

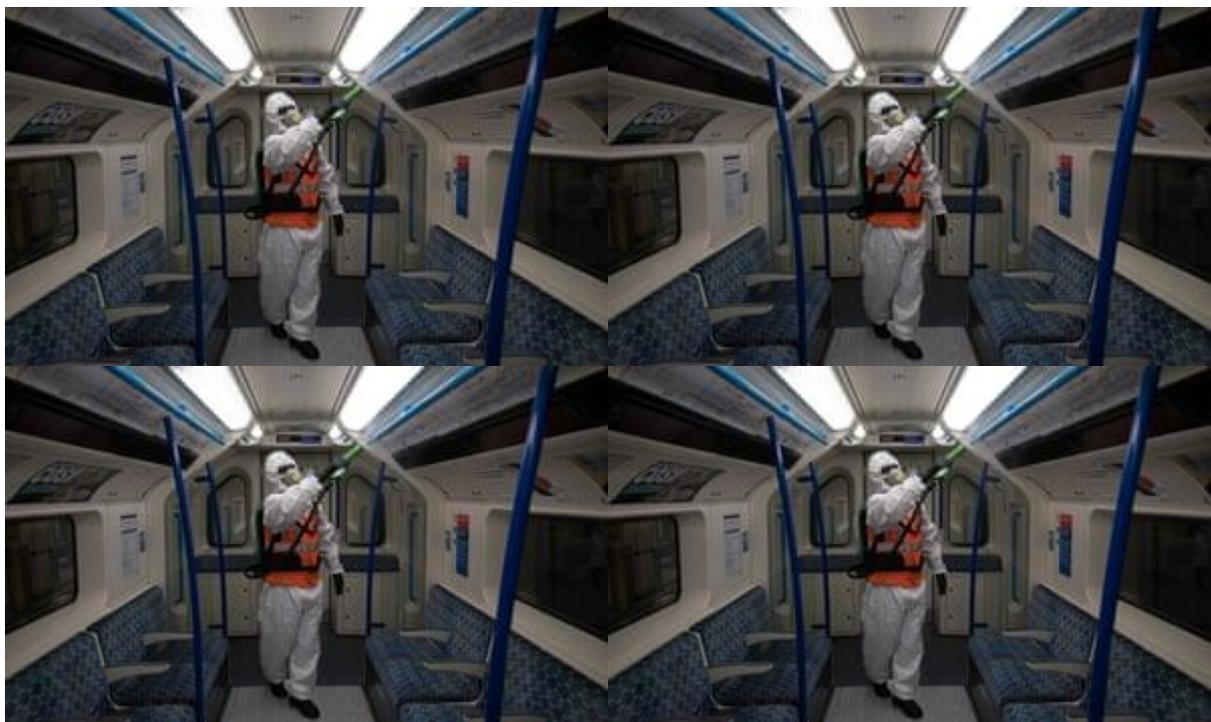
O que leva negros e minorias a morrerem mais na pandemia do novo Covid 19 não é a genética, é o racismo estrutural

A razão porque as pessoas de minorias étnicas e negras morrem mais de coronavírus não é a genética: é o racismo estrutural

Winston Morgan

Sim, é verdade, mais pessoas de origem negra, latina e de origem sul-asiática estão morrendo. Mas não é por causa da sua 'susceptibilidade' genética.

Quinta-feira, 4 de junho 2020 13.00 BST



Um funcionário do transporte público londrino (TfL) higieniza a parte interna do metrô com solução antiviral. Fotografia: Kirsty O'Connor/PA

Desde o começo da pandemia do coronavírus, tentou-se usar a ciência para explicar o impacto desproporcional do Covid-19 em diferentes grupos étnicos, utilizando-se do

prisma da raça. Dados do [Reino Unido e dos Estados Unidos](#) sugerem que as pessoas classificadas como negras, hispânicas (latinas) e sul-asiáticas tem mais probabilidade de morrer desta doença.

A maneira como esta questão é frequentemente debatida, e também a [reação de alguns cientistas](#), dão a impressão de que deve haver uma explicação de fundo biológico para a maior taxa de mortalidade, baseada em diferenças genéticas entre estes grupos e as pessoas brancas. Mas, na verdade, não há provas que os genes usados para dividir as pessoas em raças estariam associados a reação do sistema imunológico às infecções virais.

Há certas mutações genéticas que são encontradas em grupos étnicos específicos e que podem influenciar a resposta imunológica do organismo. Entretanto, dada a definição vaga de 'raça' (geralmente baseada em genes relacionados à cor da pele) e os movimentos populacionais recentes, elas devem ser tratadas como indicadores pouco confiáveis para estudar a susceptibilidade às infecções virais.

A raça é na verdade um conceito social que não tem base científica. Por outro lado, há [associações claras](#) entre os grupos raciais, sua situação socioeconômica, o que acontece quando estes grupos pegam a infecção e as consequências destas infecções. Focar na ideia de uma associação genética só serve para desviar a nossa atenção desse fato.

Basta observar como as estatísticas são coletadas para compreender como estas questões são confusas. Os dados do [Serviço Nacional de Estatística](#) do Reino Unido (ONS) utilizados para destacar as diferenças na taxa de mortalidade divide os grupos entre indianos, paquistaneses e bengaleses, mas junta todos os 'africanos' (incluindo os afro-caribenhos). Isso não faz sentido racial, étnico ou genético.

Os dados mostram que todos os homens classificados como negros tem 4,6 vezes mais probabilidade de morrer do vírus que homens brancos. Seguem os paquistaneses/bengaleses (que tem um pouco mais de quatro vezes de probabilidade de morrer), depois vem os chineses e indianos (um pouco mais que 2,5 vezes).

A maioria dos estudos de associação genômica ampla agrupam todos os sul-asiáticos. Porém, pelo menos no Reino Unido, o Covid-19 distingue indianos de paquistaneses, sugerindo que a genética tem pouco a ver com isso. As categorias utilizadas para coletar dados governamentais sobre a pandemia são mais adequadas para calcular questões sociais tais como emprego ou educação.

Este é um problema que veio à tona numa [análise recente](#) que mostraria que as minorias étnicas não tem maior probabilidade de morrer se for levado em conta os efeitos de outras doenças e privações. A análise principal só compara brancos com todos os outros, camuflando os dados relacionados a grupos específicos. Já a manchete do artigo no jornal sobre o estudo se refere somente a pessoas negras.

Nos Estados Unidos, os grupos que são [afetados de maneira mais desproporcional](#) são os afro-americanos e os hispânicos/latinos. Estes grupos têm origens populacionais bem diferentes. Também observamos taxas de mortalidade [taxas de mortalidade mais elevadas](#) no Brasil, na China e na Itália, países que têm populações muito diferentes, de acordo com as definições clássicas de raça.

A ideia de que o Covid-19 discrimina de acordo com as linhas raciais tradicionais é criada por estas estatísticas e não retratam de maneira adequada o que está acontecendo. Esses tipos de suposições ignoram o fato de que existe tanta variação genética dentro dos grupos racializados (para o público leigo, cabe uma explanação em português, em inglês cunhar este tipo de expressão é mais fácil) como entre toda a população humana.

Há certos problemas de saúde com maior incidência entre alguns /grupos racializados, como a [anemia falciforme](#), e diferenças de como grupos específicos respondem a alguns [medicamentos](#). Porém, estes são traços associados a genes específicos e todos transcendem as definições tradicionais de raça. Estes traços "monogênicos" afetam um pequeno subgrupo de [várias populações](#), por exemplo alguns europeus do sul e sul-asiáticos que também tem predisposição à anemia falciforme.

A mortalidade causada pelo Covid-19 também está associada à condições preexistentes que aparecem em níveis mais elevados em grupos negros e sul-asiáticos, como a diabetes. O argumento que isso pode revelar questões genéticas subjacentes só tem apoio parcial de [dados limitados](#) que ligam a genética à diabetes.

Entretanto, os dados da ONS confirmam que os genes que causam a predisposição das pessoas à diabetes não podem ser os mesmos que predispoem as pessoas ao Covid-19. Se não, os indianos seriam tão afetados como os paquistaneses e os bengaleses, que fazem parte do mesmo grupo de associação genética ampla.

Quaisquer diferenças genéticas que levam alguém a ter predisposição à diabetes estão extremamente influenciadas por fatores ambientais. Não existe um "gene da diabetes" que liga os vários grupos afetados pelo Covid-19. Mas a prevalência destas chamadas doenças relacionadas ao "estilo de vida" em grupos racializados têm uma [forte relação](#) com [fatores sociais](#).

Outro [fator que recebe muita especulação](#) é a deficiência de vitamina D. As pessoas de pele mais escura que não recebem luz solar direta suficiente produzem menos vitamina D, essencial para várias funções orgânicas, incluindo as do sistema imunológico. Ainda não há provas que associam isso à susceptibilidade ao Covid-19. Há poucos estudos, mas a pandemia deve levar a mais pesquisas sobre as consequências médicas da deficiência de vitamina D em geral.

Outros [dados sugerem](#) que a maior taxa de mortalidade por Covid-19 entre grupos racializados está associada a maior quantidade de moléculas receptoras de superfície celular, conhecidas como [ACE2](#). Isso pode ser consequência do uso de medicamentos para a diabetes e hipertensão que nos remete à questão das causas sociais destas doenças.

Na falta de qualquer associação genética entre grupos racializados e a susceptibilidade ao vírus, nos deparamos com a realidade, que parece ser mais difícil de aceitar: que estes grupos sofrem mais por causa de como as sociedades estão organizadas. Não há provas suficientes que maiores níveis de certas doenças como a diabetes tipo-2, doenças cardiovasculares e sistemas imunológicos fracos entre as comunidades carentes sejam causadas pela predisposição genética.

Mas **há evidências** de que elas são o resultado do racismo estrutural. Todos estes problemas subjacentes podem ser diretamente ligados ao tipo de alimentos e exercício físico que as pessoas têm acesso, ao nível de educação, emprego, qualidade habitacional, serviços de saúde e ao poder político e econômico destas comunidades.

Os dados sugerem que este coronavírus não discrimina, mas traz à tona os problemas de discriminação social já existentes. A persistência da prevalência das ideias raciais - apesar da falta de fundamentação científica - revela quanto estas ideias podem apresentar mutações para justificar a estrutura de poder que regulamenta nossa sociedade desde o século XVIII.

- Winston Morgan é Professor de toxicologia e bioquímica clínica, e diretor de impacto e inovação, University of East London (Universidade do Leste de Londres)