAG. O principal interesse do estudo decorre em observar se há diferença ou similaridade entre as categorias de raça/cor que possam sugerir iniquidades nos serviços de saúde.

Embora a categoria ignorada na variável raça/cor não tenha sido considerada para as análises, destacamos que o não preenchimento da raça/cor nos chama atenção pelo quantitativo que representou nos óbitos, com 23,0% (N=19.002) das notificações, resultado também observado em outros estados (Araújo; Nunes; Nisida, 2021).

Apesar de o Brasil, desde 2017, ter em portaria a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nas fichas dos sistemas de informação em saúde, no início da pandemia a principal ficha de notificação de síndrome gripal (e-SUS VE) não continha a categoria, favorecendo que as análises epidemiológicas não contemplassem recortes de raça/cor. Após intervenção de entidades de classe, associações e movimentos negros, a inclusão na ficha e análise nos boletins foi atendida (Araújo; Nunes; Nisida, 2021; Santos *et al.*, 2020).

Não devemos ignorar que a incompletude e, por vezes, as inconsistências das fichas sejam também resultado da sobrecarga sofrida pelos profissionais nos períodos mais críticos da pandemia. Porém, existem outras hipóteses já descritas pela literatura, como: profissionais que desvalorizam o preenchido do quesito raça/cor nas fichas; profissionais que se incomodam em questionar a raça/cor do usuário; não compreensão pelos profissionais e usuários em como essa informação interfere em políticas de saúde; além de usuários ou familiares se negarem a responder dentro das cinco categorias definidas pelo IBGE (Milanezi, 2020; Santos; Coelho; Araújo, 2013).

No caso da pandemia de COVID-19 especificamente, ainda podemos atrelar o problema ao fato de o governo ignorar a inserção da categoria raça/cor na ficha, reforçando a desvalorização da necessidade e importância de se preencher a informação pelos profissionais e usuários. Assim como denota a subjetividade do racismo institucional, uma vez que a não

disponibilidade da informação impossibilita que os gestores a utilizem para identificar o impacto da pandemia em determinado grupo populacional e desencadear tomadas de decisão (Santos *et al.*, 2020).

O estudo evidenciou que, depois da raça/cor indígena, a raça/cor preta foi a categoria a apresentar a menor diferença percentual de óbitos entre os anos de 2021 e 2020, com 46,1% (N=3.283) e 45,1% (N=3.209), respectivamente. Em estudo observacional sobre as variações étnicas de mortalidade por COVID-19 no Brasil realizado no início da pandemia, evidenciou-se que, naquele momento, ser preto ou pardo era o segundo fator de risco para se morrer pela doença, perdendo apenas para o fator idade (Baqui *et al.*, 2020). A mortalidade com destaque para população negra foi evidenciada tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos (Araújo *et al.*, 2021).

Quanto ao perfil geral dos óbitos, na escolaridade, as pessoas sem escolaridade foram as que apresentaram maiores taxas, ultrapassando 70% na média geral do estado, com destaque para as populações preta e parda que atingiram aproximadamente 75%. No sexo, o desfecho óbito foi maior no sexo masculino, no entanto, na raça/cor preta, as pessoas do sexo feminino tiveram maior percentual de óbito entre as adoecidas, inclusive quando analisamos todas as categorias de raça/cor com recorte de sexo.

A simples narrativa de homens morrerem mais que mulheres ignora a intersecção de raça e gênero que essa discussão precisa ter. Em estudo realizado pela Rede de Pesquisa Solidária, em 2020, as mulheres negras que tinham ocupação na base do mercado de trabalho morreram mais de COVID-19 que todos os outros grupos (Ian Prates *et al.*, 2021). Nos Estados Unidos, em 2020, evidenciou-se que a taxa de mortalidade por COVID-19 nas mulheres negras foi quase quatro vezes maior que homens brancos e três vezes maior que homens asiáticos (Rushovich *et al.*, 2021).

As disparidades socioeconômicas e estruturais no Brasil refletem, de maneira desproporcional, nas populações negra e branca, sejam nas taxas de pobreza, desemprego e/ou informalidade empregatícia, baixa escolaridade, insegurança na moradia, iniquidade no acesso aos serviços de saúde, escassez no saneamento básico (FBSP, 2022; IBGE, 2022; World Bank, 2022). O princípio da necropolítica (Mbembe, 2018) deixa implícitas as questões sociais, raciais e históricas que impactam os grupos que estão sujeitos à opressão racial.

A população preta que evoluiu para óbito foi a menos internada em serviços de UTI, bem como a menos utilizadora de algum dispositivo ventilatório, seja invasivo ou não invasivo. Considerando que são casos que evoluíram para um desfecho desfavorável, denota a gravidade destas pessoas, reforçando a limitação no acesso aos serviços de saúde pela população, de acordo com estratos sociais (Cardoso; Gomes; Silva, 2023).

Daqueles que acessaram serviços de UTI, principalmente em 2020, a internação no setor ocorreu pela população preta e parda de forma mais tardia, em comparação com a categoria branca. No geral, também nestas duas categorias, o tempo entre início de sintomas e óbito e intervalo entre internação e o óbito, apresentaram os menores valores.

Segundo informações do Centro de Tecnologia da UFRJ (CT UFRJ), 67% dos usuários do SUS que dependem exclusivamente do serviço público são negros, corroborando com dados do IBGE que evidenciam que apenas 20,1% das pessoas pardas e 21,4% das pessoas pretas possuem algum plano de saúde, médico ou odontológico (IBGE, 2019; Menezes, 2020). Em 2020, com o início da pandemia, a rapidez na disseminação do vírus e despreparo para lidar com a situação levaram os serviços de saúde, principalmente os públicos, mas também os privados, a alcançarem níveis inesperados de saturação de forma extremamente rápida, fato que se repetiu em 2021. O colapso nos serviços de saúde e escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ocorreu mundialmente.

Embora o colapso tenha ocorrido para toda a população global, assim como a COVID-19, algumas situações vulnerabilizaram pessoas que, por vezes, foram mais impactadas. Assim, por questões socioeconômicas, o acesso/busca pelos serviços de saúde e a própria proteção individual podem ter ocorrido de forma desigual entre grupos populacionais. A pandemia chegou ao Brasil pela elite majoritariamente branca, mas que tem em suas casas trabalhadores majoritariamente negros. Assim, rapidamente o vírus se disseminou para as regiões periféricas das cidades e do estado (Albuquerque; Ribeiro, 2021; G1, 2020a).

A distribuição geográfica espacial da população no estado é marcada “fortemente pela segregação residencial racial, onde negras e negros residem às margens, nas franjas das cidades” (Goes; Ramos; Ferreira, 2020). São locais que rotineiramente contam com serviços de saúde inexistentes e/ou precários, principalmente os de nível secundário e terciário, resultando na dificuldade em acessar oportunamente e integralmente os serviços de saúde.

O racismo estrutura desigualdades sociais, dificultando a participação e limitando o acesso às políticas públicas. Quando comparada à população branca, a população preta enfrenta disparidades significativas no acesso aos serviços de saúde, favorecendo a maior exposição a riscos. Além disso, um percentual expressivo de pessoas autodeclaradas pretas (11,9%) e pardas (11,4%) relataram sentir discriminação nos serviços de saúde do SUS (Brasil, 2017a).

Vale ressaltar que a lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) é de estar distribuída por todo território brasileiro, incluindo periferias, locais ribeirinhos, quilombos, aldeias indígenas etc. Fato que corrobora para que negros tenham mais acesso à saúde básica, enquanto brancos acessem mais facilmente a alta complexidade (Fernandes, 2022). Contudo, os pacientes que evoluíram para SRAG necessitaram de acesso aos níveis mais complexos.

Para além das questões geográficas de acesso aos serviços de saúde de alta complexidade, o racismo ainda hoje está muito enraizado na sociedade e colabora para que a população negra tenha menos chance de lutar pela vida. Não necessariamente ele aparece de forma explícita, mas em pequenas ações. Mesmo quando se chega às unidades de saúde, há ausência de informações para a população negra, sutil negação/omissão de acesso a procedimentos de saúde ou até mesmo parcial avaliação clínica/laboratorial dos profissionais de saúde (Capelo, 2015; Fernandes, 2022).

3.1.6 Considerações Finais

Diante das análises expostas no estudo, nota-se que, embora a COVID-19 não seja uma doença seletiva biologicamente, podendo infectar qualquer pessoa, existem fatores socioeconômicos que impactam na forma e frequência como as pessoas podem adoecer. Os obstáculos para enfrentar o vírus frente às dificuldades socioeconômicas perpassam desde aspectos humanos básicos de sobrevivência até as condições e possibilidades de assistência à saúde.

O Brasil possui 40,1% (IBGE, 2022) da população em atividades informais, o que significa que a falta de trabalho por um período prolongado pode resultar em dificuldades financeiras imediatas. Aqueles que trabalham informalmente geralmente não têm acesso a benefícios como licença remunerada, seguro de saúde ou outros direitos trabalhistas que poderiam oferecer algum apoio durante uma crise. Ainda aqueles que possuem trabalhos formais, mas com instabilidade empregatícia, também podem enfrentar dificuldades.

A COVID-19 tem evidenciado os desafios enfrentados pelas populações há muito tempo negligenciadas, resultando em um risco significativamente maior de óbito. Para além das iniquidades sociais, o racismo estrutural oriundo do período escravocrata vivenciado no Brasil ainda impacta intensamente na sociedade. Na saúde da população, o racismo pode se materializar de diversas formas, como na impossibilidade de manter o direito aos determinantes e condicionantes de saúde, na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, na baixa qualidade dos serviços prestados, na discriminação individual praticada pelos profissionais (ainda que ocorra de forma que este não perceba) e na negligência na assistência.

O racismo estrutural perpetua uma realidade em que a população negra continua enfrentando desafios sistemáticos e limitações de oportunidades, o que impacta na sua qualidade de vida e em seus resultados em várias esferas. Abordar essas disparidades requer um compromisso contínuo em dismantelar os sistemas de discriminação e promover a equidade de oportunidades.

O estudo se propôs a apontar e discutir os óbitos por COVID-19 ocorridos no estado do Rio de Janeiro com recorte de raça/cor, no intuito de evidenciar a importância de políticas públicas de igualdade racial. Assim, recomendamos que novas políticas públicas de equidade sejam propostas e as já existentes sejam revistas e discutidas nas esferas governamentais, participação social e pelos trabalhadores que atuam nas instituições que prestam serviços de saúde.

O estudo possui limitações em virtude da utilização de dados secundários, em especial destaca-se: a incompletude das fichas de notificação com informações básicas, como o preenchimento do quesito raça/cor; desalinhamento nas informações sobre o novo vírus para diagnóstico clínico-epidemiológico; e escassez de exames específicos para detecção de SARS-CoV-2, não permitindo detecção em larga escala.

Apesar de entendermos as limitações impostas pela COVID-19, a incompletude das fichas de notificação, principalmente na variável de raça/cor, é observada nos serviços de vigilância epidemiológica há tempos. Portanto, destacamos a necessidade de se pensar em ações de conscientização para os profissionais quanto a relevância da completude das fichas, principalmente pela equipe de saúde que está em contato direto com o paciente. O desenho epidemiológico do perfil da população acometida por alguma doença ou agravo é fundamental

para nos municiar com eficácia no combate da desigualdade social e racial, propondo políticas públicas de igualdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA BRASIL. **Coronavírus: Brasil tem primeiros casos de transmissão comunitária**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/ao-vivo-coronavirus-brasil-98-casos-transmissao-comunitaria>. Acesso em: 26 maio 2024.

AGÊNCIA BRASIL. **Primeiro caso de covid-19 no Brasil completa um ano**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-completa-um-ano>. Acesso em: 6 ago. 2023.

ALBUQUERQUE, M. V. de; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, p. e00208720, 2021.

ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Jandaíra, 2021. (Feminismos Plurais).

ANDES-SN, S. N. D. D. I. D. E. S. **Dez anos após PEC das Domésticas, IBGE aponta que número de trabalhadoras domésticas diminuiu**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/dez-anos-apos-pec-das-domesticas-ibge-aponta-que-numero-de-trabalhadoras-domesticas-diminuiu1>. Acesso em: 25 fev. 2024.

ARAÚJO, E. M. de *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 191–205, 2021.

ARAÚJO, E. M.; NUNES, A. P.; NISIDA, V. A invisibilidade do racismo nos dados da Covid-19. **GT Racismo e Saúde**, ABRASCO, 20 jul. 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2021/07/20/a-invisibilidade-do-racismo-nos-dados-da-covid-19/>. Acesso em: 21 set. 2023.

BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. e1018–e1026, 2020.

BARROS, A. **Homens pretos e pardos morreram mais de Covid do que brancos em 2020 | Agência de Notícias**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32414-homens-pretos-e-pardos-morreram-mais-de-covid-do-que-brancos-em-2020>. Acesso em: 22 fev. 2024.

BBC NEWS BRASIL. Relembra frases de Bolsonaro sobre a covid-19. **BBC News Brasil**, [s. l.], 7 jul. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53327880>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. D. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 10, p. e00119021, 2021.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico 05 - Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COVID-19**. [S. l.: s. n.], 2020a.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial**. [S. l.: s. n.], 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/tuberculose/boletim_tuberculose_2021_internet.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. **Centro de Operações de Emergência em Saúde - Coe**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/centro-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-coes>. Acesso em: 5 ago. 2023 a.

BRASIL. **Doença pelo Coronavírus 2019: Ampliação da Vigilância, Medidas não Farmacológicas e Descentralização do Diagnóstico Laboratorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL, M. do D. R. **Estudo do Governo Federal mostra que Brasil tem 753,2 mil km de redes de distribuição de água e 365 mil km de redes de esgoto**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/noticias/estudo-mostra-que-brasil-tem-753-2-mil-km-de-redes-de-distribuicao-de-agua-e-365-mil-de-esgoto>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 — Ministério da Saúde**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em: 5 ago. 2023.

BRASIL *et al.* **Guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 4 ago. 2023.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, 3 fev. 2020c. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391454>. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 1 fev. 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL, M. da S. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL, M. da S. RESOLUÇÃO Nº 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Nº 135, Seção 1, n. 580, p. 55, 22 mar. 2018.

BRASIL. **Sintomas**. [S. l.], 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>. Acesso em: 5 ago. 2023.

BRASIL. **SIVEP-Gripe**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/visao/pages/principal.html?1>. Acesso em: 5 ago. 2023 b.

BRUM, G. Censo 2022: entenda como declarar a sua raça. **Agência Brasil**, Brasília, 23 set. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/geral/audio/2022-09/censo-2022-entenda-como-declarar-sua-raca>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BUTANTAN, I. **Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia>. Acesso em: 4 ago. 2023.

CAPELO, R. Por que o negro tem menos acesso à saúde do que o branco no Brasil?. **Época**, [s. l.], 23 jun. 2015. Disponível em: <https://epoca.globo.com/tempo/noticia/2015/06/por-que-o-negro-tem-menos-acesso-saude-do-que-o-branco-no-brasil.html>. Acesso em: 13 out. 2023.

CARDOSO, F. S.; GOMES, D. C. K.; SILVA, A. S. da. Desigualdade racial na assistência à saúde do adulto internado por COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, p. e00215222, 2023.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. D. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 269–279, 2021.

COFEN, C. F. de E. Dia da Consciência Negra: pretos e pardos são maioria na Enfermagem. *In*: COFEN. 20 nov. 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/dia-da-consciencia-negra-pretos-e-pardos-sao-maioria-na-enfermagem/>. Acesso em: 26 maio 2024.

COSTA, G. D. da; CRUZ, C. A. da; MAGNO, K. M. dos S. (org.). **TUTORIAL PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS MUNICÍPIOS FLUMINENSES: alguns princípios e orientações para o seu fortalecimento**. [S. l.]: SES-RJ, 2023. Disponível em: <https://padlet.com/cvesesrj/coove-ses-rj-dnkko80rwpilctfn>. Acesso em: 5 ago. 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002.

CRIOLA. **Dossiê: Mulheres negras e justiça reprodutiva 2020-2021**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQqNzgeoBx/view?usp=sharing&usp=embed_facebook. Acesso em: 14 mar. 2024.

DATASUS. **SRAG 2021 a 2023 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - incluindo dados da COVID-19**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-a-2023>. Acesso em: 5 ago. 2023.

DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200095, 2020.

DIEESE, D. I. de E. e E. S. **Boletim Especial - 8 de março - Dia da Mulher: As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/mulheres2023.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

EUGENIO, R. W. Achille Mbembe. *Crítica da Razão Negra*. Lisboa: Editora Antígona, 2014. **Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES)**, [s. l.], n. 31, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/nures/article/view/28687>. Acesso em: 26 nov. 2023.

FBSP, F. B. de S. P. **Infográfico: A violência contra pessoas negras no Brasil, 2022**. [S. l.]: FBSP, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/11/infografico-violencia-desigualdade-racial-2022.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

FERNANDES, S. Negros tem mais acesso à saúde básica, enquanto brancos têm facilidade com alta complexidade. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 18 nov. 2022. Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/11/negros-tem-mais-acesso-a-saude-basica-enquanto-brancos-tem-facilidade-com-alta-complexidade.shtml>. Acesso em: 13 out. 2023.

FERNANDES, R. Rio de Janeiro tem barreiras sanitárias na capital e no interior do estado. *In*: DIÁRIO DO RIO DE JANEIRO. 26 mar. 2021. Disponível em: <https://diariodorio.com/rio-de-janeiro-tem-barreiras-sanitarias-na-capital-e-no-interior-do-estado/>. Acesso em: 6 ago. 2023.

FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 4 ago. 2023.

FIOCRUZ, F. O. C. **Nota técnica: Óbitos desassistidos no Rio de Janeiro - Análise do excesso de mortalidade e impacto da Covid-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/es/documento/nota-tecnica-obitos-desassistidos-no-rio-de-janeiro-analise-do-excesso-de-mortalidade-e>. Acesso em: 26 maio 2024.

G1. **Coronavírus é mais letal entre negros no Brasil, apontam dados do Ministério da Saúde**. [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/11/coronavirus-e-mais-letal-entre-negros-no-brasil-apontam-dados-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 28 set. 2023.

G1. **Mandetta, Teich e Pazuello: veja como ministros de Bolsonaro enfrentaram o 1º ano da pandemia de Covid**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/15/mandetta-teich-e-pazuello-veja-como-ministros-de-bolsonaro-enfrentaram-o-1o-ano-da-pandemia-de-covid.ghtml>. Acesso em: 6 ago. 2023.

G1. **RJ tem a maior taxa de mortalidade de coronavírus do país, diz Fiocruz: são 131 óbitos para cada 100 mil habitantes**. [S. l.], 2020b. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/12/03/rj-tem-a-maior-taxa-de-mortalidade-de-coronavirus-do-pais-diz-fiocruz-sao-131-obitos-para-cada-100-mil-habitantes.ghtml>. Acesso em: 26 maio 2024.

GANDRA, A. Estado do Rio de Janeiro confirma primeiro caso de coronavírus. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 5 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/estado-do-rio-de-janeiro-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-0>. Acesso em: 11 out. 2020.

GARCIA, M. F. **Brasil foi o último país do continente americano a abolir a escravidão.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/brasil-foi-o-ultimo-pais-do-continente-americano-a-abolir-a-escravidao/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

GOES, E. F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, p. e00278110, 2020.

GONZALEZ, L.; RIOS, F.; LIMA, M. A mulher negra na sociedade brasileira : uma abordagem político-econômica. In: [S. l.]: Zahar, 2020. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2738>. Acesso em: 1 fev. 2024.

HÜNING, S. M.; SILVA, A. K. da; BRAGA, T. L. N. VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA E POLÍTICAS EDUCACIONAIS NO BRASIL. **Cadernos CEDES**, [s. l.], v. 41, p. 110–119, 2021.

IAN PRATES *et al.* **No Brasil, mulheres negras morrem mais de covid que qualquer grupo na base do mercado de trabalho.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/mulheres-negras-tem-maior-mortalidade-por-covid-19-do-que-restante-da-populacao/>. Acesso em: 22 fev. 2024.

IBGE, I. B. de G. e E. **Características gerais dos domicílios e dos moradores.** Rio de Janeiro: Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, 2023. (Coleção Ibgeana, v. 314.6(81)-C257). v. 102004 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 20 ago. 2023.

IBGE, I. B. de G. e E. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** 41. ed. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas • Informação Demográfica e Socioeconômica, 2019. (Coleção Ibgeana). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

IBGE, I. B. de G. e E. **Pessoas pretas e pardas continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento | Agência de Notícias.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento>. Acesso em: 20 ago. 2023.

ISER, B. P. M. *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, p. e2020233, 2020.

JACCOUD, L. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial : uma análise dos últimos 20 anos.** Brasília: Ipea, 2009. (Acompanhamento E Análise De Políticas Públicas).

LEAL, M. D. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. suppl 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2024.

LOURENÇO, C. Uma sociedade desigual: reflexões a respeito de racismo e indicadores sociais no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], v. 146, p. 75–96, 2023.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte**, [s. l.], v. 32, 2016.

MBEMBE, A. **NECROPOLÍTICA: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. 1. ed. Revista de Arte e Ensaios (Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais da Escola de Belas Artes da UFRJ): [s. n.], 2018. v. 15

MENEZES, T. SUS, um sistema universal que tem cor e raça. *In*: DECANIA DO CENTRO DE TECNOLOGIA UFRJ. 23 nov. 2020. Disponível em: <https://ct.ufrj.br/sus-um-sistema-universal-que-tem-cor-e-raca/>. Acesso em: 28 set. 2023.

MILANEZI, J. “Eu não vou parar por causa de uma raça”: a coleta da raça/cor no SUS. *In*: DADOS. 4 jun. 2020. Disponível em: <http://dados.iesp.ufrj.br/coleta-da-raca-cor-no-sus/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

MIRANDA, P. *et al.* ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DA COVID-19: O QUE DIZEM OS DADOS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO?. [s. l.], n. 72, 2020.

OLIVEIRA, J. S. de; KUWAHARA, M. Y. MULHERES NEGRAS NA PANDEMIA DE COVID-19:. **XXVII ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA**, [s. l.], p. 1–25, 2022.

OMS, O. M. de S. **Histórico da pandemia de COVID-19**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2030%20de%20janeiro%20de%202020%2C%20a%20OMS,da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%2C%20conforme%20previsto%20no%20Regulamento%20Sanit%C3%A1rio%20Internaciona> l. Acesso em: 3 abr. 2023.

OMS, O. M. de S. **LINHA DO TEMPO: Resposta COVID-19 da OMS**. [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>. Acesso em: 3 abr. 2023.

OMS, O. M. de S. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. [S. l.], 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 3 abr. 2023.

OMS, O. M. de S. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 3 ago. 2023.

ONU MULHERES BRASIL. **MULHERES NEGRAS E COVID-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe2.pdf. Acesso em: 1 fev. 2024.

OPAS, O. P.-A. da S.; OMS, O. M. de S. **Folha informativa sobre COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 4 ago. 2023.

OPAS, O. P.-A. da S.; OMS, O. M. de S. **Orientações para a aplicação de medidas de saúde pública não farmacológicas a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade no contexto da COVID-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53194/OPASIMSFPLCOVID-19200021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 5 ago. 2023.

PEREIRA, J. M. MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p. **Horizontes Antropológicos**, [s. l.], v. 25, n. 55, p. 367–371, 2019.

PESSÔA, C. **Cresce quantidade de mães que criam os filhos totalmente sozinhas**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2023-05/cresce-quantidade-de-maes-que-criam-os-filhos-totalmente-sozinhas>. Acesso em: 23 fev. 2024.

REIS, D. D. S. PANDEMIA E DESIGUALDADES RACIAIS NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA: OLHARES CRÍ(P)TICOS. [s. l.], n. 1, 2021. Disponível em: Acesso em: 25 set. 2023.

RIBEIRO, K. B. *et al.* Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 50, n. 3, p. 732–742, 2021.

RUSHOVICH, T. *et al.* Sex Disparities in COVID-19 Mortality Vary Across US Racial Groups. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. 1696–1701, 2021.

SANTOS, M. P. A. D. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 34, p. 225–244, 2020.

SANTOS, A. B. S. dos; COELHO, T. C. B.; ARAÚJO, E. M. de. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 17, p. 341–356, 2013.

SBIM, S. B. de I. **Informações sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e a pandemia de COVID-19 - SBIm**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/noticias/1208-informacoes-sobre-o-novo-coronavirus-sars-cov-2-e-a-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 26 nov. 2023.

SES-RJ, S. de E. de S. do R. de J. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 2020-2021**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: https://painel.saude.rj.gov.br/arquivos/Boletim_2020_2021_2611.pdf.

SES-RJ, S. de E. de S. do R. de J. **Painel Coronavírus COVID-19**. [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/>. Acesso em: 6 ago. 2023.

SES-RJ, S. de E. de S. do R. de J. **Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro**. [S. l.: s. n.], 2020b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mjk1OTg%2C>.

SES-RJ. **RESOLUÇÃO SES Nº 2485 DE 18 DE OUTUBRO DE 2021**. DISPÕE SOBRE A RELAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E VIGILÂNCIA SENTINELA E REVOGA A RESOLUÇÃO SES Nº 1.864 DE 25 DE JUNHO DE 2019. 18 out. 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDkyMTM%2C>. Acesso em: 5 ago. 2023.

SILVA, N. N. D. *et al.* Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 4, p. 9, 2019.

SILVA, P. T. de C.; SILVA, C. F. da. Desdobramentos das desigualdades raciais na pandemia da Covid-19. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 26, p. 110–119, 2023.

THEODORO, M. (org.). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. [s. l.], n. 1ª, p. 176, 2008.

UOL. **RJ confirma 1ª transmissão local do coronavírus; estado tem 15 casos [12/03/2020]**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas->

noticias/redacao/2020/03/12/coronavirus-rio-de-janeiro-transmissao-local.htm. Acesso em: 26 maio 2024.

VARGAS, M. Em despedida, Pazuello liga saída do Ministério da Saúde à conspiração política. **UOL**, [s. l.], 24 mar. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2021/03/24/em-despedida-pazuello-liga-saida-do-ministerio-da-saude-a-conspiracao-politica.htm>. Acesso em: 6 ago. 2023.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S.; SILVA, A. L. da. Iniquidades sociais em tempos de pandemia de covid-19: uma reflexão. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 29, p. 459–465, 2021.

VOMMARO, P. O mundo em tempos de pandemia: certezas, dilemas e perspectivas. **Revista Direito e Práxis**, [s. l.], v. 12, p. 1095–1115, 2021.

WERNECK, G. L. *et al.* **MORTES EVITÁVEIS POR COVID-19 NO BRASIL**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf. Acesso em: 25 nov. 2023.

WORLD BANK. **Brazil Poverty and Equity Assessment - Looking ahead of two crises**. Washington DC: World Bank, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/190795-banco-mundial-publica-relat%C3%B3rio-sobre-pobreza-e-equidade-no-brasil>, <https://brasil.un.org/pt-br/190795-banco-mundial-publica-relat%C3%B3rio-sobre-pobreza-e-equidade-no-brasil>. Acesso em: 20 ago. 2023.

3.2 Artigo II - COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: uma análise nos casos e óbitos com foco nas mulheres negras

3.2.1 Resumo

A pandemia de COVID-19 causou muitas mortes mundialmente, entretanto, o impacto da doença não foi homogêneo entre os diferentes grupos demográficos. O presente estudo tem como objetivo analisar os casos e óbitos por COVID-19 nas pessoas do sexo feminino no estado do Rio de Janeiro, entre março de 2020 e dezembro de 2022, com foco na raça/cor. Trata-se de uma pesquisa de natureza transversal descritiva, com abordagem quantitativa. O banco de dados utilizado foi extraído do SIVEP-Gripe. Para as análises foram consideradas variáveis sociodemográficas, clínico-epidemiológicas e de assistência. O ano de maior concentração de casos foi 2021, com 47,4% dos registros de SRAG por COVID-19. Observou-se que, no triênio, a população preta apresentou a maior letalidade, de 44,2%, com maior destaque no ano de 2020, com 46,4%. A mediana de idade foi de 63 anos, sendo maior na população branca (67 anos). O estudo chamou atenção para a necessidade de se interseccionalizar a análise de como a COVID-19 atingiu a população, evidenciando um grupo com duplo processo discriminatório: ser mulher e ser negra. Ambas as condições trazem construções sociais e culturais que vulnerabilizam essas pessoas. A pesquisa reforça a necessidade de instituir e rever políticas públicas que abordem as desigualdades raciais e de gênero, a fim de tornar o sistema de saúde mais equânime, reduzindo as disparidades raciais na mortalidade da população, em especial das mulheres pretas.

Palavras-chave: Óbito; Infecções por Coronavírus; Fatores raciais; Mulheres; Perspectiva de Gênero.

3.2.2 Introdução

Em documento emitido pela ONU Mulheres Brasil, o impacto socioeconômico da pandemia é devastador para as mulheres, principalmente as pretas e pardas (ONU Mulheres Brasil, 2020). Embora estudos evidenciem que, de forma geral, a mortalidade por COVID-19 seja maior nos homens (Barros, 2021; Cardoso; Gomes; Silva, 2023), quando se analisa os óbitos pela perspectiva da ocupação dos grupos no mercado de trabalho, mulheres negras morrem mais que outros grupos (mulheres brancas e homens brancos e negros) (Ian Prates *et al.*, 2021).

Os primeiros casos e óbitos no Brasil refletem as iniquidades cotidianas da população, onde há certa similaridade na história dos primeiros casos e óbitos registrados em São Paulo e no Rio de Janeiro. Em São Paulo, o primeiro caso foi em um homem recém-chegado da Itália, e no Rio de Janeiro, em uma mulher recém-chegada de uma viagem pela Europa. No entanto, nos óbitos, o perfil se desenhou de forma diferente, sendo o primeiro, registrado em São Paulo em uma mulher que trabalhava como diarista, e no Rio de Janeiro, em uma mulher que trabalhava como doméstica (Albuquerque; Ribeiro, 2021).

O Brasil foi o último país da América a abolir oficialmente a escravidão e, embora tenha ocorrido há séculos, a população preta e parda ainda vivencia resquícios deste período, demonstrado através do racismo estrutural (Almeida, 2021; Garcia, 2022). A materialização do racismo se apresenta através de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais que menosprezam uma parte da população, restringindo o acesso aos direitos básicos de saúde, como os descritos pela Lei 8.080/90 através dos determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 1990; Reis, 2021; Silva; Silva, 2023).

A falta de acesso aos direitos básicos contribui para que a população preta e parda enfrente as maiores taxas de pobreza, desemprego/informalidade empregatícia, insegurança habitacional e violência. Essa população tem acesso limitado ao saneamento básico, renda média mensal mais baixa e pouca representação política (FBSP, 2022; IBGE, 2022; World Bank, 2022).

No Brasil, em 2019, cerca de 5,1 milhão de domicílios ocupados no país eram em favelas e comunidades urbanas³, sendo 12,63% (N= 717.326) desses domicílios concentrados no estado do Rio de Janeiro – o 5º estado com maior concentração (IBGE, 2020). Quanto ao saneamento básico, em 2022, 50,7% do volume de esgoto não era devidamente tratado e 26,8% da população não tinha acesso ao abastecimento de água (IBGE, 2022).

Nas grandes regiões do país, a taxa de desocupação das mulheres em 2020 era de 16,2%, enquanto a dos homens de 11,7% (ONU Mulheres Brasil, 2020). Em 2022, entre as mulheres negras chefes de família ocupadas, 25,3% eram empregadas domésticas, em comparação com 15,8% das mulheres brancas (Dieese, 2023). Além disso, no Brasil havia em média 11 milhões

³ Até 2023 denominado pelo IBGE como Aglomerados Subnormais, definido por “Formas de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia (públicos ou privados) para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas que apresentam restrições à ocupação” (IBGE, 2024)

de mulheres que eram mães solo - mulheres que cuidam sozinhas de seus filhos -, sendo aproximadamente 63% mulheres negras (Pessôa, 2023).

Interseccionalizar essa discussão permite capturar as:

Consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas [...] constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002).

O impacto do racismo somado ao machismo reflete nas ocupações das mulheres negras, concentrando-as em serviços relacionados à limpeza, trabalho doméstico e cuidado de crianças, idosos e doentes, caracterizados por baixas remunerações (Oliveira; Kuwahara, 2022). Além disto, a sobrecarga em cuidar sozinha dos filhos e/ou ser a principal mantenedora da renda familiar reforça a disparidade nos privilégios de adotar medidas de proteção, onde algumas pessoas têm a possibilidade de seguir as recomendações de proteção, enquanto outras não têm opção de se distanciarem presencialmente de seus trabalhos - mesmos aqueles não essenciais (Oliveira; Kuwahara, 2022; ONU Mulheres Brasil, 2020).

A crise sanitária promovida pela pandemia acentua as desigualdades raciais e de gênero em suas múltiplas faces sociais. À medida que a pandemia avançava pelos estados e cidades brasileiras, entidades de saúde e instituições científicas de renome reiteravam a importância da implementação de medidas de mitigação da disseminação do vírus (Brasil, 2020; OMS, 2020; OPAS, 2020). No entanto, seguir essas recomendações evidenciou desafios sociais que historicamente estão inseridos na sociedade e delimitam quem pode aderir ou não às medidas de proteção. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo analisar os casos e óbitos por COVID-19 nas pessoas do sexo feminino no estado do Rio de Janeiro, entre março de 2020 e dezembro de 2022, com foco na raça/cor.

3.2.3 Metodologia

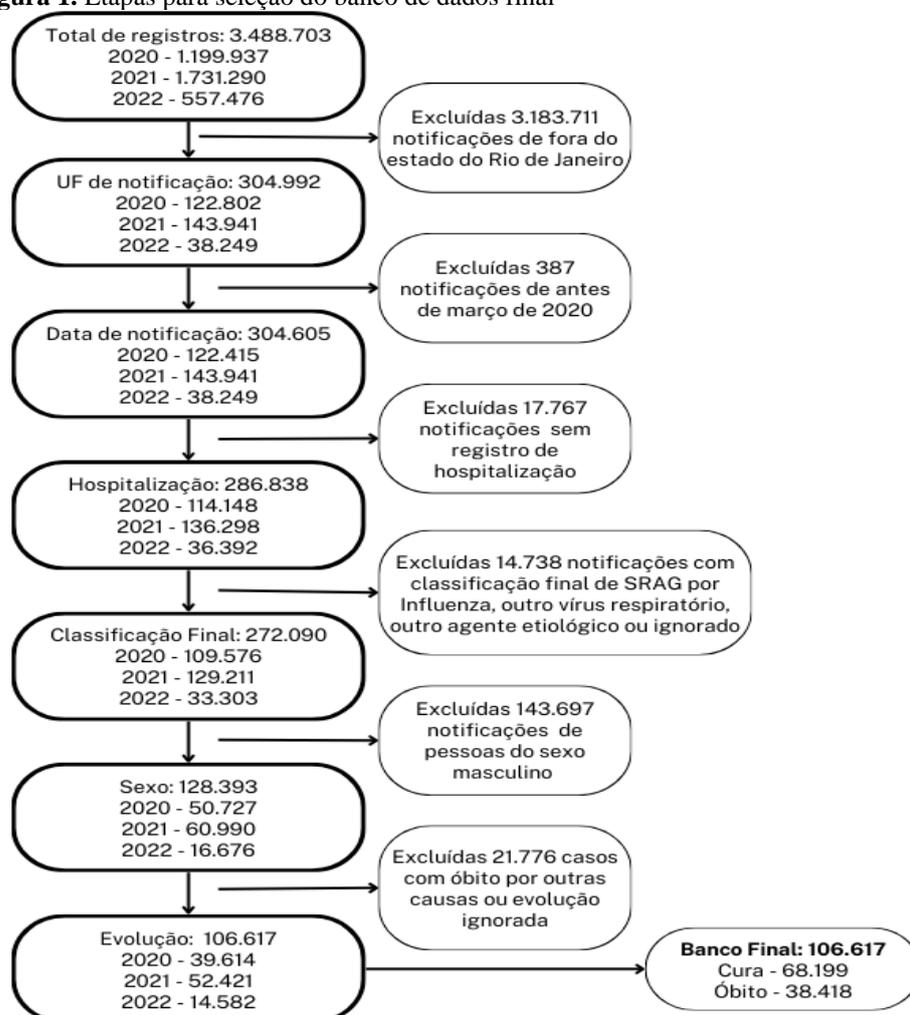
Desenho de estudo e população

Trata-se de uma pesquisa de natureza transversal descritiva, com uma abordagem quantitativa. Os dados coletados foram provenientes do banco de dados do SIVEP-Gripe,

disponibilizado publicamente pelo openDataSUS, plataforma do Ministério da Saúde (Datasus, 2024).

A população do estudo foi composta por pessoas do sexo feminino internadas no ERJ, com data de notificação entre março de 2020 a dezembro de 2022, com classificação final categorizada como SRAG por COVID-19. Assim, do banco foram extraídos apenas os registros que se enquadravam no perfil acima descrito, através do recorte nas seguintes variáveis: unidade federativa de notificação (Rio de Janeiro); data de notificação (março/2020 a dezembro/2022); hospitalização (Sim); classificação final do caso (5 – SRAG por COVID-19 e 4 – SRAG não especificada); Sexo (Feminino); e evolução do caso (óbito e cura) (Figura 1).

Figura 1. Etapas para seleção do banco de dados final



Fonte: Elaborado pelos autores.

As variáveis utilizadas para as análises do estudo correspondiam aos dados sociodemográficos, clínico-epidemiológicos e de assistência, a saber: idade contínua e por faixa etária, raça/cor autodeclarada (branca; preta; parda; amarela; indígena; ignorado),

escolaridade (sem escolaridade; fundamental 1º ciclo; fundamental 2º ciclo; médio; superior; ignorado), data de notificação, uso de UTI (sim; não; ignorado), uso de suporte ventilatório (não; sim, invasivo; sim, não invasivo; ignorado), vacinação (sim; não; ignorado), gestante (1º trimestre; 2º trimestre; 3º trimestre; idade gestacional ignorada; não; não se aplica; ignorado), puerpéra (sim; não; ignorado) e evolução (cura ou óbito).

Para análise dos dados foram apresentadas distribuições de frequências, taxas de letalidade e testes não paramétricos (qui-quadrado ou Exato de Fisher e Kruskal-Wallis). O nível de significância considerados foi de 5%. Todas as análises foram realizadas no programa computacional R na versão 4.3.1, através da interface gráfica Rstudio na versão 2023.06.1 Build 524 e Microsoft Excel (versão 2019).

Esta pesquisa utilizou informações secundárias de fonte aberta, dispensando, portanto, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com o estabelecido na Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução CNS nº 580/2018 (Brasil, 2012, 2018). Todas as diretrizes éticas e legais foram rigorosamente seguidas, reforçando o compromisso dos autores em relação à precisão dos dados adquiridos e à apresentação fidedigna dos resultados obtidos.

3.2.4 - Resultados

O estudo compreendeu a análise de 106.617 notificações de pessoas do sexo feminino hospitalizadas no ERJ com COVID-19, e 36,0% (N=38.418) evoluíram para óbito. O ano com maior concentração de notificações foi 2021, seguido de 2020 e 2022, com 49,2% (N=52.421), 37,2% (N=39.614) e 13,7% (N=14.582), respectivamente. A predominância dos casos ficou na faixa etária de 60 a 69 anos, com 19,0% das internações. Entre as notificações que tinham a informação da escolaridade preenchida, 33,6% tinham ensino médio e 5,9% eram sem escolaridade.

Quanto às gestantes, das 90.108 que tinham essa informação registrada, 1.736 estavam gestantes, com maior frequência no 3º trimestre, representando 53,6% (N=931) das gestantes. Entre as puerperas (até 45 dias após o parto), o banco registrou 633 pessoas nesta condição. No que se refere ao acesso a serviços intensivos de saúde, 38,6% das pessoas internaram na UTI. Quanto ao uso de suporte ventilatório, 43,4% fizeram uso de dispositivo não invasivo e 13,5% invasivo.

Na Tabela 1, estão registradas as notificações estratificadas por raça/cor. Percebe-se que os registros mais frequentes das autodeclarações de raça/cor são pessoas pardas e brancas, com respectivamente 31,1 e 30,9%. As notificações com autodeclaração de raça/cor amarela e indígena somam menos de 1,0%.

Do total de notificações de pessoas pretas, 42,2% ocorreu no ano de 2020, para as brancas este número foi de 39,3%. No ano de 2021 e 2022, as pessoas pardas tiveram a maior frequência de notificação (51,1% e 14,8%, respectivamente) se comparada com as demais categorias. Com relação à escolaridade, o ensino médio foi o mais frequente para a raça/cor branca (31,8%), parda (27,6%) e amarela (33,5%), no entanto, para raça/cor preta, a escolaridade mais frequente foi o 1º ciclo do ensino fundamental (30,2%). Nas pessoas sem escolaridade, a raça/cor preta foi a que apresentou maior percentual, com 7,6% das notificações, e a raça/cor branca menor frequência, com 4,4%.

A mediana de idade mais alta foi na raça/cor branca, com 67 anos, refletindo em ser a única categoria com a maior frequência na faixa de idade 70-79, enquanto nas outras categorias a maior concentração ficou na faixa etária de 60-69. Quanto às gestantes, a raça/cor preta apresentou 3,2% de pessoas nesta condição, enquanto a branca tinha 1,6% das grávidas. No que refere ao período puerperal, a raça/cor preta, com 4,4%, foi a categoria que mais tinha pessoas nesta situação.

Quanto à vacinação, vale ressaltar que os dados sobre a vacinação de COVID-19 foram inseridos na ficha a partir de 2021, ano em que iniciou a vacinação contra a doença no Brasil. Assim, 64.354 notificações, aproximadamente 60,6%, tiveram ausência da informação no campo. Destaca-se que o campo que contém a informação sobre vacina ou não de COVID-19, considera pelo menos uma dose, não garantindo que os vacinados tinham o esquema completo de vacinação. A população branca registrou a maior concentração de pessoas vacinadas, com 58,4%. A população indígena e parda apresentou as maiores proporções de não vacinados com 57,1% e 47,1%, respectivamente.

Com relação ao uso de dispositivos de saúde, as categorias de raça/cor que menos tiveram internação em UTI são as amarelas e pretas, com 60,7 e 57,6%, respectivamente. Na população preta, 21,6% fizeram uso do suporte ventilatório invasivo, e esta é a maior frequência considerando as demais categorias de raça/cor.

Na Tabela 2, é apresentada a letalidade estratificada pelas categorias de raça/cor. Apesar do ano de 2021 ter registrado o maior número de casos e óbitos no estado, quando se observa a letalidade por raça/cor, evidencia-se que a população preta e, discretamente, a parda e amarela, tiveram maior número de óbitos no ano de 2020, com 46,4%, 37,5% e 32,5, respectivamente.

Observa-se que a população preta apresenta a maior letalidade, de 44,2%, seguida da branca e parda, com 43,2% e 36,6%, respectivamente. Ao considerar os anos, em 2020 a maior letalidade é na população preta (46,4%), em 2021 as taxas se aproximam entre os brancos e pretos (44,8% e 44,4%, respectivamente) e em 2022 a maior taxa é na população branca (37,6%) e, na sequência, os pretos e pardos com, respectivamente, 35,1% e 32,4%.

Com relação à escolaridade, a categoria "sem escolaridade" e ensino superior tiveram as maiores taxas de letalidade na população preta em comparação as outras categorias de raça/cor. Quanto à faixa etária, nas categorias de raça/cor branca, preta e parda, os menores de 1 ano tiveram taxas mais altas que crianças de 1 a 4 anos. Entretanto, é importante observar que, a partir da faixa etária de 5 a 9 anos, as taxas tendem a aumentar conforme as faixas etárias crescem.

Entre as gestantes, a raça/cor preta foi a categoria que apresentou as maiores taxas de letalidade no 1º e 2º trimestres de gestação, assim como na idade gestacional ignorada, com 12,5%, 14,0% e 22,2%, respectivamente. No 3º trimestre, a maior taxa foi observada nas pessoas brancas, com 14,3%. Entre as mulheres que se encontravam no período puerperal, as pretas apresentaram as maiores taxas de letalidade (25,6%).

Sobre a vacinação, durante o triênio, a letalidade foi maior entre aquelas pessoas que não tinham informações sobre vacinação e as vacinadas, ambos com 41,8%, e as pessoas que não possuíam nenhuma dose, a taxa ficou em 33,2%. Observa-se que, independentemente de estar ou não vacinada, a maior taxa foi na população autodeclarada branca (43,6% e 37,6%, respectivamente). Já naquelas que não tinham a informação na ficha, a maior taxa foi na população autodeclarada preta, com 47,0%.

Com relação ao uso de dispositivos de saúde, a utilização de UTI e de suporte ventilatório invasivo apresentaram as maiores letalidades se comparados ao não uso. Entretanto, as pessoas pretas apresentam a maior letalidade nesses dois casos, com 58,3% e 83,3%.

Tabela 1

Casos de COVID-19 em pessoas do sexo feminino internadas no estado do Rio de Janeiro, estratificados pelo quesito raça/cor, de março de 2020 a dezembro de 2022.							
VARIÁVEIS	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado	p-valor
	N=32.989 N (%)	N=7.943 N (%)	N=33.153 N (%)	N=706 N (%)	N=67 N (%)	N=31.759 N (%)	
EVOLUÇÃO							<0.001
Cura	18.736 (56,8)	4.432 (55,8)	21.026 (63,4)	481 (68,1)	49 (73,1)	23.475 (73,9)	
Óbito	14.253 (43,2)	3.511 (44,2)	12.127 (36,6)	225 (31,9)	18 (26,9)	8.284 (26,1)	
ANO DE NOTIFICAÇÃO							<0.001
2020	12.962 (39,3)	3.351 (42,2)	11.302 (34,1)	277 (39,2)	31 (46,3)	11.691 (36,8)	
2021	15.814 (47,9)	3.682 (46,4)	16.945 (51,1)	334 (47,3)	27 (40,3)	15.619 (49,2)	
2022	4.213 (12,8)	910 (11,5)	4.906 (14,8)	95 (13,5)	9 (13,4)	4.449 (14,0)	
ESCOLARIDADE							<0.001
Não se aplica	885 (7,3)	243 (8,0)	1281 (14,5)	30 (17,3)	6 (46,2)	1.532 (50,8)	
Sem escolaridade/Analfabeto	540 (4,4)	231 (7,6)	487 (5,5)	10 (5,8)	0 (0,0)	105 (3,5)	
Ensino Fundamental 1º ciclo	2.773 (22,7)	914 (30,2)	2.285 (25,9)	33 (19,1)	2 (15,4)	289 (9,6)	
Ensino Fundamental 2º ciclo	2.126 (17,4)	609 (20,1)	1.681 (19,0)	22 (12,7)	3 (23,1)	222 (7,4)	
Ensino Médio	3.877 (31,8)	810 (26,7)	2.438 (27,6)	58 (33,5)	2 (15,4)	562 (18,7)	
Ensino Superior	2.000 (16,4)	222 (7,3)	666 (7,5)	20 (11,6)	0 (0,0)	303 (10,0)	
Ignorado	21.673	5.157	25.596	563	60	28.746	
IDADE							<0.001
Mediana (Q1 e Q3)	67 (50, 80)	61 (43, 73)	61 (43, 73)	60 (43, 73)	64 (39, 77)	61 (41, 75)	
FAIXA ETÁRIA							<0.001
Menor de 1 ano	772 (2,3)	179 (2,3)	1.164 (3,5)	29 (4,1)	7 (10,4)	1.193 (3,8)	
1-4 anos	878 (2,7)	246 (3,1)	1.396 (4,2)	23 (3,3)	4 (6,0)	1.540 (4,8)	
5-9 anos	364 (1,1)	128 (1,6)	640 (1,9)	7 (1,0)	0 (0,0)	608 (1,9)	
10-14 anos	205 (0,6)	93 (1,2)	277 (0,8)	9 (1,3)	0 (0,0)	289 (0,9)	
15-19 anos	206 (0,6)	78 (1,0)	310 (0,9)	4 (0,6)	0 (0,0)	272 (0,9)	
20-29 anos	1.054 (3,2)	364 (4,6)	1.327 (4,0)	23 (3,3)	2 (3,0)	1.178 (3,7)	
30-39 anos	1.839 (5,6)	621 (7,8)	2.297 (6,9)	61 (8,6)	5 (7,5)	2.279 (7,2)	
40-49 anos	2.882 (8,7)	843 (10,6)	3.465 (10,5)	81 (11,5)	2 (3,0)	3.289 (10,4)	
50-59 anos	4.272 (12,9)	1.270 (16,0)	5.036 (15,2)	112 (15,9)	10 (14,9)	4.340 (13,7)	
60-69 anos	5.9824 (17,7)	1.605 (20,2)	6.631 (20,0)	139 (19,7)	12 (17,9)	5.672 (17,9)	

	Branca N (%)	Preta N (%)	Parda N (%)	Amarela N (%)	Indígena N (%)	Ignorado N (%)	p-valor
70-79 anos	6.215 (18,8)	1.348 (17,0)	5.611 (16,9)	129 (18,3)	12 (17,9)	5.206 (16,4)	
80-89 anos	5.830 (17,7)	867 (10,9)	3.744 (11,3)	67 (9,5)	10 (14,9)	4.092 (12,9)	
90 anos ou mais	2.648 (8,0)	301 (3,8)	1.255 (3,8)	22 (3,1)	3 (4,5)	1.801 (5,7)	
GESTANTE							<0.001
Não se aplica	9.599 (33,8)	2.097 (31,9)	8.995 (31,2)	196 (32,6)	20 (33,3)	8.877 (34,6)	
Não	18.321 (64,6)	4.266 (64,9)	19.170 (66,4)	383 (63,6)	38 (63,3)	16.410 (64,0)	
1º trimestre	49 (0,2)	16 (0,2)	70 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	37 (0,1)	
3º trimestre	230 (0,8)	127 (1,9)	370 (1,3)	10 (1,7)	1 (1,7)	193 (0,8)	
2º trimestre	146 (0,5)	57 (0,9)	217 (0,8)	11 (1,8)	1 (1,7)	106 (0,4)	
Idade Gestacional Ignorada	27 (0,1)	9 (0,1)	38 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	19 (<0,1)	
Ignorado	4.617	1.371	4.293	104	7	6.117	
PUÉRPERA							<0.001
Sim	156 (2,0)	82 (4,4)	221 (3,7)	3 (1,9)	0 (0,0)	171 (2,2)	
Não	7.545 (98,0)	1.788 (95,6)	5.779 (96,3)	153 (98,1)	8 (100,0)	7.465 (97,8)	
Ignorado	25.288	6.073	27.153	550	59	24.123	
VACINA COVID							<0.001
Sim	7.400 (58,4)	1.509 (54,7)	7.439 (52,9)	140 (54,1)	9 (42,9)	6.916 (55,4)	
Não	5.280 (41,6)	1.251 (45,3)	6.616 (47,1)	119 (45,9)	12 (57,1)	5.572 (44,6)	
Ignorado/Não informado	20.309	5.183	19.098	447	46	19.271	
UTI							<0.001
Sim	12.384 (48,1)	2.531 (42,4)	12.494 (46,8)	223 (39,3)	22 (50,0)	13.483 (51,1)	
Não	13.380 (51,9)	3.432 (57,6)	14.189 (53,2)	345 (60,7)	22 (50,0)	12.877 (48,9)	
Ignorado	7.225	1.980	6.470	138	23	5.399	
SUPORTE VENTILATÓRIO							<0.001
Sim, invasivo	5.038 (20,5)	1.270 (21,6)	4.588 (17,5)	95 (17,6)	8 (16,7)	3.402 (14,4)	
Sim, não invasivo	13.406 (54,6)	3.197 (54,3)	15.947 (60,7)	309 (57,2)	27 (56,3)	13.357 (56,4)	
Não	6.093 (24,8)	1.424 (24,2)	5.724 (21,8)	136 (25,2)	13 (27,1)	6.900 (29,2)	
Ignorado	8.452	2.052	6.894	166	19	8.100	

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 25 de janeiro de 2024.

Tabela 2

Letalidade hospitalar de SRAG por COVID-19 em pessoas do sexo feminino estratificada pelo quesito raça/cor, no estado do Rio de Janeiro, de março de 2020 a dezembro de 2022.						
Característica	Branca (%)	Preta (%)	Parda (%)	Amarela (%)	Indígena (%)	Ignorado (%)
Letalidade	43,2	44,2	36,6	31,9	26,9	35,3
ANO DE NOTIFICAÇÃO						
2020	43,2	46,4	37,5	32,5	25,8	26,7
2021	44,8	44,4	37,2	32,0	33,3	27,4
2022	37,6	35,1	32,4	29,5	11,1	21,1
ESCOLARIDADE						
Não se aplica	4,4	2,9	2,6	3,3	0,0	0,0
Sem escolaridade/Analfabeto	55,2	66,2	60,4	60,0	-	21,0
Ensino Fundamental 1º ciclo	64,9	62,1	63,9	27,3	50,0	30,1
Ensino Fundamental 2º ciclo	67,5	63,1	62,9	36,4	0,0	38,7
Ensino Médio	58,8	54,9	55,6	31,0	50,0	31,0
Ensino Superior	52,2	55,4	46,7	30,0	-	17,2
Ignorado/ Não informado	35,4	37,3	31,3	33,2	29,6	27,3
FAIXA ETÁRIA						
Menor de 1 ano	5,8	2,8	4,1	3,4	0,0	2,4
1-4 anos	1,9	0,8	1,6	4,3	0,0	0,7
5-9 anos	1,1	2,3	1,7	0,0	-	1,2
10-14 anos	4,9	8,6	4,3	0,0	-	1,7
15-19 anos	11,7	10,3	8,7	0,0	-	6,6
20-29 anos	15,1	16,5	15,6	4,3	0,0	8,9
30-39 anos	19,5	28,3	19,3	13,1	0,0	11,3
40-49 anos	26,2	35,9	25,6	18,5	50,0	17,5
50-59 anos	34,3	41,5	33,8	23,2	10,0	23,2
60-69 anos	46,3	50,8	43,8	43,2	41,7	30,9
70-79 anos	53,6	59,6	50,6	48,1	41,7	36,8
80-89 anos	60,9	66,4	58,6	59,7	30,0	42,2
90 anos ou mais	69,2	74,4	66,1	50,0	100,0	48,6
GESTANTE						
Não se aplica	41,8	42,7	31,6	31,1	30,0	22,4
Não	44,6	46,8	39,3	35,2	26,3	29,1
1º trimestre	4,1	12,5	10,0	0,0	-	0,0
2º trimestre	11,0	14,0	11,5	0,0	0,0	5,7
3º trimestre	14,3	9,4	10,5	10,0	0,0	10,4
Idade Gestacional Ignorada	18,5	22,2	7,9	0,0	-	26,3
Ignorado	43,5	43,4	38,9	26,9	28,6	24,4
PUÉRPERA						
Sim	22,4	25,6	18,6	0,0	-	17,0
Não	43,5	44,1	40,5	43,8	25,0	30,1
Ignorado	43,3	44,5	35,9	28,7	27,1	24,9
VACINA COVID						
Sim	43,6	41,5	40,1	35,7	11,1	24,5
Não	37,6	36,0	29,3	24,4	16,7	23,6

	Branca (%)	Preta (%)	Parda (%)	Amarela (%)	Indígena (%)	Ignorado (%)
Ignorado	44,5	47,0	37,7	32,7	32,6	27,4
UTI						
Não	25,9	30,7	24,5	21,4	13,6	16,3
Sim	56,0	58,3	49,0	48,0	22,7	33,0
Ignorado	53,2	49,6	39,1	31,9	43,5	32,3
SUPORTE VENTILATÓRIO						
Não	18,1	20,5	15,5	11,8	0,0	11,6
Sim, não invasivo	38,0	38,3	30,7	26,9	18,5	19,6
Sim, invasivo	81,7	83,3	80,6	77,9	50,0	68,1
Ignorado	46,7	45,6	38,3	31,3	47,4	31,4

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 25 de janeiro de 2024.

3.2.5 Discussão

O presente estudo avaliou os casos SRAG por COVID-19 ocorridos em pessoas do sexo feminino no ERJ, no triênio 2020 e 2022, com foco na raça/cor. O principal interesse do estudo decorre em observar se houve diferença ou similaridade entre as categorias de raça/cor na população feminina, que pudessem sugerir iniquidades nos serviços de saúde.

O estudo chamou atenção para a necessidade de se interseccionalizar a análise de como a COVID-19 atingiu a população, para além do simples e individualizado olhar de como homens e pessoas negras morreram mais. Os dados iniciais do banco geral apresentaram as pessoas do sexo feminino pretas com a maior letalidade em comparação a todos os grupos, corroborando com o estudo realizado nos Estados Unidos, em 2020, onde se evidenciou que a taxa de mortalidade por COVID-19 nas mulheres negras foi quase quatro vezes maior que homens brancos e três vezes maior que homens asiáticos (Rushovich et al., 2021).

Quando se pensa em uma análise de raça/cor com recorte para o sexo feminino, temos um grupo populacional composto por mulheres negras com um duplo processo discriminatório. Historicamente, as mulheres negras, tem sua integralidade colocadas às margens das lutas, seja no movimento abolicionista, onde não se abordava questões de gênero com receio da invisibilidade das questões raciais; ou nos movimentos sufragistas femininos, onde não se pensava na intersecção racial (Gonzalez, 2020; Oliveira; Kuwahara, 2022).

Enquanto o movimento feminista lutava pela inserção das mulheres (brancas) no mercado de trabalho, as mulheres negras há anos já tinham seus trabalhos explorados por séculos de escravidão (Ribeiro, 2018). No entanto, estas nunca estavam nas posições de

liderança e em suas comunidades eram as responsáveis pelos homens e crianças. Mesmo quando houve a divisão dos trabalhos entre os que exigiam racionalidade (para homens) ou sentimentalismo (para mulheres), as mulheres negras permaneceram sendo consideradas aptas e fortes para trabalhos brutos e braçais, mas não racionais para posições de liderança e nem frágeis e sentimentais para os trabalhos de mulheres brancas (Oliveira; Kuwahara, 2022).

Sendo retiradas do processo de desenvolvimento por ambas as lutas, as mulheres negras voltam seus serviços para trabalhos domésticos na casa de famílias da classe média ou na prestação de outros serviços de baixa remuneração. Somado ao trabalho remunerado, as mulheres enfrentam a dupla jornada antes de sair de suas casas e ao retornar: cuidado com os filhos e afazeres domésticos (Gonzalez; Rios; Lima, 2020). O cenário atual é resquício desse processo vivido pelas mulheres negras, onde temos 92% de trabalhadoras domésticas sendo mulheres, e destas, 65% sendo negras (ANDES-SN, 2023).

Desde 2013, quando foi promulgada a PEC das Domésticas, que ampliava a garantia de direito da categoria, houve queda no número de trabalhadoras com carteira assinada, aumento de trabalhadoras sem carteira assinada e estagnação na renda mensal, em comparação com o ano de 2022 (ANDES-SN, 2023). Se antes essas trabalhadoras não tinham seus direitos garantidos respeitados, com manobras dos empregadores para não caracterizarem os serviços como vínculo empregatício, durante a pandemia essa situação se agravou e muitas se expuseram para não ficar sem renda (ANDES-SN, 2023). Não tão coincidentemente, os primeiros óbitos registrados foram de uma diarista (em São Paulo) e uma trabalhadora doméstica (no Rio de Janeiro) (Albuquerque; Ribeiro, 2021).

Em estudo realizado a partir da análise de óbitos por sexo e raça/cor, de acordo com a posição no mercado de trabalho, no Brasil mulheres negras que estavam na base da pirâmide (trabalhadoras da limpeza urbana, serviços domésticos e agricultura) morreram mais quando comparadas com os outros grupos (homens negros e brancos e mulheres brancas) (Ian Prates *et al.*, 2021). As manifestações da desigualdade socioeconômica no Brasil corroboram com a posição no mercado de trabalho que estas mulheres estão e que as expuseram aos riscos da COVID-19.

Enquanto uma parcela da população pôde seguir as recomendações de proteção e mitigação da circulação do vírus, outra parcela precisou manter seu deslocamento para o trabalho; uso de transportes públicos lotados, principalmente os que vinham de regiões mais

afastadas da área central das cidades; ausência de saneamento básico, inclusive com fornecimento irregular de água em algumas regiões do ERJ; moradia com condições precárias; e etc. (IBGE, 2022; Rodrigues, 2020).

Outro ponto a ser considerado é a distribuição geográfica, que apresenta segregação residencial racial, com a população negra concentrada às margens das cidades (Goes; Ramos; Ferreira, 2020). Locais que comumente contam com serviços precários de Atenção Primária à Saúde (APS), e escassez de serviços secundários e terciários. Fato que contribui para que negros tenham mais acesso à saúde básica, enquanto brancos acessem mais facilmente a alta complexidade (Fernandes, 2022).

Embora as questões socioeconômicas influenciem em como cada grupo populacional passou pela pandemia, não podemos desconsiderar que a taxa de letalidade ser maior na população preta (44,2%) não é fato exclusivo da condição econômica, mas há uma carga das construções sociais e culturais (Silva et al., 2019). Além da exposição ao vírus que a população mais vulnerável esteve suscetível, não podemos desconsiderar que, uma vez adoecida, vinha um novo enfrentamento: busca por assistência. Essa desigualdade no acesso é bem descrita quando analisamos os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Historicamente, as mulheres negras têm seus direitos ameaçados, com maior taxa de mortalidade materna, óbitos por aborto, violências sexual, física e obstétrica (Criola, 2021). Entre as tantas formas evidenciadas de racismo nos serviços de saúde, a violência obstétrica associada ao racismo estrutural é a problemática que mais se discute, com limitação de direitos às mulheres negras do planejamento familiar até o período puerperal. O Brasil liderou as mortes maternas por COVID-19 no mundo, onde as mulheres pretas tiveram maior risco de pré-natal inadequado, peregrinação para o parto, ausência de acompanhante e menor orientação sobre o parto (Criola, 2021; Leal *et al.*, 2017).

Entre os usuários do SUS que dependem exclusivamente do serviço público, 67% são negros (Menezes, 2020). Dados do IBGE evidenciam que apenas 20,1% das pessoas pardas e 21,4% das pessoas pretas possuem algum plano de saúde, médico ou odontológico (IBGE, 2019). Um percentual expressivo de pessoas autodeclaradas pretas (11,9%) e pardas (11,4%) relataram sentir discriminação nos serviços de saúde do SUS (Brasil, 2017). Mesmo quando se chega às unidades de saúde, há ausência de informações para população negra, sutil negação/omissão de acesso a procedimento de saúde ou até mesmo parcial avaliação

clínica/laboratorial dos profissionais de saúde (Capelo, 2015; Fernandes, 2022). Mais uma face do racismo, o institucional, que limita o pleno acesso da população negra às instituições (Silva *et al.*, 2019; Theodoro, 2008).

Embora o colapso tenha ocorrido para toda a população global, assim como a COVID-19, algumas situações vulnerabilizam pessoas que, por vezes, passam a ser mais impactadas. Assim, por questões socioeconômicas, o acesso/busca pelos serviços de saúde e própria proteção individual pode ter ocorrido de forma desigual entre grupos populacionais. A pandemia chegou no Brasil pela elite majoritariamente branca, mas que tem em suas casas trabalhadores majoritariamente negros. Assim, rapidamente o vírus disseminou para as regiões periféricas das cidades e estado (Albuquerque; Ribeiro, 2021; G1, 2020).

3.2.6 Considerações Finais

O estudo se propôs a apontar e discutir os óbitos por COVID-19 ocorridos no ERJ, em pessoas do sexo feminino, com recorte de raça/cor. O uso de dados secundários apresentou limitações na análise, como incompletude e inconsistência das fichas de notificação e subnotificação dos casos. A escassez de estudos específicos sobre COVID-19 com foco na raça/cor e gênero limitou a comparação dos achados com outros dados disponíveis.

A COVID-19 tem evidenciado os desafios enfrentados pelas populações há muito tempo negligenciadas, resultando em um risco significativamente maior de óbito. Para além das iniquidades sociais, o racismo estrutural oriundo do período escravocrata vivenciado no Brasil ainda impacta intensamente na sociedade. A interseccionalidade na discussão possibilitou que identificássemos a maior letalidade nas mulheres pretas. As questões socioeconômicas foram fundamentais para o desenho deste cenário, porém, reconhecemos que as construções sociais e estruturais, que duplamente afetam as mulheres negras, tiveram impacto no acesso aos serviços e atendimento recebido por estas pessoas.

O racismo estrutural perpetua uma realidade em que a população negra continua enfrentando desafios sistemáticos e limitações de oportunidades, o que impacta na sua qualidade de vida e em seus resultados em várias esferas. Abordar essas disparidades requer um compromisso contínuo em desmantelar os sistemas de discriminação e promover a equidade

de oportunidades. Portanto, é fundamental implementar políticas e práticas que abordem essas desigualdades sistêmicas e promovam o acesso equitativo à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, M. V. DE; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00208720, 11 jan. 2021.
2. ALERRANDRE BARROS. **Homens pretos e pardos morreram mais de Covid do que brancos em 2020 | Agência de Notícias**. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32414-homens-pretos-e-pardos-morreram-mais-de-covid-do-que-brancos-em-2020>>. Acesso em: 22 fev. 2024.
3. ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Jandaíra, 2021.
4. ANDES-SN, S. N. D. D. I. D. E. S. **Dez anos após PEC das Domésticas, IBGE aponta que número de trabalhadoras domésticas diminuiu**. Disponível em: <<https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/dez-anos-apos-pec-das-domesticas-ibge-aponta-que-numero-de-trabalhadoras-domesticas-diminuiu1>>. Acesso em: 25 fev. 2024.
5. BRASIL. Lei Nº 8.080. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. . 19 set. 1990.
6. BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. BRASIL, M. DO D. R. **Estudo do Governo Federal mostra que Brasil tem 753,2 mil km de redes de distribuição de água e 365 mil km de redes de esgoto**. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdr/pt-br/noticias/estudo-mostra-que-brasil-tem-753-2-mil-km-de-redes-de-distribuicao-de-agua-e-365-mil-de-esgoto>>. Acesso em: 26 nov. 2023.
8. CAPELO, R. Por que o negro tem menos acesso à saúde do que o branco no Brasil? **Época**, 23 jun. 2015.
9. CARDOSO, F. S.; GOMES, D. C. K.; SILVA, A. S. DA. Desigualdade racial na assistência à saúde do adulto internado por COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00215222, 13 nov. 2023.
10. CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.

11. CRIOLA. **Dossiê: Mulheres negras e justiça reprodutiva 2020-2021.** , set. 2021.
Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQQnZgeoBx/view?usp=sharing&usp=embed_facebook>. Acesso em: 14 mar. 2024
12. DATASUS. **SRAG 2021 a 2023 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - incluindo dados da COVID-19.** Disponível em:
<<https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-a-2023>>. Acesso em: 5 ago. 2023.
13. DIEESE, D. I. DE E. E E. S. **Boletim Especial - 8 de março - Dia da Mulher: As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho.** Disponível em:
<<https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/mulheres2023.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2024.
14. FBSP, F. B. DE S. P. **Infográfico: A violência contra pessoas negras no Brasil, 2022.** FBSP, , 18 nov. 2022. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/11/infografico-violencia-desigualdade-racial-2022.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2023
15. FERNANDES, S. Negros tem mais acesso à saúde básica, enquanto brancos têm facilidade com alta complexidade. **Folha de S.Paulo**, 18 nov. 2022.
16. G1. **Coronavírus é mais letal entre negros no Brasil, apontam dados do Ministério da Saúde.** Disponível em:
<<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/11/coronavirus-e-mais-letal-entre-negros-no-brasil-apontam-dados-do-ministerio-da-saude.ghtml>>. Acesso em: 28 set. 2023.
17. GARCIA, M. F. **Brasil foi o último país do continente americano a abolir a escravidão.** Disponível em: <<https://observatorio3setor.org.br/noticias/brasil-foi-o-ultimo-pais-do-continente-americano-a-abolir-a-escravidao/>>. Acesso em: 26 nov. 2023.
18. GOES, E. F.; RAMOS, D. DE O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, p. e00278110, 29 maio 2020.
19. GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaios, intervenções e diálogos.** [s.l.] Zahar, 2020.
20. IAN PRATES et al. **No Brasil, mulheres negras morrem mais de covid que qualquer grupo na base do mercado de trabalho.** Disponível em:

- <<https://jornal.usp.br/ciencias/mulheres-negras-tem-maior-mortalidade-por-covid-19-do-que-restante-da-populacao/>>. Acesso em: 22 fev. 2024a.
21. IAN PRATES et al. **No Brasil, mulheres negras morrem mais de covid que qualquer grupo na base do mercado de trabalho**. Disponível em:
<<https://jornal.usp.br/ciencias/mulheres-negras-tem-maior-mortalidade-por-covid-19-do-que-restante-da-populacao/>>. Acesso em: 4 fev. 2024b.
22. IBGE, I. B. DE G. E E. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 41. ed. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas • Informação Demográfica e Socioeconômica, 2019.
23. IBGE, I. B. DE G. E E. **Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19**. Disponível em:
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/f9d10a1135cdaa0e845108f06b1c00f1.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.
24. IBGE, I. B. DE G. E E. **Pessoas pretas e pardas continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento | Agência de Notícias**. Disponível em:
<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento>>. Acesso em: 20 ago. 2023.
25. IBGE, I. B. DE G. E E. Sobre a mudança de Aglomerados Subnormais para Favelas e Comunidades Urbanas. v. 01, n. IBGE, p. 79, 2024.
26. LEAL, M. D. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, 2017.
27. MENEZES, T. **SUS, um sistema universal que tem cor e raça**. **Decania do Centro de Tecnologia UFRJ**, 23 nov. 2020. Disponível em: <<https://ct.ufrj.br/sus-um-sistema-universal-que-tem-cor-e-raca/>>. Acesso em: 28 set. 2023
28. OLIVEIRA, J. S. DE; KUWAHARA, M. Y. MULHERES NEGRAS NA PANDEMIA DE COVID-19: **XXVII ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA**, p. 1–25, jun. 2022.
29. ONU MULHERES BRASIL. **MULHERES NEGRAS E COVID-19**. Disponível em:
<https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe2.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2024.
30. PESSÔA, C. **Cresce quantidade de mães que criam os filhos totalmente sozinhas**. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos->

humanos/audio/2023-05/cresce-quantidade-de-maes-que-criam-os-filhos-totalmente-sozinhas>. Acesso em: 23 fev. 2024.

31. REIS, D. D. S. PANDEMIA E DESIGUALDADES RACIAIS NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA: OLHARES CRÍ(P)TICOS. n. 1, 3 ago. 2021.
32. RIBEIRO, D. **Quem tem medo do feminismo negro?** São Paulo: SCHWARCZ S.A., 2018.
33. RODRIGUES, R. I. Nota Técnica: Nº 39. **A COVID-19, A FALTA DE ÁGUA NAS FAVELAS E O DIREITO À MORADIA NO BRASIL**, n. 39, p. 24, jul. 2020.
34. RUSHOVICH, T. et al. Sex Disparities in COVID-19 Mortality Vary Across US Racial Groups. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 6, p. 1696–1701, jun. 2021.
35. SILVA, N. N. D. et al. Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. 9, 19 jun. 2019.
36. SILVA, P. T. DE C.; SILVA, C. F. DA. Desdobramentos das desigualdades raciais na pandemia da Covid-19. **Revista Katálysis**, v. 26, p. 110–119, 13 fev. 2023.
37. THEODORO, M. (ED.). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. n. 1ª, p. 176, nov. 2008.
38. WORLD BANK. **Brazil Poverty and Equity Assessment - Looking ahead of two crises**. Washington DC: World Bank, 2022.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos debruçarmos sobre as pesquisas dos impactos da COVID-19 na população do Estado do Rio de Janeiro, identificamos que a desigualdade socioeconômica com recorte racial foi um fator exponencial. Em linhas gerais, é possível refletir que a população negra é a que mais esteve vulnerável aos riscos da pandemia.

O estudo se propôs a apontar e discutir os casos e óbitos por SRAG por COVID-19 ocorridos no estado do Rio de Janeiro com olhar para raça/cor, no intuito de evidenciar a importância de políticas públicas de igualdade racial. Para além das iniquidades sociais, o racismo estrutural, oriundo do período escravocrata vivenciado no Brasil, ainda impacta intensamente na sociedade. A interseccionalidade na discussão possibilitou que identificássemos a maior letalidade nas mulheres pretas. As questões socioeconômicas foram

fundamentais para o desenho deste cenário, porém, reconhecemos que as construções sociais e estruturais, que duplamente afetam as mulheres negras, tiveram impacto no acesso aos serviços e atendimento recebido por estas pessoas.

Identificamos, através das análises de óbitos por sexo e raça/cor, que as mulheres negras foram as maiores vítimas fatais da COVID-19 comparadas com o grupo de homens brancos ou negros e/ou mulheres brancas. Ademais, demonstramos que **a possibilidade de cumprimento das políticas propostas de isolamento social passava** diretamente pelas condições socioeconômicas dos indivíduos.

Abordar essas disparidades requer um compromisso contínuo em dismantelar os sistemas de discriminação e promover a equidade de oportunidades. Considerando que a enfermagem representa o maior contingente de profissionais de saúde e é composta em sua maioria por mulheres negras (COFEN, 2023), pensar em ações contra o racismo é também pessoalmente benéfico para a categoria.

Portanto, é fundamental implementar políticas e práticas que abordem essas desigualdades sistêmicas e promovam o acesso equitativo à saúde. Ressalta-se a importância de políticas públicas de igualdade racial, com proposição de novas políticas e a revisão das existentes, com amplo debate nas esferas governamentais e participação social, incluindo trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Coronavírus: Brasil tem primeiros casos de transmissão comunitária**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/ao-vivo-coronavirus-brasil-98-casos-transmissao-comunitaria>. Acesso em: 26 maio 2024.
- AGÊNCIA BRASIL. **Primeiro caso de covid-19 no Brasil completa um ano**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-completa-um-ano>. Acesso em: 6 ago. 2023.
- ALBUQUERQUE, M. V. de; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, p. e00208720, 2021.
- ALMEIDA, S. L. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Jandaíra, 2021. (Feminismos Plurais).
- ANDES-SN, S. N. D. D. I. D. E. S. **Dez anos após PEC das Domésticas, IBGE aponta que número de trabalhadoras domésticas diminuiu**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/dez-anos-apos-pec-das-domesticas-ibge-aponta-que-numero-de-trabalhadoras-domesticas-diminuiu1>. Acesso em: 25 fev. 2024.
- ARAÚJO, E. M. de *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, p. 191–205, 2021.
- ARAÚJO, E. M.; NUNES, A. P.; NISIDA, V. A invisibilidade do racismo nos dados da Covid-19. **GT Racismo e Saúde**, ABRASCO, 20 jul. 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtracismoesaude/2021/07/20/a-invisibilidade-do-racismo-nos-dados-da-covid-19/>. Acesso em: 21 set. 2023.
- BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. e1018–e1026, 2020.
- BARROS, A. **Homens pretos e pardos morreram mais de Covid do que brancos em 2020 | Agência de Notícias**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32414-homens-pretos-e-pardos-morreram-mais-de-covid-do-que-brancos-em-2020>. Acesso em: 22 fev. 2024.
- BBC NEWS BRASIL. Relembre frases de Bolsonaro sobre a covid-19. **BBC News Brasil**, [s. l.], 7 jul. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53327880>. Acesso em: 26 nov. 2023.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. D. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 10, p. e00119021, 2021.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico 05 - Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COVID-19**. [S. l.: s. n.], 2020a.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico Especial**. [S. l.: s. n.], 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/tuberculose/boletim_tuberculose_2021_internet.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

BRASIL. **Centro de Operações de Emergência em Saúde - Coe**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/resposta-a-emergencias/coes/centro-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-coes>. Acesso em: 5 ago. 2023 a.

BRASIL. **Doença pelo Coronavírus 2019: Ampliação da Vigilância, Medidas não Farmacológicas e Descentralização do Diagnóstico Laboratorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf. Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL, M. do D. R. **Estudo do Governo Federal mostra que Brasil tem 753,2 mil km de redes de distribuição de água e 365 mil km de redes de esgoto**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/noticias/estudo-mostra-que-brasil-tem-753-2-mil-km-de-redes-de-distribuicao-de-agua-e-365-mil-de-esgoto>. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica Covid-19: Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 — Ministério da Saúde**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>. Acesso em: 5 ago. 2023.

BRASIL *et al.* **Guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. Acesso em: 4 ago. 2023.

BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, 3 fev. 2020c. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391454>. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. **PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017**. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 1 fev. 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 21 set. 2023.

BRASIL, M. da S. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 nov. 2023.

BRASIL, M. da S. **RESOLUÇÃO Nº 580, DE 22 DE MARÇO DE 2018**. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Nº 135, Seção 1, n. 580, p. 55, 22 mar. 2018.

BRASIL. **Sintomas**. [S. l.], 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>. Acesso em: 5 ago. 2023.

BRASIL. **SIVEP-Gripe**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/visao/pages/principal.html?1>. Acesso em: 5 ago. 2023 b.

BRUM, G. Censo 2022: entenda como declarar a sua raça. **Agência Brasil**, Brasília, 23 set. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/geral/audio/2022-09/censo-2022-entenda-como-declarar-sua-raca>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BUTANTAN, I. **Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia>. Acesso em: 4 ago. 2023.

CAPELO, R. Por que o negro tem menos acesso à saúde do que o branco no Brasil?. **Época**, [s. l.], 23 jun. 2015. Disponível em: <https://epoca.globo.com/tempo/noticia/2015/06/por-que-o-negro-tem-menos-acesso-saude-do-que-o-branco-no-brasil.html>. Acesso em: 13 out. 2023.

CARDOSO, F. S.; GOMES, D. C. K.; SILVA, A. S. da. Desigualdade racial na assistência à saúde do adulto internado por COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, p. e00215222, 2023.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. D. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 269–279, 2021.

COFEN, C. F. de E. Dia da Consciência Negra: pretos e pardos são maioria na Enfermagem. *In*: COFEN. 20 nov. 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/dia-da-consciencia-negra-pretos-e-pardos-sao-maioria-na-enfermagem/>. Acesso em: 26 maio 2024.

COSTA, G. D. da; CRUZ, C. A. da; MAGNO, K. M. dos S. (org.). **TUTORIAL PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS MUNICÍPIOS FLUMINENSES: alguns princípios e orientações para o seu fortalecimento**. [S. l.]: SES-RJ, 2023. Disponível em: <https://padlet.com/cvesesrj/coove-ses-rj-dnkko80rwpilctfn>. Acesso em: 5 ago. 2023.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 171–188, 2002.

CRIOLA. **Dossiê: Mulheres negras e justiça reprodutiva 2020-2021**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1eHGSM3DmKx1m9NbXEqrFBKRQqNzgeoBx/view?usp=sharing&usp=embed_facebook. Acesso em: 14 mar. 2024.

DATASUS. **SRAG 2021 a 2023 - Banco de Dados de Síndrome Respiratória Aguda Grave - incluindo dados da COVID-19**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-a-2023>. Acesso em: 5 ago. 2023.

DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 23, p. e200095, 2020.

DIEESE, D. I. de E. e E. S. **Boletim Especial - 8 de março - Dia da Mulher: As dificuldades das mulheres chefes de família no mercado de trabalho**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/mulheres2023.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2024.

EUGENIO, R. W. Achille Mbembe. Crítica da Razão Negra. Lisboa: Editora Antígona, 2014. **Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES)**, [s. l.], n. 31, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/nures/article/view/28687>. Acesso em: 26 nov. 2023.

FBSP, F. B. de S. P. **Infográfico: A violência contra pessoas negras no Brasil, 2022**. [S. l.]: FBSP, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/11/infografico-violencia-desigualdade-racial-2022.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

FERNANDES, S. Negros tem mais acesso à saúde básica, enquanto brancos têm facilidade com alta complexidade. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 18 nov. 2022. Equilíbrio e Saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/11/negros-tem-mais-acesso-a-saude-basica-enquanto-brancos-tem-facilidade-com-alta-complexidade.shtml>. Acesso em: 13 out. 2023.

FERNANDES, R. Rio de Janeiro tem barreiras sanitárias na capital e no interior do estado. *In*: DIÁRIO DO RIO DE JANEIRO. 26 mar. 2021. Disponível em: <https://diariodorio.com/rio-de-janeiro-tem-barreiras-sanitarias-na-capital-e-no-interior-do-estado/>. Acesso em: 6 ago. 2023.

FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 4 ago. 2023.

FIOCRUZ, F. O. C. **Nota técnica: Óbitos desassistidos no Rio de Janeiro - Análise do excesso de mortalidade e impacto da Covid-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/es/documento/nota-tecnica-obitos-desassistidos-no-rio-de-janeiro-analise-do-excesso-de-mortalidade-e>. Acesso em: 26 maio 2024.

G1. **Coronavírus é mais letal entre negros no Brasil, apontam dados do Ministério da Saúde**. [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/11/coronavirus-e-mais-letal-entre-negros-no-brasil-apontam-dados-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 28 set. 2023.

G1. **Mandetta, Teich e Pazuello: veja como ministros de Bolsonaro enfrentaram o 1º ano da pandemia de Covid**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/03/15/mandetta-teich-e-pazuello-veja-como-ministros-de-bolsonaro-enfrentaram-o-1o-ano-da-pandemia-de-covid.ghtml>. Acesso em: 6 ago. 2023.

G1. **RJ tem a maior taxa de mortalidade de coronavírus do país, diz Fiocruz: são 131 óbitos para cada 100 mil habitantes**. [S. l.], 2020b. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/12/03/rj-tem-a-maior-taxa-de-mortalidade-de-coronavirus-do-pais-diz-fiocruz-sao-131-obitos-para-cada-100-mil-habitantes.ghtml>. Acesso em: 26 maio 2024.

GANDRA, A. Estado do Rio de Janeiro confirma primeiro caso de coronavírus. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 5 mar. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/estado-do-rio-de-janeiro-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus-0>. Acesso em: 11 out. 2020.

GARCIA, M. F. **Brasil foi o último país do continente americano a abolir a escravidão**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://observatorio3setor.org.br/noticias/brasil-foi-o-ultimo-pais-do-continente-americano-a-abolir-a-escravidao/>. Acesso em: 26 nov. 2023.

GOES, E. F.; RAMOS, D. de O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 18, p. e00278110, 2020.

GONZALEZ, L.; RIOS, F.; LIMA, M. A mulher negra na sociedade brasileira : uma abordagem político-econômica. *In: [S. l.]*: Zahar, 2020. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2738>. Acesso em: 1 fev. 2024.

HÜNING, S. M.; SILVA, A. K. da; BRAGA, T. L. N. VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA E POLÍTICAS EDUCACIONAIS NO BRASIL. *Cadernos CEDES*, [s. l.], v. 41, p. 110–119, 2021.

IAN PRATES *et al.* **No Brasil, mulheres negras morrem mais de covid que qualquer grupo na base do mercado de trabalho.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/mulheres-negras-tem-maior-mortalidade-por-covid-19-do-que-restante-da-populacao/>. Acesso em: 22 fev. 2024.

IBGE, I. B. de G. e E. **Características gerais dos domicílios e dos moradores.** Rio de Janeiro: Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios, 2023. (Coleção Ibgeana, v. 314.6(81)-C257). v. 102004 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 20 ago. 2023.

IBGE, I. B. de G. e E. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** 41. ed. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas • Informação Demográfica e Socioeconômica, 2019. (Coleção Ibgeana). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 20 ago. 2023.

IBGE, I. B. de G. e E. **Pessoas pretas e pardas continuam com menor acesso a emprego, educação, segurança e saneamento | Agência de Notícias.** [S. l.], 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/35467-pessoas-pretas-e-pardas-continuam-com-menor-acesso-a-emprego-educacao-seguranca-e-saneamento>. Acesso em: 20 ago. 2023.

ISER, B. P. M. *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 29, p. e2020233, 2020.

JACCOUD, L. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial : uma análise dos últimos 20 anos.** Brasília: Ipea, 2009. (Acompanhamento E Análise De Políticas Públicas).

LEAL, M. D. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 33, n. suppl 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2024.

LOURENÇO, C. Uma sociedade desigual: reflexões a respeito de racismo e indicadores sociais no Brasil. *Serviço Social & Sociedade*, [s. l.], v. 146, p. 75–96, 2023.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção e política da morte**, [s. l.], v. 32, 2016.

MBEMBE, A. **NECROPOLÍTICA: Biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** 1. ed. Revista de Arte e Ensaios (Programa de Pós-Graduação em Artes Visuais da Escola de Belas Artes da UFRJ): [s. n.], 2018. v. 15

MENEZES, T. SUS, um sistema universal que tem cor e raça. *In: DECANIA DO CENTRO DE TECNOLOGIA UFRJ.* 23 nov. 2020. Disponível em: <https://ct.ufrj.br/sus-um-sistema-universal-que-tem-cor-e-raca/>. Acesso em: 28 set. 2023.

MILANEZI, J. “Eu não vou parar por causa de uma raça”: a coleta da raça/cor no SUS. *In*: DADOS. 4 jun. 2020. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/coleta-da-raca-cor-no-sus/>. Acesso em: 28 nov. 2023.

MIRANDA, P. *et al.* ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DA COVID-19: O QUE DIZEM OS DADOS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO?. [s. l.], n. 72, 2020.

OLIVEIRA, J. S. de; KUWAHARA, M. Y. MULHERES NEGRAS NA PANDEMIA DE COVID-19.: **XXVII ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA**, [s. l.], p. 1–25, 2022.

OMS, O. M. de S. **Histórico da pandemia de COVID-19**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2030%20de%20janeiro%20de%202020%2C%20a%20OMS,da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%2C%20conforme%20previsto%20no%20Regulamento%20Sanit%C3%A1rio%20Internacional>. Acesso em: 3 abr. 2023.

OMS, O. M. de S. **LINHA DO TEMPO: Resposta COVID-19 da OMS**. [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>. Acesso em: 3 abr. 2023.

OMS, O. M. de S. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. [S. l.], 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 3 abr. 2023.

OMS, O. M. de S. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 3 ago. 2023.

ONU MULHERES BRASIL. **MULHERES NEGRAS E COVID-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe2.pdf. Acesso em: 1 fev. 2024.

OPAS, O. P.-A. da S.; OMS, O. M. de S. **Folha informativa sobre COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 4 ago. 2023.

OPAS, O. P.-A. da S.; OMS, O. M. de S. **Orientações para a aplicação de medidas de saúde pública não farmacológicas a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade no contexto da COVID-19**. [S. l.], 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53194/OPASIMSFPLCOVID-19200021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 5 ago. 2023.

PEREIRA, J. M. MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p. **Horizontes Antropológicos**, [s. l.], v. 25, n. 55, p. 367–371, 2019.

PESSÔA, C. **Cresce quantidade de mães que criam os filhos totalmente sozinhas**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/direitos-humanos/audio/2023-05/cresce-quantidade-de-maes-que-criam-os-filhos-totalmente-sozinhas>. Acesso em: 23 fev. 2024.

REIS, D. D. S. PANDEMIA E DESIGUALDADES RACIAIS NA EDUCAÇÃO BRASILEIRA: OLHARES CRÍ(P)TICOS. [s. l.], n. 1, 2021. Disponível em: Acesso em: 25 set. 2023.

RIBEIRO, K. B. *et al.* Social inequalities and COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 50, n. 3, p. 732–742, 2021.

RUSHOVICH, T. *et al.* Sex Disparities in COVID-19 Mortality Vary Across US Racial Groups. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. 1696–1701, 2021.

SANTOS, M. P. A. D. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 34, p. 225–244, 2020.

SANTOS, A. B. S. dos; COELHO, T. C. B.; ARAÚJO, E. M. de. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 17, p. 341–356, 2013.

SBIM, S. B. de I. **Informações sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e a pandemia de COVID-19 - SBIm**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/noticias/1208-informacoes-sobre-o-novo-coronavirus-sars-cov-2-e-a-pandemia-de-covid-19>. Acesso em: 26 nov. 2023.

SES-RJ, S. de E. de S. do R. de J. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 2020-2021**. [S. l.: s. n.], 2022. Disponível em: https://painel.saude.rj.gov.br/arquivos/Boletim_2020_2021_2611.pdf.

SES-RJ, S. de E. de S. do R. de J. **Painel Coronavírus COVID-19**. [S. l.], 2020a. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/>. Acesso em: 6 ago. 2023.

SES-RJ, S. de E. de S. do R. de J. **Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro**. [S. l.: s. n.], 2020b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mjk1OTg%2C>.

SES-RJ. **RESOLUÇÃO SES Nº 2485 DE 18 DE OUTUBRO DE 2021**. DISPÕE SOBRE A RELAÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA E VIGILÂNCIA SENTINELA E REVOGA A RESOLUÇÃO SES Nº 1.864 DE 25 DE JUNHO DE 2019. 18 out. 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDkyMTM%2C>. Acesso em: 5 ago. 2023.

SILVA, N. N. D. *et al.* Access of the black population to health services: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 4, p. 9, 2019.

SILVA, P. T. de C.; SILVA, C. F. da. Desdobramentos das desigualdades raciais na pandemia da Covid-19. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 26, p. 110–119, 2023.

THEODORO, M. (org.). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. [s. l.], n. 1ª, p. 176, 2008.

UOL. **RJ confirma 1ª transmissão local do coronavírus; estado tem 15 casos [12/03/2020]**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/12/coronavirus-rio-de-janeiro-transmissao-local.htm>. Acesso em: 26 maio 2024.

VARGAS, M. Em despedida, Pazuello liga saída do Ministério da Saúde à conspiração política. **UOL**, [s. l.], 24 mar. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2021/03/24/em-despedida-pazuello-liga-saida-do-ministerio-da-saude-a-conspiracao-politica.htm>. Acesso em: 6 ago. 2023.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S.; SILVA, A. L. da. Iniquidades sociais em tempos de pandemia de covid-19: uma reflexão. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 29, p. 459–465, 2021.

VOMMARO, P. O mundo em tempos de pandemia: certezas, dilemas e perspectivas. **Revista Direito e Práxis**, [s. l.], v. 12, p. 1095–1115, 2021.

WERNECK, G. L. *et al.* **MORTES EVITÁVEIS POR COVID-19 NO BRASIL**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf. Acesso em: 25 nov. 2023.

WORLD BANK. **Brazil Poverty and Equity Assessment - Looking ahead of two crises**. Washington DC: World Bank, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/190795-banco-mundial-publica-relat%C3%B3rio-sobre-pobreza-e-equidade-no-brasil>, <https://brasil.un.org/pt-br/190795-banco-mundial-publica-relat%C3%B3rio-sobre-pobreza-e-equidade-no-brasil>. Acesso em: 20 ago. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Informações de Apoio: Tabelas referentes ao Artigo 1

Tabela 3. Tempo entre a data de início dos sintomas e notificação dos casos notificados de SRAG por COVID-19 ocorridos no ERJ segundo raça/cor e ano de notificação, entre 2020 e 2022

GERAL					ÓBITO				
Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3	Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3
2020	Amarela	3	6	10	2020	Amarela	2	4	8
	Branca	2	5	9		Branca	1	5	9
	Indígena	4	6	10		Indígena	3,5	6	8
	Parda	2	5	9		Parda	2	5	9
	Preta	2	5	9		Preta	1	4	8
2021	Amarela	3	7	10,25	2021	Amarela	3	6	10
	Branca	3	6	10		Branca	2	6	10
	Indígena	3	5	9		Indígena	3	4	6
	Parda	3	6	10		Parda	3	7	10
	Preta	2	5	9		Preta	2	6	10
2022	Amarela	1	3	6	2022	Amarela	1,5	4	7,5
	Branca	1	3	6		Branca	1	3	8
	Indígena	2,5	7	10		Indígena	6,5	7	8,5
	Parda	2	3	6		Parda	2	4	7
	Preta	1	3	6		Preta	0	3	8

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 03 de maio de 2023.

Tabela 4

Tempo entre a data de início dos sintomas e entrada na UTI dos casos notificados de SRAG por COVID-19 ocorridos no ERJ segundo raça/cor e ano de notificação, entre 2020 e 2022

GERAL					ÓBITO				
Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3	Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3
2020	Amarela	1	4	8	2020	Amarela	1	4	8
	Branca	1	4,5	8		Branca	1	4	7
	Indígena	1,5	7	10		Indígena	1	3,5	9,5
	Parda	2	4	8		Parda	1	4	8
	Preta	2	5	8		Preta	1	4	8
2021	Amarela	2	6	10	2021	Amarela	2,5	6	9
	Branca	3	6	9		Branca	3	6	9
	Indígena	2	6,5	8,75		Indígena	1,5	4	6,75
	Parda	3	6	9		Parda	3	6	9
	Preta	2	6	9		Preta	3	6	9
2022	Amarela	1	3	6	2022	Amarela	1	3	5,25
	Branca	1	3	5		Branca	0	3	6
	Indígena	1,75	2,5	6,25		Indígena	3,5	7	10
	Parda	1	2	5		Parda	1	2	5
	Preta	1	2	5		Preta	1	3	5

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 03 de maio de 2023.

Figura 5

Tempo de permanência na UTI dos casos notificados de SRAG por COVID-19 ocorridos no ERJ segundo ano de notificação, entre 2020 e 2022

GERAL					ÓBITO				
Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3	Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3
2020	Amarela	4	9	16	2020	Amarela	3	9,5	16,75
	Branca	4	9	17		Branca	4	9	17
	Indígena	6	11,5	18,25		Indígena	10,25	14	26,5
	Parda	4	8	15		Parda	3	8	16
	Preta	4	8	15		Preta	3	7	14
2021	Amarela	4	9	17	2021	Amarela	4	9	16
	Branca	5	9	17		Branca	5	10	17
	Indígena	5	8,5	17		Indígena	1	3	8
	Parda	4	8	15		Parda	4	9	15
	Preta	4	9	16		Preta	4	9	15
2022	Amarela	3	8	19,25	2022	Amarela	2,25	8,5	19,75
	Branca	3	8	16		Branca	3	9	17
	Indígena	6,5	8,5	11		Indígena	8,75	28,5	47,25
	Parda	4	9	19		Parda	3	8	17
	Preta	3	8	15,75		Preta	2	7	14

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 03 de maio de 2023.

Tabela 6

Tempo entre a data dos primeiros sintomas e evolução dos casos notificados de SRAG por COVID-19 ocorridos no ERJ segundo ano de notificação, entre 2020 e 2022

GERAL					ÓBITO				
Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3	Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3
2020	Amarela	7	13	20	2020	Amarela	6	12	21
	Branca	7	13	20		Branca	5	12	21
	Indígena	9,25	13,5	22		Indígena	11	20	30
	Parda	7	13	20		Parda	5	11	20
	Preta	7	12	20		Preta	5	11	19
2021	Amarela	8	14	20	2021	Amarela	8	14	21,25
	Branca	8	14	21		Branca	6	14	22
	Indígena	8	13	19		Indígena	3,5	10	13
	Parda	9	14	20		Parda	8	14	21
	Preta	7	13	21		Preta	6	12	20
2022	Amarela	5	9,5	17	2022	Amarela	6,25	11	17,75
	Branca	5	9	17		Branca	2	9	17
	Indígena	8	10,5	15,5		Indígena	14	16	18
	Parda	5	10	17		Parda	4	9	18
	Preta	4	9	15		Preta	2	8	16

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 03 de maio de 2023.

Tabela 7

Tempo entre a data de internação e evolução dos casos notificados de SRAG por COVID-19 ocorridos no ERJ segundo ano de notificação, entre 2020 e 2022

GERAL					ÓBITO				
Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3	Ano de Notificação	Raça/Cor	Q1	Q2	Q3
2020	Amarela	3	8	17	2020	Amarela	3	8	17
	Branca	3	8	16		Branca	3	8	16
	Indígena	10	13	27,5		Indígena	10	13	27,5
	Parda	3	7	14		Parda	3	7	14
	Preta	2	7	13		Preta	2	7	13
2021	Amarela	4	8	15	2021	Amarela	4	8	15
	Branca	3	8	16		Branca	3	8	16
	Indígena	0,75	2,5	9,5		Indígena	0,75	2,5	9,5
	Parda	4	8	14		Parda	4	8	14
	Preta	2	7	14		Preta	2	7	14
2022	Amarela	4	9	16	2022	Amarela	4	9	16
	Branca	2	7	15		Branca	2	7	15
	Indígena	10	10	10		Indígena	10	10	10
	Parda	2	7	15		Parda	2	7	15
	Preta	1	5	13		Preta	1	5	13

Fonte: Tabela elaborada pelos autores. Dados extraídos do openDataSUS, em 03 de maio de 2023.